PREFEITURA MUNICIPAL DE CORREIA PINTO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Plano Municipal de Saúde de Correia Pinto - SC 2014 - 2017

PREFEITO
VANIO FORSTER
VICE-PREFEITO
MARCOS F. BEFFART
SECRETÁRIA DE SAÚDE
BEATRIZ S. MESQUITA ALVES
COORDENADORA DA ESF/UBS
LUCIANA TRENTIN
COORDENADORA DA EQUIPE DE ELABORAÇÃO DO PMS 2014-2017
LUCIANA TRENTIN
EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

LUCIANA TRENTIN – ENFERMEIRA – COORDENADORA ESF

MARISETE P. MUNIZ – RESPONSÁVEL SIA/SIAB/SCNES

COLABORADORES

PREFEITURA MUNICIPAL DE CORREIA PINTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE AGRICULTURA

SECRETARIA MUNICIPAL DE INDÚSTRIA E COMÉRCIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE DESPORTO E TURISMO

SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

FUNDAÇÃO HOSPITALAR MUNICIPAL FAUSTINO RISCAROLLI

ESCRITÓRIO LOCAL: CASAN, CELESC, EPAGRI E CIDASC

CLUBE DE DIRETORES LOJISTAS

KLABIN

ACIACOP

ESCOLA DE EDUCAÇÃO BÁSICA JOÃO PAULO I

ESCOLA DE EDUCAÇÃO BÁSICA NOSSA SENHORA DOS PRAZERES

COLÉGIO MOTIVAÇÃO

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 7
OBJETIVOS 8
1 DIAGNÓSTICO 8
1.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO 8
1.1.1. Histórico 8
1.2 PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS POLÍTICOS, ADMINISTRATIVOS, SÓCIO-ECONÔMICOS, CULTURAIS E MÉDICO-SANITÁRIOS 9
1.3 ESTRUTURA ATUAL DO GOVERNO 10
1.3.1 Poder Executivo 10
1.3.2 Poder Legislativo (Partido/ Nº Vereadores) 10
1.4 ASPECTOS FÍSICOS 10
1.1.1. Localização 10
1.4.2 Hidrografia 11
1.4.3 Limites do município 11
1.4.4 Distância do município em relação aos Centros de Referência 12
1.4.5 Distância da sede do município em relação às principais Localidades Rurais 12
1.5 IMPORTÂNCIA DA FAUNA E FLORA NA REGIÃO SERRANA DE SANTA CATARINA 13
1.5.1 Fauna e flora serrana 13
1.5.2 Problemas ambientais 14
2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 14
2.1 POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO – CORREIA PINTO - 2012 14
2.1.1 População 15
2.1.2 Migração 15
2.1.3 Eventos populacionais 15
2.1.3.1 Típicos 15
2.1.3.2 Atípicos 16
2.1.4 Densidade demográfica 16
3 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DE INFRA-ESTRUTURA 16
3.1 ATIVIDADE ECONÔMICA E DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL 16
3.2 PRODUÇÃO AGRÍCOLA E PECUÁRIA DO MUNICÍPIO 17

3.2.1 Produção agrícola – 20012 17
3.2.2 Produção pecuária do município 18
3.3 PRODUÇÃO INDUSTRIAL DO MUNICÍPIO 18
3.4 GRUPOS SOCIAIS ORGANIZADOS 19
3.5 ENTIDADES COMUNITÁRIAS EXISTENTES 19
3.6 EDUCAÇÃO 20
3.6.1 Taxa de alfabetização 20
3.6.2 Taxa e principais causas da evasão escolar 22
3.6.3 Número de creches e vagas 21
3.6.4 Aspectos gerais com abrangência rural e urbana 22
3.6.4.1 Água 22
3.6.4.2 Abastecimento de água 22
3.6.4.3 Esgoto 23
3.6.4.4 Energia 24
3.6.4.5 Lixo 25
3.6.4.6 Habitação 26
3.7 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO 27
3.7.1 Morbidade ambulatorial 28
3.7.2 Natalidade 29
3.7.3 Mortalidade 30
3.7.3.1 Mortalidade infantil 31
3.7.3.2 Mortalidade materna 31
3.8 COBERTURA VACINAL 31
3.9 VIGILÂNCIA SANITÁRIA 33
4 DIAGNÓSTICO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 34
4.1 REDE FÍSICA INSTALADA 34
4.1.1 Assistência médica hospitalar 34
5 REDE DE ATENÇÃO BÁSICA 36
5.1 ESTRUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 36
5.1.1 Recursos humanos 37
5.1.2 Equipamentos 37
5.1.3 Frota de veículos 37
5.1.4 Serviços ligados diretamente à Secretaria de Saúde 38
5.2 REDE OPERACIONAL 39

5.3 REDE PRIVADA DE SAÚDE EXISTENTE NO MUNICÍPIO 46
5.3.1 KLABIN 46
5.3.2 Rede privada 47
5.4 PRODUÇÃO DE SERVIÇOS 47
5.4.1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde - ACS 47
5.4.2 Programa Estratégia Saúde da Família - ESF 48
5.4.3 Programa Saúde Bucal - PSB 48
5.4.4 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento 49
5.4.5 Grupo de Gestantes 49
5.4.6 Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes - HIPERDIA 49
5.4.7 Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer 50
5.4.8 Programa de Controle da Tuberculose 50
5.4.9 Programa de Controle da Hanseníase 50
5.4.10 Saúde do Homem 50
6 PRIORIDADES DOS PROGRAMAS E ATIVIDADES 51
6.1 Programa de Educação Permanente 51
6.2 Saúde da Munlher 51
6.3 Saúde do Idoso 52
6.4 Hipertensão e Diabetes 52
6.5 Controle da Tuberculose 53
6.6 Controle da Hanseniase 53
6.7 Imunização 53
6.8 Saneamento Básico 54
6.9 Vigilância Epidemilógica 54
6.10 Programa de Saúde Bucal 54
6.12 Vigilância Sanitária 55
6.13 Programa DST/HIV/AIDS 56
6.15 Programa Saúde da Família 56
6.16Programa de Agentes Comunitários de Saúde 57
7 RECURSOS FINANCEIROS 57
8 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ORÇAMENTO PÚBLICO EM SAÚDE 58
8.1 Sistema de Infor. de Orçamento Publico em Saúde de Correia Pinto 59
8.2 Fundo Municipal de Saúde 60

8.3 Plano Plurianual - PPA 60
8.4 Programação Pactuada e Integrada - PPI 60
9 SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 61
9.1 Princípios e Diretrizes Políticas do SUS e Compromissos de Governo do Município 61
9.1.1 Princípios Doutrinários.....62
9.1.2 Princípios Organizativos..... 62
9.2 Pressupostos 63
9.2.1 Essencialidade.....63
9.2.2 Universalidade.....63
9.2.3 Financiamento.....63
9.2.4 Planejamento.....63
9.2.5 Integração.....63
9.2.6 Controle.....64
9.2.7 Autonomia.....64
9.2.8 Regionalização.....64
9.2.9 Diferenciação.....64
9.2.10 Programação.....64
10 CONTROLE E VALIAÇÃO.....64
10.1 Controle.....64
11 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....65
12 SIOPS.....65
13 RELATÓRIO DE GESTÃO.....65
14 RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA.....66
15 AVALIAÇÃO.....66
REFERENCIAS.....67

INTRODUÇÃO

Previsto na Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS – trouxe mudanças substanciais no tratamento à saúde do país.

A saúde é configurada no Art. 196 da CF, como um direito de todos e um dever do Estado, garantindo, através de políticas econômicas e sociais, dirigidas tanto para a redução dos riscos de doenças e outros agravos, quanto para a universalidade do sistema.

Os elementos centrais do sistema conjugam atividades de promoção e recuperação da saúde.

O município de Correia Pinto está habilitado como Gestão Plena da Atenção Básica, que é o primeiro nível de atenção em saúde a ser ofertado pelo município. A Gestão Plena da Atenção Básica é o tipo de gestão na qual o município recebe, de forma regular e automática, os recursos financeiros para prestar serviços básicos, serviços de vigilância sanitária e ações de epidemiologia e controle de doenças. O município gerencia todas as unidades básicas de saúde em seu território e recebe recursos financeiros por habitantes/ano.

A Lei 8080/90 define as competências das três esferas de governo.

É o município o responsável pela gestão do sistema que irá programas, executar e avaliar as atividades do SUS, e para isso, deve elaborar o seu Plano Municipal de Saúde.

Sendo o Plano Municipal de Saúde a base das atividades e da programação de cada nível da gestão do SUS, deverá corresponder ao horizonte de tempo de gestão, e deve ser revisto a cada ano, em função da Agenda de Saúde e da PPI.

O Plano Municipal de Saúde é um documento de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, visto sob uma ótica analítica.

A formulação do Plano Municipal de Saúde é de competência exclusiva do Gestor Municipal. Este plano procura mostrar as ações desenvolvidas, prioridades e metas propostas pelo Gestor Municipal de Saúde.

OBJETIVOS

Efetivar a Atenção Básica como espaço prioritário de organização do SUS, executando estratégias de atendimento integral, visando à articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade da Atenção Básica.

DIAGNÓSTICO

1.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

1.1.1 Histórico

A formação do atual município de Correia Pinto iniciou-se por volta de 1776, quando Antônio Correia Pinto, explorando pontos da região, por aqui deixou algumas famílias. Com o passar dos anos a população cresceu, atingindo a categoria de Vila, em 1920, no governo de Aristiliano Ramos passou a condição de Distrito de Paz, com a denominação de Correia Pinto em homenagem ao bandeirante Antônio Correia Pinto, seu fundador, tendo como sede do Distrito o povoado de Bom Jesus do Canoas, hoje Correia Pinto Velho.

Com a construção da BR 116, considerada principal fator de desenvolvimento do município antes da implantação da Indústria de Papel e Celulose Catarinense S/A, deslocou-se então a sede do distrito para as margens desta rodovia.

Com a fixação da Indústria de Papel e Celulose Catarinense S/A, hoje denominada Klabin S.A, deu-se início ao processo de migração, predominando a população dos municípios vizinhos (Lages, Ponte Alta e São José do Cerrito).

Os paranaenses também em grande número contribuíram inicialmente a esta formação devido à origem da Indústria de Papel e Celulose Catarinense S/A, por ser do Grupo Klabin.

A população rural atraída pela indústria geradora de empregos desfaz-se de suas propriedades migrando para a sede do distrito, estabelecendo-se na periferia, originando deste modo o êxodo rural.

Motivado pelo progresso acelerado do distrito e por sua independência política, a população começou a aclamar pela emancipação, o que ocorreu através de um plebiscito realizado em 21 de março de 1982 e homologado pela Lei Estadual nº 6058 de 10 de maio de 1982.

Atualmente a periferia deste município, encontra-se ocupada por habitantes oriundos principalmente do município de São José do Cerrito, vindo em busca de empregos e promessas políticas, fixando-se em áreas verdes sem as mínimas condições de infra-estrutura. Frustrados em suas expectativas e sendo mão de obra não qualificada, trabalham nas lavouras como bóias-frias em condições de subemprego.

1.2 PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS POLÍTICOS, ADMINISTRATIVOS, SÓCIO-ECONÔMICOS, CULTURAIS E MÉDICO-SANITÁRIOS

1776 - Fixação das primeiras famílias;

1920 - Criação da primeira sede Distrito de Paz Bom Jesus do Canoas no governo de Aristiliano Ramos;

1949 - Administração de Vidal Ramos Jr. – Criação da segunda sede às margens da BR 116;

1952 - Construção do primeiro Colégio- Colégio Nossa Senhora dos Prazeres;

Construção do Ginásio de Esportes;

Criação do primeiro Grupo de CTG;

Construção do primeiro Posto de Saúde;

Construção do Hospital Municipal;

Instalação da Agência de Correios;

Clube Águas de Lindóia;

1968- Implantação da Indústria de Papel e Celulose Catarinense S/A- empresa do Grupo Klabin;

1969- Fundação da Paróquia Nossa Senhora dos Campos;

1982- 21 de março- Realização do Plebiscito para emancipação do Município;

1982- 10 de maio-Criação do município de Correia Pinto;

1982- Criação da APAE;

1983- Conselho Municipal, Tutelar, Saúde; Criação da APAE;

1996- Instalação do Fórum;

1996- Construção do Estádio Municipal Vereador Ruy Comarella;

1999- Retorno das atividades da Fundação Hospitalar Municipal;

2000- Implantação dos Programas PSF/PACS/PSB;

2002- Início da construção do Aeroporto Regional;

2004- Separação da Klabin/ Kimberly;

2004- Criação do Parque de Exposição do Peão Laçador;

2005- Instalação do Acampamento do Movimento dos Sem Terra as margens da BR-116 localidade de Águas Sulfurosas;

2005- Reforma e ampliação da Fundação Hospitalar Municipal;

2005- Inauguração do Ginásio de Esportes Municipal;

2011 – Inauguração do Centro de Eventos Alexandre Julio

1.3 ESTRUTURA ATUAL DO GOVERNO

1.3.1 Poder Executivo

Prefeito: Vânio Forster

Vice - Prefeito: Marcos Fabiano Beffart

Partido: PDT/PMDB

Secretarias Municipais: Chefe de Gabinete, Administração, Finanças, Educação, Saúde, Cultura e Turismo, Obras e Serviços Públicos, Bem-Estar Social, Indústria e Comércio, Agricultura e Abastecimento, Planejamento - SEPLAN.

1.3.2 Poder Legislativo (Partido / Nº Vereadores)

PSD: 03

PDT: 02

PMDB: 01

PSDB: 01

PT: 01

PP: 01

1.4 ASPECTOS FÍSICOS

1.4.1 Localização

Centro do Estado no Planalto Serrano. Microrregião de Lages nº 303:

Área: 623,7 Km^2;

Densidade Demográfica: 30,3 hab/km^2;

Altitude: 847 metros;

Latitude: 27º 35’ 05 “;

Longitude: 50 21’ 40 “;

Relevo: Suavemente ondulado, com bom teor de matéria orgânica, sendo que o terreno possui textura média (nem arenoso, nem argiloso) e extremamente árida;

Vegetação: Constituem-se de campos nativos, araucárias e faxinais;

Clima: Subtropical (caracterizado por temperaturas suaves com chuvas regulares, sendo que a temperatura média é de 16,1ºC, onde o verão tem temperatura acima de 30ºC e o inverno com temperatura inferior a 0ºC).

1.4.2 Hidrografia

Principais Rios:

Canoas;

Corredeiras;

Tributos;

Amola Faca;

Goiabeira;

Rio dos Índios;

Faxinal do Gado;

Rio dos Touros;

Rio das Pombas;

Água Branca;

Anta Gorda.

A principal utilização dos rios é para a indústria, irrigação e abastecimento de água.

1.4.3 Limites do Município

Ao Norte - Ponte Alta e Curitibanos;

Ao Sul - Lages;

Ao Oeste – São José do Cerrito;

Ao Leste – Otacílio Costa.

1.4.4 Distância do Município em Relação aos Centros de Referência

Distância do Município em relação a outros Municípios- Correia Pinto- 2013

MUNICÍPIO	KM	TEMPO / HORAS	VIA ACESSO
Curitiba	343	4:30’	BR 116
Curitibanos	63	45’	BR 116 e SC 470
Florianópolis	249	3:50’	BR 116 e BR 282
Lages	33	30’	BR 116
Ponte Alta	13	15’	BR 116
Porto Alegre	370	5:00´	BR 116

Fonte: Prefeitura Municipal de Correia Pinto-SC (2013)

1.4.5 Distância da Sede do município em relação às principais Localidades Rurais

LOCALIDADES	DISTÂNCIA (KM)
ÁGUA BRANCA	09 KM
ATRÁS DO CERRO	10 KM
AVENCAL	27 KM
FUNDOS DO AVENCAL	32 KM
BANDEIRINHAS	15 KM
CAMPINA DOS RIBEIROS	14 KM
CORREIA PINTO VELHO	04 KM
FAZENDA DOS ALVES	18 KM
FAXINAL DOS WOLFF	15 KM
SANTO ANTONIO	05 KM
DIVINO	14 KM
FARINHA SECA	18 KM
TRÊS BARRAS	24 KM
TRIBUTOS	15 KM
POSTO DO VINHO	14 KM

ÁGUAS SULFUROSAS	**06 KM**
CORREDEIRA	**31 KM**
CANTA GALO	**23 KM**

Fonte: Secretaria de Planejamento – SEPLAN Correia Pinto (2013)

1.5 IMPORTÂNCIA DA FAUNA E FLORA NA REGIÃO SERRANA DE SANTA CATARINA

É indiscutível a importância da fauna e flora em qualquer região do mundo. Os vegetais em geral são a base da cadeia alimentar e condicionam o equilíbrio entre os vários níveis tróficos.

Com o surgimento de novas doenças e o retorno de velhas epidemias é relacionado por vários cientistas ao desmatamento que causa o desequilíbrio ecológico, o qual gera uma série de novas relações em função de alimento, possibilitando que organismos, parasitas de outros animais venham a infestar o homem.

1.5.1 Fauna e Flora Serrana

Na região do Planalto Catarinense, temos como principais formações fitográficas às florestas de araucária e os faxinais.

As florestas de araucária são constituídas por pinheiros de grande porte, submatas densas e lauráceas (canela e andrade).

As florestas de faxinais são formadas por pinheiros de menor porte, submatas baixas, miriáceas (cerejeiras, uvaia e guaramirim), aqüifoliáceas (caúna e congonhas), taquaras e carazais.

Esta flora é responsável pela alimentação de várias espécies animais como:

Aves – Gralha Azul, papagaio e azulão;

Mamíferos – esquilos, ratos do mato, tatus, macacos;

Insetos – Abelhas, moscas que promovem a disseminação de sementes.

1.5.2 Problemas Ambientais

Como qualquer região do planeta, o Planalto Serrano Catarinense também enfrenta problemas referentes à poluição, chuva ácida, desmatamento, caça, pesca indiscriminada e queimadas e também o grande número de plantação de Pinus e Eucalipto.

Estas questões, no entanto, têm relação direta com fatores econômicos e culturais, como o caso das queimadas, tornando difícil seu controle. Em função disto, a educação ambiental é hoje a maneira mais propícia para a conscientização da comunidade sobre a importância do uso controlado dos recursos naturais e desenvolvimento sustentável.

2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

2.1 POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO – CORREIA PINTO – 2012

FAIXA ETÁRIA	TOTAL
Menor de 1 ano	177
1 a 4	824
5 a 9	1156
10 a 14	1463
15 a 19	1333
20 a 24	1178
25 a 29	1157
30 a 34	1054
35 a 39	1099
40 a 44	1082
45 a 49	921
50 a 54	783
55 a 59	649
60 a 64	584
65 a 69	381
70 a 74	270
75 a 79	158
80 anos e mais	178

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde (IBEGE, Censos, Estimativas, 2012)

2.1.1 População: 14.447 - 11.893 eleitores (IBEGE, Censos, Estimativas, 2012)

Rural: 2.666
Urbana: 11.781
Total: 14.447

2.1.2 Migração

Quando os habitantes de uma região não encontram alternativas para satisfazer suas necessidades básicas, estes se deslocam para outras regiões em busca de melhor qualidade de vida.

Por volta de 1968, com a implantação da indústria de Papel e Celulose Catarinense S/A observou-se um grande fluxo migratório para o município, tanto regional quanto estadual. Atualmente com o processo crescente de terceirização nos diversos setores da economia municipal, estamos iniciando o fenômeno, já preocupante de fluxos migratórios, principalmente, da população economicamente ativa.

2.1.3 Eventos Populacionais

2.1.3.1 Típicos

Semana Farroupilha;
Semana do Município;
Semana do meio ambiente;
Semana Municipal da Saúde da Família;
Semana da Pátria;
Semana do Excepcional;
Festa de São João;
Natal Comunitário;
Festa do Peão Laçador;
Festa de São Cristovão (agricultores e caminhoneiros);
Café Cultural;

Campeonato Municipal de Futebol (salão e campo);
Campeonato Moleque Bom de Bola;
Joguinhos OJESC/JASC;
Feira de Artesanato;
Festa dos Idosos;
Festival de Danças;
Cavalgadas;

2.1.3.2 Atípicos

Reunião do Conselho de Desenvolvimento Regional;
Conferência Municipal das Cidades;
Conferência Municipal de Assistência Social;
Conferência Municipal da Saúde do Trabalhador;
Conferência Municipal da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
Mostra de Cinema;
Capacitação de Professores;
Encontro Carismático;
Sessão Solene da Câmara de Vereadores;
Audiência Pública;

2.1.4 Densidade Demográfica: 27,3 hab/Km^2

3 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DE INFRA- ESTRUTURA

3.1 Atividade Econômica e de Organização Social

No município atualmente existem várias empresas que se destacam na produção industrial, comercial e na geração de novos empregos:

Klabin Papéis Correia Pinto S.A;
Kimberly Klark do Brasil;
Avícola Correia Pinto;
Cor Papel;
Madeireira Rodrigues;

Aldori Libardoni Ltda;

Compensados São Caetano;

Lavação Juvenal veículos e máquinas pesadas;

Madeireira Santos;

Malharia Trink malhas;

São Crispim Com. e Representações Ltda;

Transpinus Transportadora;

Transportadora Coelho;

Zás Gás Ltda.

3.2 PRODUÇÃO AGRÍCOLA E PECUÁRIA DO MUNICÍPIO

3.2.1 Produção Agrícola – 2012

PRODUTO	PRODUÇÃO AGRÍCOLA/T
Alho	-
Arroz	**-**
Batata	**20ton/ha**
Cebola	**-**
Feijão	**1.800Kg/ha**
Maçã	**300,00\ha**
Milho	**4.800kg/ha**
Moranga híbrida	**900 ton**
Pimentão	**-**
Tomate	**-**
Caqui	-
Kiwi	-
Soja	**2.700kg/há**

Fonte: EPAGRI S/A Sec. Agricultura – Correia Pinto (2013)

Os dados referentes à produção agrícola do município conduzem à seguinte análise:

- A redução significativa de produtos horti-granjeiros, geradores de divisas econômicas e incremento da renda familiar;

- Redução na produção de feijão, arroz, batata, alimentos que compõe a cesta básica, reflete em duas situações, aumento do êxodo rural e falta de incentivo à agricultura familiar.
- Houve um incremento na produção de maçã, cebola, milho e a introdução de novas culturas como kiwi, moranga, que por um lado significa divisa econômica para o município, por outro lado, vem comprometendo a agricultura familiar de subsistência e de fornecimento de alimentos à população urbana.
- Incentivo dos governos a prática do reflorestamento, que é um investimento do futuro, no entanto, o poder público municipal deverá desenvolver uma política de agregação de valor a matéria prima, principalmente no setor moveleiro e na construção civil entre outros.

3.2.2 Produção Pecuária do Município

Produção Pecuária – Correia Pinto – 2012

PRODUTO	REBANHO	PRODUÇÃO
Bovino de Corte	**21.739**	**-**
Bovino de Leite	**1.885**	**-**
Suínos	**1.637**	**-**
Eqüinos	**1.278**	**-**
Ovinos	**1.950**	**-**
Apicultura	**-**	**-**
Aves	**159.308**	**-**
Ovos	**-**	**-**
Lã Bruta	**-**	**-**

Fonte: CIDASC – Secretaria de Agricultura – Sindicato Rural – Epagri escritório local

3.3 PRODUÇÃO INDUSTRIAL DO MUNICÍPIO

Produção Industrial – Correia Pinto – 2012

INDÚSTRIA	PRODUTO	PRODUÇÃO
Klabin Papéis	Celulose	**Não informou**
Klabin Papéis	Papel Kraft	**Não informou**

Kimberly Klark	Papel Tissue	**Não informou**
Cor Papel	Papel Higiênico	**Não informou**

Fonte: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Turismo (2012)

O papel é a primeira economia do município, com produção de papel Kraft, tissue, papel higiênico e guardanapo, voltado ao mercado interno e a exportação.

A extração de madeira através das madeireiras tem sua produção voltada à indústria moveleira, construção civil, compensados de madeira destinados a exportação.

O fonolito é outra riqueza mineral extraída do subsolo para produção de cerâmica. Além deste minério, encontramos reserva significativa de bauxita, xisto, betuminoso, diamante industrial, argila refratária, água sulfurosa e água termal, todos recursos ainda inexplorados.

3.4 GRUPOS SOCIAIS ORGANIZADOS

- Sindicato dos Papeleiros – SITICOP;
- Sindicato dos Servidores Municipais;
- Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
- Sindicato Patronal;
- Sindicato dos Aposentados;
- Associação de Moradores: 04 bairros;
- Associação Beneficente Dona Ema Sevei;
- Fundação Hospitalar Municipal;
- Pastoral da Criança;
- Pastoral da Juventude (grupo de jovens);
- Pastoral da Saúde.
- Unisocial

3.5 ENTIDADES COMUNITÁRIAS EXISTENTES

- Centro Comunitário Dona Ema Sevei;

- Rotary Club;
- Lindóia Club;
- Centro Social Cultural Shalon;
- APAE.

3.6 EDUCAÇÃO

Escolas de Ensino Público e Privado de Ensino Fundamental e Médio

Escolas Estaduais: 02

Escola de Educação Básica Nossa Senhora dos Prazeres: 1112 alunos

Escola de educação Básica João Paulo I: 595 alunos

Escolas Municipais: 28

Urbana: 06 escolas com 1214 alunos

Rural: 21 escolas com 121 alunos

Itinerante: 01 escola com 149 alunos

Escolas Particulares: 01

Colégio Motivação: 435 alunos

Número de Escolas Existentes (1°2° e 3° graus, e profissionalizantes)

Escolas de Ensino Fundamental e Médio (estaduais, municipais e particular): 31

Escolas de Ensino Superior: O município não oferece ensino superior, os alunos vão para o município vizinho.

Escolas Profissionalizantes: não temos nenhum a escola com sede no município, alguns cursos são ministrados na escola particular do município.

3.6.1 Taxa de Alfabetização: 94.25% (dados do SIAB em 2012)

3.6.2 Taxa e Principais Causas da Evasão Escolar

Escolas Estaduais:

Escola de Educação Básica Nossa Senhora dos Prazeres: 4%

Escola de Educação Básica João Paulo I: consideram nula

Escolas Municipais:

Urbana: 3,3%

Rural: 3,3%

Itinerante: 3,3%

Escola Particular:

Colégio Motivação: consideram nula

Principais Causas da Evasão Escolar:

Dificuldade de aprendizagem;

Freqüência dos alunos no período noturno;

Dificuldades financeiras;

Questões culturais.

A Secretaria Municipal de Educação relata, uma grande dificuldade em relação ao transporte de alunos, em função do número escasso de veículos para transporte rural, e também do transporte intermunicipal de alunos que freqüentam o ensino profissionalizante e ensino superior.

3.6.3 Número de Creches e Vagas

Número de alunos matriculados nos Centros de Educação Infantil - 2012

CEI	0 a 1	1 a 2	2 a 3	3 a 4	4 a 5	5 a 6	TOTAL
C.E.I. Criança Feliz	01	10	08	10	11	-	40
C.E.I. Dentinho de Leite	10	09	17	13	31	15	95
C.E.I. Estrelinha Dourada	01	09	09	13	-	-	32
C.E.I. Gente Miúda	05	09	08	11	16	-	49
C.E.I. Meu Cantinho	15	22	29	20	20	-	97
C.E.I. Paraíso da Criança	02	10	09	12	09	-	42
C.E.I. Pingo de Gente	09	14	21	34	28	-	106
Total Geral							461

Fonte: Secretaria Municipal de Educação (2012)

3.6.4 Aspectos Gerais com Abrangência Rural e Urbana

3.6.4.1 Água

A Companhia Catarinense de Águas e Saneamento CASAN é a empresa responsável pelo processamento e fornecimento da água que abastece grande parte do referido município. Os serviços prestados pela CASAN restringem-se ao perímetro Urbano, atendendo a uma população de 13.050 habitantes.

É considerado satisfatório o sistema de captação, tratamento e distribuição de água potável no município, há a preocupação da contaminação do manancial por agrotóxicos, em função do significativo cultivo de verduras e hortaliças que situam-se nas proximidades.

Já a qualidade da água consumida no meio rural ainda se constitui importante problema de saúde pública a ser equacionado. A água consumida é obtida de poço ou nascente, segundo análise feita pela EPAGRI S/A, é considerável o índice de contaminação por coliformes fecais. O projeto micro bacias desenvolvido por esta empresa vem empenhando-se ostensivamente para mudar está realidade, através da implementação no meio rural do sistema de proteção de fontes. Das 700 famílias que vivem no meio rural cerca de 350 contam com água de qualidade através de 200 fontes protegidas.

3.6.4.2 Abastecimento de água

Proporção (%) de moradores por tipo de abastecimento de Água

Abastecimento Água	**1991**	**2000**
Rede geral	**70,6**	**72,4**
Poço ou nascente (na propriedade)	**29,3**	**27,4**
Outra forma	**0,2**	**0,1**

Fonte: IBEGE/Censos Demográficos

Obs. Dado referente a toda a população do município

Abastecimento de água das famílias cadastradas no Siab – 2012

Abastecimento de Água	N° de Famílias	Porcentagem %
Rede pública	**1.422**	**97,06**
Poço ou nascente	**42**	**2,87**
Outros	**01**	**0,07**

Fonte: SIAB 2012, Correia Pinto

Tratamento de Água no Domicilio referente às famílias cadastradas no Siab

Tratamento de água no domicilio	Nº de Domicílios	%
Filtração	**119**	**8,12**
Fervura	**12**	**0,82**
Cloração	**69**	**4,71**
Sem tratamento	**1.265**	**86,35**

Fonte: SIAB Correia Pinto 2012

3.6.4.3 Esgoto

Assim como na maioria das pequenas cidades do Estado e do Brasil, o município ainda não conta com o Sistema Canalizador de esgoto cloacal.

No município, 76,04% do esgoto é depositado em rede pluvial, 20% deste é rede com fossa e filtro, **Fonte: SIAB Correia Pinto 2012.**

A proposta do Poder Público Municipal é de até o final do mandato, chegar a uma cobertura de 20% com rede de esgoto no perímetro urbano.

Na área urbana, o destino final dos dejetos cloacais é tratado de maneira individual, através de fossas sépticas, privadas e fossas a céu aberto que muitas vezes drenam até os mananciais de água.

No saneamento rural segundo dados levantados pela EPAGRI, não há adequação quanto ao destino das águas residuais, o escoamento é feito de forma individualizada, e na maioria dos casos estes resíduos são lançados in natura nos rios, córregos, vales ou penhascos.

O número de propriedades rurais sem privadas e com construção inadequada é bastante significativo, no entanto, já se observa uma mudança de comportamento, embora tímida com relação ao destino de dejetos humanos através da instalação dos módulos

sanitários. Importante salientar que esta mudança de hábito está relacionada ao importante trabalho de caráter educativo e operacional que vem sendo implementado através do Projeto Microbacias II, junto às comunidades rurais.

Esgoto – Cobertura Populacional das Famílias cadastradas no SIAB

Destino de Fezes e Urina	Número de Domicílios	%
Sistema de Esgoto	1.114	76,04
Fossa	306	20,89
Céu Aberto / Privadas	45	3,07

Fonte: SIAB 2012 Correia Pinto

3.6.4.4 Energia

O órgão responsável pelo fornecimento de energia elétrica para todas as classes de consumidores do município é a Centrais Elétricas de Santa Catarina – CELESC.

Os dados referentes à oferta e consumo mensal de energia elétrica estão representados na tabela abaixo:

Consumo de Energia Mês – 2012

Consumidores	N° de Consumidores	Consumo de Kw/h
Residencial	**4.392**	**639.968**
Industrial	**67**	**614.538**
Comercial	**301**	**192.642**
Rural	**883**	**142.732**
Outros	**94**	**181.667**
Total	**5737**	**1.771.547**

Fonte: Centrais Elétricas de Santa Catarina – SA - 2012

Cobertura populacional das famílias cadastradas no SIAB – 2012

Consumo	Número de Famílias	%
Energia Elétrica	**1.434**	**97,78**

Fonte: SIAB 2012– Correia Pinto

3.6.4.5 Lixo

O serviço de recolhimento e destino final do lixo é terceirizado no município.
A empresa responsável pelo setor dispõe de dois veículos para a realização da coleta, sendo esta feita diariamente no centro e em dias agendados nos bairros que compõem o perímetro urbano do município.

O material recolhido é encaminhado para a usina de reciclagem local onde é procedida a separação deste, para posterior destinação as empresas licenciadas para a reutilização destes. O resíduo não aproveitável é transportado para o aterro sanitário tipo II no município de Mafra.

O material classe I (lâmpadas fluorescentes, pilhas entre outros) são estocados e encaminhados as empresas licenciadas para processarem estes produtos.

Para a destinação do lixo orgânico, a empresa está desenvolvendo projeto de produção de compostagem.

O lixo proveniente dos serviços de saúde da rede pública , é armazenado no Hospital Municipal e posteriormente, transportado por uma empresa autorizada até o município de Chapecó, para receber o destino correto. Já os do serviço privado é armazenado nos próprios locais que oferecem serviços de saúde, sendo posteriormente coletados pela empresa contratada para prestar este serviço.

Encontra-se em fase de implantação no município, um projeto desenvolvido pelas secretarias de saúde, educação e obras, em parceria com a UDESC-CAV, com o objetivo de trabalhar junto à população à coleta seletiva do lixo, e a destinação final dos resíduos da saúde.

São produzidas no município cerca de 220 toneladas de resíduos, deste montante, cerca de 60% é reaproveitado.

Importante destacar que o Programa Saúde da Família vem desenvolvendo através dos Agentes Comunitários de Saúde, programa de comercialização de produtos recicláveis, com o objetivo de possibilitar fonte de renda às famílias de baixo poder aquisitivo, associado

ao fomento de despertar na população uma consciência ecológica voltada ao desenvolvimento sustentável, fundamentada nas ações de educação em saúde direcionadas à proteção e preservação do meio ambiente.

Frente a esta perspectiva faz-se necessário, a organização dos catadores de lixo em sistema cooperativo, associado ao incentivo a industrialização a nível municipal destes produtos, agregando valor aos mesmos, através da geração de empregos e aumento da renda familiar da população, tronando-se ainda importante fator de proteção ambiental e promoção de desenvolvimento sustentável.

Nas comunidades rurais, o lixo é depositado em lugares próximos a propriedade, algumas vezes é jogado nos mananciais de água.

Destino do Lixo efetuado pelas famílias cadastradas no SIAB

Destino do Lixo	N° de famílias	%
Coleta pública	1402	95,77
Queimado / Enterrado	54	3,69
Céu Aberto	08	0,55

Fonte: SIAB 2012– Correia Pinto

3.6.4.6 Habitação

Atualmente o município, tenta superar o déficit habitacional, através da construção de casas populares, no ano de 2005/2006 foram construídas em parceria com a Caixa Econômica 100 casas populares, que após conclusão foram entregues a população. O município possui hoje, duas áreas de terras ocupada pelos integrantes do movimento dos Sem Terra onde uma esta localizada as margens da BR 116na localidade Águas Sulfurosas e outra na localidade de Avencal, onde as famílias que lá residem já estão regulamentadas, Hoje denominado Assentamento Pátria livre e Assentamento Vinte e Cinco de Março respectivamente.

Predominância do Tipo de Habitação das Famílias Cadastradas no SIAB

Tipo de Casa	Número de famílias	%
Tijolo	683	46,65
Madeira	607	41,46
Material aproveitado	08	0,55
Outros	162	11,07

Fonte: SIAB Correia Pinto – 2012

3.7 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

Os indicadores de saúde de Correia Pinto estão baseados no diagnóstico epidemiológico do município. O diagnóstico epidemiológico é um conjunto de dados que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Vigilância Epidemiológica

Morbidade

Morbidade Hospitalar

Internações Por Capitulo CID -10

Capitulo CID	**2011**	**2012**
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	48	43
II Neoplasias	46	57
III Doenças do sangue órgãos hemato e imunitárias	-	04
IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	17	09
V Transtornos mentais e comportamentais	113	98
VI Doenças do Sistema Nervoso	11	13
IX Doenças do aparelho circulatório	83	111
X Doenças do Aparelho Respiratório	126	146

XI Doenças do Aparelho Digestivo	56	99
XIII Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	25	24
XIV Doenças do aparelho geniturinário	53	45
XV Gravidez, parto e puerpério	03	13
XVIII Sintomas , sinais e achados anormais ex clínicos e laboratoriais	11	17
XIX Lesões envenenamentos e outras causas externas	48	98
XXI Contatos com serviços de saúde	00	06
Total de internações	639	814

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Ao analisarmos os dados da tabela acima, percebemos que a maior causa de internações hospitalares são as doenças do aparelho respiratório tendo como causa o clima da região, inverno prolongado úmido e temperaturas muito baixas, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório, tendo como causa os hábitos alimentares, sedentarismo, hereditariedade, entre outras. A terceira maior causa de morbidade hospitalar são os transtornos mentais e comportamentais.

3.7.1 Morbidade Ambulatorial

A morbidade nas Unidades Básicas de Saúde do município equivale-se à morbidade hospitalar, apresentando como maiores grupos de causas de procura ao ambulatório as doenças do aparelho respiratório, circulatório, digestivo, infecciosas e parasitológicas.

Doenças de Notificação Compulsória Número de Casos Notificados

DOENÇA	2009	2010	2011	2012
Poliomielite	-	-	-	-
Difteria	-	-	-	-
Coqueluche	-	-	-	-
Tétano neonatal	-	-	-	-
Sarampo	-	-	-	-

Tétano	-	-	-	-
Meningite bacteriana	-	-	01	-
Tuberculose	-	-	03	-
Hepatite viral	02	01	-	01
Hanseníase	-	-	-	-
Acidentes por animais peçonhentos	21	05	04	07
Atendimento anti-rábico humano	18	15	23	14
Cisticercose humana	-	-	-	-
Varicela	80	31	15	17
Diarréia Aguda	-	-	-	-
Rubéola	-	-	-	-

Fonte: SINAN / Correia Pinto 2013

Destacamos entre os dados citados em primeiro lugar as diarréias agudas como agravo de maior notificação, o atendimento anti-rábico humano, em segundo lugar e, como terceiro agravo de maior notificação, encontramos os acidentes por animais peçonhentos.

3.7.2 Natalidade

Informações sobre Nascidos Vivos

Condições	2009	2010	2011	2012
Número de nascidos vivos no mês	220	188	199	196
% de prematuridade	-	-	-	-
% de partos cesáreos	-	-	-	-
% de mães de 10-19 anos	-	-	-	-
% de mães de 10-14 anos	-	-	-	-
% com baixo peso ao nascer	-	-	-	-
Partos cesáreos	124	122	132	119
Partos vaginais	93	65	67	77
% de mães sem pré-natal	1	1	4	1
% de mães > 6 consultas pré-natal	8	18	24	21

Fonte: SINASC – SES/SC

3.7.3 Mortalidade

Óbitos por ano e segundo causas e capítulos

Causas Capítulos	2009	2010	2011	2012	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	5	2	3	11
Neoplasias (tumores)	4	17	26	20	67
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	9	4	11	26
Transtornos mentais e comportamentais	0	-	1	1	02
Doenças do aparelho circulatório	13	23	22	14	72
Doenças do aparelho respiratório	3	9	13	8	33
Doenças do aparelho digestivo	0	3	4	6	13
Doenças do aparelho genitourinário	0	1	1	2	4
Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	0
Anomalias Congênitas	0	1	3	0	4
Mal definidas	2	3	4	11	20
Causas externas	4	9	12	11	36
Doenças Sist. Osteomuscular tec. Conjuntivo	1	0	0	0	01
Doenças sangue órgãos hemat. E transt. Imunitário	0	0	0	0	0

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade SIM / www.saude.sc.gov.br

1 Por 100.000 nascidos vivos

2 Por 100.000 mulheres

Outros Indicadores de mortalidade – Correia Pinto 2012

Outros Indicadores de Mortalidade	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Total de óbitos	06	86	102	105	299
N° de óbitos por 1.000 habitantes	0	0	0	0	00
% de óbitos por causas mal definidas	6,45	0	0	0	6,45
Mortalidade infantil	0	0	0	0	00

Mortalidade neonatal precoce	0	3	2	6	11
Mortalidade neonatal tardia	0	2	1	3	6
Mortalidade infantil tardia	0	0	0	0	0
N° de óbitos menores de 1 ano	06	5	3	9	23

Fonte: SIM – SES/SC

3.7.3.1 Mortalidade Infantil

Segundo os parâmetros adotados pelo ministério da saúde, a mortalidade infantil pode ser classificada:

- Muito baixa: menor de 12 para cada mil nascidos vivos;
- Baixa: menor de 15 para cada mil nascidos vivos;
- Alta: de 20 a 50 para cada mil nascidos vivos;
- Muito alta: maior de 50 para mil nascidos vivos;

3.7.3.2 Mortalidade Materna

A mortalidade materna é um indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher. As mortes de mulheres em idade fértil por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, são atualmente e em sua maioria, passiveis de prevenção e evitáveis.

A ocorrência de óbito materno tem sido proposta por alguns autores como evento sentinela para indicar qualidade deficiente dos cuidados oferecidos à população. A taxa de mortalidade materna acima de 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos pode ser considerada elevada. Sendo considerada baixa quando se mantém de 4 a 8 óbitos maternos por mil nascidos vivos. No município de Correia Pinto vem sido trabalhado dentro do pré-natal possíveis intercorrências com a gestante para garantir uma gestação saudável e reduzir assim o número de óbitos materno.

3.8 COBERTURA VACINAL

De acordo com as coberturas mínimas preconizadas pelo PNI/MS(Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde) os índices esperados para o município são:

- VIP + VOP: 100%
- PENTA + HEXA: 100%
- MENINGITE C : 90%
- BCG: 95 %
- Hepatite B: 95%
- TRIPLICE VIRAL: 90%

A meta também é vacinar 100% das gestantes e mulheres em idade fértil na intenção de prevenir o tétano neonatal. O município realiza as duas campanhas anuais contra a poliomielite e multivacinação procurando atingir todas as crianças menores de cinco anos. Também realiza anualmente campanha de vacinação contra a Influenza, que visa vacinar todos os adultos com idade superior a 60 anos.

Cobertura Vacinal (%) por Tipo de Imunobiológico

Menores de 1 ano	2011	2012
VIP + VOP:	95,5	96,0
PENTA + HEXA:	96,54	97,0
MENINGITE C :	89,88	87,00
TRIPLICE VIRAL:	95,22	91,0
BCG	50,00	53,00
Contra hepatite B	57,39	66,25
Contra febre amarela	85,00	81,00
Hib (Haemophilus influenzae tipo b)	91,24	90,00

Fonte: API/Correia Pinto 2012

O Programa de Imunização vem mantendo coberturas conforme metas percentuais preconizadas pelo Ministério da Saúde, visando erradicação das doenças imunopreveníveis.

As baixas coberturas observadas nas vacinas BCG e Hepatite B devem-se ao nascimento de crianças no município de Lages, onde a maternidade implantou a sala de vacina dentro da instituição com a finalidade de imunizar todos os recém nascidos antes da alta hospitalar.

Com relação às campanhas de multivacinação a cobertura é considerada boa de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, sendo que a mesma pode ser melhorada

através da maior participação dos pais nas campanhas trazendo seus filhos até as unidades de vacinação.

3.9 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O sistema de vigilância sanitária municipal é desenvolvido seguindo as normas e rotinas preconizadas pela PPI da vigilância sanitária.

Constituem rotinas deste programa as atividades de vistorias periódicas tais como: Alvará de Licença e coleta de alimentos para análises, situando-se entre estas:

- Abastecimento de água;
- Destino de dejetos;
- Melhoria de instalações em escolas e prédios.

A implementação das ações deste serviço é uma necessidade premente dentro das ações básicas de saúde.

Dentro dessa premissa, a Secretaria de Saúde visa:

- Organizar a equipe em parceria com o meio ambiente e seguimentos sociais organizados;
- Capacitar pessoal;
- Realizar todas as ações de vigilância sanitária que competem ao município.

É parte integrante do Plano de Governo do Gestor Municipal dar continuidade a obra de saneamento básico urbano.

Ações de Serviço da Vigilância Sanitária do ano de 2012

Objeto	**N° de ações**
Vistorias Sanitárias	554
Alvarás Sanitários Requeridos	476
Alvarás Sanitários Deferidos	466
Alvarás Sanitários Indeferidos	10
Amostras colhidas para análise	94
Laudos Analíticos recebidos	94
Laudos Analíticos não condenatórios	-
Laudos Analíticos condenatórios	-
Autos de intimação extraídos	08
Autos de intimação extraídos cumpridos	08

Autos de intimação extraídos não cumpridos	-
Utensílios inutilizados	13
Reclamações atendidas	85
Supervisões realizadas	554
Cursos, palestras e treinamentos	02
Operações especiais	02

Fonte: Vigilância Sanitária/ SMS de Correia Pinto (2012)

4 DIAGNÓSTICO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1 REDE FÍSICA INSTALADA

4.1.1 Assistência Médica Hospitalar

A Assistência Médica Hospitalar no município é assegurada pela Fundação Municipal Hospitalar, conveniada com SUS, UNIMED, entre outros**.**

Segundo a disponibilidade de leitos classifica-se como hospital de pequeno porte, cuja área física é de 772 m^2. Presta assistência à população nas especialidade de clinica geral, assistência ambulatorial, emergência ,urgência e cirurgias de pequeno porte.

A referida instituição dispõe de:

- Aparelho de RX, atendendo a demanda interna e aos usuários do SUS, Planos de Saúde conveniados e particulares;
- Serviço Laboratorial de análise clínica através de convênios com o SUS, Planos de Saúde conveniados e particulares;
- Aparelho de Eletrocardiograma;
- Sistema TELECARDIO;
- Aparelho de Ultra-sonografia;
- A assistência hospitalar de média e alta complexidade é assegurada pelo sistema de referencia com outros municípios (Lages, Bocaína do Sul, Florianópolis, Curitiba, Rio do Sul, Joinville, Blumenau entre outras).

Recursos Humanos da Fundação Hospitalar Municipal – Recursos Humanos Existentes Segundo Categoria Profissional, Vínculo e Número de Profissionais – Fundação Hospitalar Municipal

Categoria Profissional	Vínculo	N° de profissionais
Enfermeiro	Fundação	04
Médico	Fundação/Plantonista	11
Técnico de Enfermagem	Fundação	10
Auxiliar de Enfermagem	-	-
Agente de Serviços Gerais	Fundação	10
Auxiliar Administrativo	Fundação	02
Segurança	Prefeitura	02
Motorista	Fundação	03
Recepcionista	Fundação	03
Técnico em Radiologia	Fundação	02
Total		47

Fonte: Fundação Hospitalar Municipal de Correia Pinto - 2012

Recursos Humanos da Área Técnica Administrativa da Fundação Hospitalar Municipal

Função	Vínculo	Número
Diretor Administrativo	Fundação	01
Diretor Clínico	Fundação	01
Diretor Técnico	-	-
Assessor		01
Secretário Administrativo	-	-
Chefe Administrativo	Fundação	01
Total		04

Fonte: Fundação Hospitalar Municipal de Correia Pinto – 2012

Capacidade Física Instalada – Fundação Municipal Hospitalar

Rede Física/Ambiente	De acordo c/ a origem	Contra / SUS	Não Contratados
	Municipal	Privado	Privado
Leitos por clínicas		24	04
Cirúrgica		-	
Médica		21	
Pediátrica		03	
Obstétrica		-	
Total de leitos		24	04
Unidade Ambulatorial		01	
Consultórios		01	
Médico		11	
Total de consultórios		01	
Urgência e emergência		01	
Sala curativos e injet.		01	
Unidade de apoio diag.		-	
Aparelho de raio X		01	
Aparelho de imagem e traçados gráficos		02	
Ultrasson		-	
Eletrocardiógrafo		02	
TELECARDIO		01	
Lab. Análises clínicas		02	

Fonte: Fundação Hospitalar Municipal de Correia Pinto - 2012

5 REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

5.1 ESTRUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

5.1.1 Recursos Humanos

- Secretário Municipal da Saúde: 01

- Assessor Administrativo: 01
- Coordenador do ESF: 01
- Chefe de Serviço: 02
- Diretor de Saúde: 01
- Recepcionistas: -
- Serviços Gerais: 02
- Motorista: 07
- Oficce Boy: 01
- Técnico em vigilância sanitária nível médio: 02
- Técnico em vigilância epidemiológica nível médio: 02
- Assistente social: 01

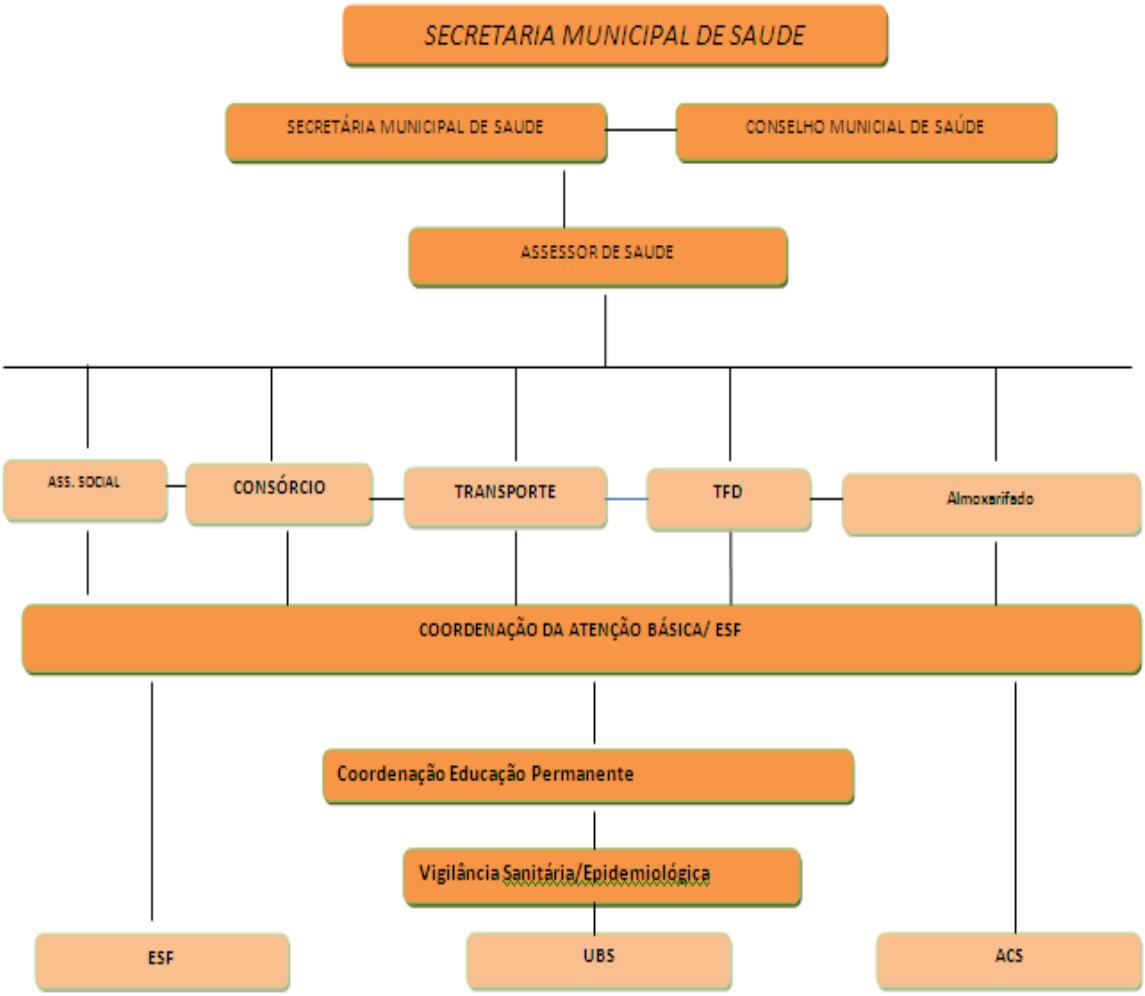
5.1.2 Equipamentos

- Computadores: 12
- Computadores com acesso a internet: 12
- Impressoras: 02
- Rede telefônica: 03
- Aparelho de fax: 01
- Câmera fotográfica digital: 03

5.1.3 Frota de Veículos

* 03 veículos Gol;
* 01veículos Corsa;
* 02 Van;
* 02 Voyage;
* 02 Ambulância;
* 01 Doblô;
* 01 Kombi;

ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



5.1.4 Serviços Ligados Diretamente à Secretaria de Saúde

- Agendamento de consultas e exames especializados;
- Central de marcação de consultas;
- Tratamento fora de domicilio/ TFD
- Controle e avaliação municipal;
- Sistema de informação de internação hospitalar;
- Cartão nacional do SUS;
- Agendamento de consultas para rede básica e consórcio;
- Dispensa, controle e distribuição de material de consumo para as unidades básicas de saúde;

- Vigilância sanitária;
- Sistema de informação e alimentação do banco de dados para o ministério da saúde;
- Vigilância Epidemiológica;
- Imunização;
- Serviço social;
- Coordenação do PSF/PACS;
- Agendamento e liberação de viagens fora do município

5.2 REDE OPERACIONAL

A atenção básica na assistência à saúde em Correia Pinto está estruturada a partir das equipes de saúde da família distribuídas nas 04 unidades básicas de saúde (UBS) sendo em área urbana. A atenção básica em locais de difícil acesso da população e feita através de uma Unidade Móvel de Saúde. O processo de melhoria do modelo assistencial foi estruturado a partir da implantação maciça do Programa Saúde da Família no ano de 2000, atingindo a cobertura de 70% da população do município sendo priorizadas as regiões e agrupamentos populacionais de maior vulnerabilidade social. As UBSs se constituem porta de entrada do SUS e têm objetivo de oferecer assistência integral às necessidades básicas de saúde, desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Nas Unidades são desenvolvidas ações em diferentes áreas. Quanto ao atendimento realizado pelo profissional médico são ofertadas consultas nas áreas de clinica geral e ginecologia. Incluem-se aqui o atendimento ao pré-natal de baixo risco, exames ginecológicos, inserção de DIU, pequenos procedimentos cirúrgicos, puericultura, avaliação e encaminhamento para as especialidades se necessário, entre outros.

A equipe de enfermagem oferece, além da consulta de enfermagem e acolhimento do paciente, vacinação, curativos, retirada de pontos, acompanhamento ao paciente hipertenso e diabético, ações de planejamento familiar, puericultura, coleta de exames.

A enfermeira apresenta ainda atuação especifica realizando consulta de pré-natal, puerpério, prevenção de câncer de mama e coleta da citologia oncótica, sendo responsável pelo gerenciamento e supervisão da equipe de saúde e da Unidade.

Uma atribuição comum a todos da equipe é a realização de visita domiciliar por diferentes motivos como o de cadastramento da família realizada pelo Agente Comunitário de Saúde, para levantamento de uma determinada situação. É através da visita domiciliar que são realizadas ações de busca ativa, acompanhamento dos casos considerados como risco no território, quer sejam de pacientes acamados, idosos, portadores de agravos crônicos, etc. podendo ser realizadas desde uma consulta médica, odontológica, fisioterapeutica, psicologia, farmacêutico ou de enfermagem, até procedimentos como um curativo, controle de PA, etc. Outra atribuição comum são as ações de promoção e prevenção da saúde que as Unidades de Saúde oferecem de acordo com as necessidades locais como grupos de caminhada, grupos de orientações para pacientes portadores de Hipertensão e Diabetes, grupos de atividade física, entre outros. São realizadas ações educativas nos espaços coletivos, como escolas, grupos comunitários e orientações individuais em temas como: auto-cuidado, alimentação saudável, noções sobre sexualidade, reprodução e planejamento familiar,

prevenção de câncer de mama e colo de útero, aconselhamento sobre DST/AIDS, cuidados com a gravidez, amamentação, os riscos do tabagismo, melhoria de auto-estima etc.
O trabalho realizado pela equipe da Unidade de Saúde visa, além do atendimento a demanda espontânea e o atendimento ao seu território de responsabilidade, a organizar a atenção a algumas áreas e/ou grupos de população considerados de maior risco ou de interesse epidemiológico através de programas. O objetivo destes programas é de possibilitar adequado controle e avaliação de resultados, como, por exemplo: controle de Hipertensão e Diabetes, saúde da Mulher (pré-natal, detecção precoce de câncer ginecológico e mama, planejamento familiar), saúde da Criança (puericultura, imunizações e vigilância ao recém-nascido de risco), controle da Tuberculose e Hanseníase, Saúde Mental, manejo do tabagismo, assistência ao portador de asma, assistência farmacêutica, fisioterapia, fonoaudiologia, saúde do idoso, rede de proteção à criança e adolescentes vítimas de violência e apoio social.
A atenção odontológica é desenvolvida em 03 unidades básicas de saúde priorizando a faixa etária infanto-juvenil e as gestantes, oferecendo ainda, atenção básica integral à população por eles assistida.
Os exames de patologia clínica são solicitados pelas UBSs e realizados pelos laboratórios prestadores de serviço.
Os exames de radiologia são feitos no Hospital Municipal e em serviços conveniado pelo município.

PROPOSTAS :
Com o objetivo de ampliar as possibilidades das equipes de Estratégia da saúde da família no que se refere a universalidade e integralidade das ações na atenção básica estará sendo implantadas duas novas equipes de ESF.
Dentro dessas ações também está a implementação dos sistemas de informação para a gestão da saúde e da política de educação permanente. Ainda propõe-se, implantação do Protocolo de Consulta de Enfermagem em pré-natal,puericultura,Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco voltado à Atenção Básica. Tal proposta visa ampliar a resolutividade das unidades de saúde, dando resolução aos casos de urgência e emergência e redirecionando as queixas eletivas para agendamento e realizando monitoramento conforme protocolos assistenciais instituídos. Espera-se desta forma resgatar o papel de porta de entrada, ordenadora do sistema além de ampliar a credibilidade dos usuários nos serviços de atenção básica.

Capacidade Física Instalada nas Unidades Básicas de Saúde – Correia Pinto

Ambientes	UBS Centro	UBS São João	UBS Florestal	UBS Canoas	Total
Consultórios:					
Médico	**02**	**02**	**01**	**01**	**06**
Enfermagem	**01**	**01**	**00**	**01**	**03**
Odontológico	**01**	**01**	**00**	**01**	**03**
Interior odonto.	**00**	**00**	**00**	**00**	**01**

Sala de Vacina	**01**	**01**	**00**	**01**	**03**
Sala de Psicologia	**-**	**01**	**-**	**-**	**01**
Preventivo	**01**	**01**	**00**	**01**	**03**
Enfermagem	**01**	**01**	**00**	**01**	**03**
Sala de Triagem	**01**	**01**	**00**	**01**	**03**
Farmácia	**01**	**-**	**-**	**-**	**01**
Banheiro	**02**	**02**	**01**	**04**	**09**
Copa	**01**	**01**	**01**	**01**	**04**
Almoxarifado	**01**	**01**	**01**	**01**	**04**
Recepção	**01**	**01**	**01**	**01**	**04**
Esterilização	**01**	**01**	**01**	**01**	**04**
Sala de Fisioterapia	**-**	**01**	**-**	**-**	**01**
Área de serviço	**01**	**01**	**-**	**01**	**03**
Sala de espera	**01**	**01**	**01**	**01**	**04**
Sala de Reuniões	**01**	**-**	**-**	**01**	**02**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Correia Pinto - 2012

Recursos Humanos por Instituição, Formação Profissional, Jornada de Trabalho e Vínculo – Correia Pinto

Categoria	UBS Centro			UBS São João			UBS Florestal			UBS Canoas		
	Qtidade	Carga Horária	Vínculo	Qtidade	Carga Horária	Vínculo	Qtidade	Carga Horária	Vínculo	Qtidade	Carga Horária	Vínculo
Médico	05	3 (20hs) 2 (40hs)	Mun.	05	2 (40hs) 3 (20hs)	Mun.	01	40hs	Mun.	01	40hs	Mun.
Enfermeiro	02	40hs	Mun.	02	2 (40hs)	Mun.	01	40hs	Mun.	01	40hs	Mun.
Odontólogo	02	1 (40hs) 1 (20hs)	Mun. Mun.	01	1 (40hs)	Mun.						
Téc. Enfermagem	04	4 (40hs)	Mun.	02	2 (40hs)	Mun.	02	40hs	Mun.	01	40hs	Mun.
Aux. Enfermagem	01	1 (30hs)	Mun.	04	4 (30hs)	Mun.	02	30hs	Mun.	02	30hs	Mun.
Fisioterapeuta				01	1(20hs)	Mun.						
Psicologo	01	1(40hs)	Mun.									
Serv. Gerais	02	2 (40hs)	Mun.	01	30hs	Mun.	01	30hs	Mun.	01	30hs	Mun.
ACS	06	6 (40hs)	Mun.	06	40hs	Mun.	03	40hs	Mun.	03	40hs	Mun.

Programas e Atividades Desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde – Correia Pinto

Programas / Atividades	UBS Centro			UBS São João			UBS Florestal			UBS Canoas		
	Sim	Não	N°	Sim	Não	N°	Sim	Não	N°	Sim	Não	N°
Programa Saúde Família	X		1	X		1			1			1
Programa Ag. Comun.Saúde	X			X			X			X		
Saúde Mulher	X			X			X			X		
Saúde Criança	X			X			X			X		
Saúde Adolesc.	X			X			X			X		
Saúde Adulto	X			X			X			X		
Tuberculose	X			X			X			X		
Hanseníase	X			X			X			X		
Imunização	X			X				X		X		
Vig. Epidemiol.	X			X			X			X		
Saúde Bucal	X			X								
Educação em Saúde	X			X			X			X		
Programa DST/HIV/ AIDS												
Monitora												

mento Dça. Diar. Ag.	**X**			**X**			**X**			**X**		
Tabagismo												
SISVAN												
HIPERDIA	**X**			**X**			**X**			**X**		
SIS/ Pré-natal												
SINAN												
SIS/Colo												

Fonte: SMS Correia Pinto - 2013

Previsão de Contratação de Recursos Humanos para Serviços de Atenção Básica, segundo categoria, quantitativo e carga horária

Categoria Profissional	Quantidade	Carga Horária
Médico Obstetra	**01**	**40 h/s**
Médico Clínico Geral	**02**	**40h/s**
Psicólogo	**01**	**40h/s**
Odontólogo	**-**	**40h/s**
Técnico de Enfermagem	**02**	**40h/s**
Técnico em Higiene Dental	**01**	
Auxiliar de Consultório Dentário	**-**	**40h/s**
Farmacêutico	**1**	**40h/s**
Fisioterapeuta	**1**	**40h/s**

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – 2013

Previsão de Contratação de Recursos Humanos para Serviços na Fundação Municipal Hospitalar, segundo categoria, quantitativo e carga horária

Categoria Profissional	Quantidade	Carga Horária
Farmacêutico	01	20h/s
Enfermeiro	-	-
Técnico em Radiologia	01	30h/s
Técnico em Enfermagem	01	40h/s
Auxiliar de Enfermagem	01	40h/s
Auxiliar Administrativo	01	40h/s
Recepcionista	03	40h/s
Agente de Serviços Gerais	02	40h/s
Motorista	02	
Médico Anestesista	01	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – 2013

Previsão de Contratação, Reforma, Ampliação, Construção, Aquisição de Veículo, Equipamento e Material Permanente para o período de 2014 a 2017

	UBS Centro	UBS São João	UBS Ponte Canoas	UBS Florestal
Construção	X			
Ampliação e Reforma	X	X	X	X
Equipamentos e Mat. Permanente	X	X	X	X
Aquisição de Veículo: 01 unidade móvel médica-odontológica para atendimento no interior				

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

5.3 REDE PRIVADA DE SAÚDE EXISTENTE NO MUNICÍPIO

5.3.1 KLABIN

A indústria produtora de papel Klabin presta assistência a seus trabalhadores através do desenvolvimento do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional, visando atender a norma regulamentadora (NR-7). Este programa foi planejado e implantado com base nos riscos à saúde do trabalhador e tem como objetivos permanentes:

- Promover a saúde, prevenção de doenças, acidentes de trabalho e a recuperação dos colaboradores na empresa Klabin;
- Preservar a saúde dos colaboradores e terceiros da empresa;
- Atuar na preservação, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho;
- Reduzir os índices de acidentes de trabalho, doenças profissionais e absenteísmo;
- Cumprir a legislação trabalhista no tocante a saúde no trabalho;
- Padronizar e normatizar as ações voltadas ao controle médico de saúde ocupacional.

Este programa é desenvolvido através de ações de caráter preventivo, não ocupacional, como:

- Prevenção e controle da Hipertensão Arterial, Diabetes, Dislipidemias;
- Prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e planejamento familiar;
- Imunização.

Ações da Saúde Ocupacional

- PCA – Programa de Conservação Auditiva;
- PPR – Programa de Proteção Respiratória.

Para assegurar esta assistência ao trabalhador a empresa dispõe dos seguintes recursos humanos:

- Médico do trabalho;
- Auxiliar de Enfermagem;
- Secretária,
- Assistente Social.
- Consultórios Médicos e demais Profissionais Existentes no Município.

5.3.2 Rede privada

Atendendo a clientela na rede privada, existe no município:

- 02 Consultórios Médicos;
- 02 Clínica de Fisioterapia;
- 02 Laboratórios de Análises clínicas.

Na assistência médica, a população conta com as especialidades de clínica geral.

- Consultórios Odontológicos

A rede de assistência odontológica privada coloca a disposição da clientela, 05 consultórios, atendendo através de convênios e particular.

- Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento

Dentro desta especialidade o município dispõe de 02 laboratórios de análises clínicas;

5.4 PRODUÇÃO DE SERVIÇOS

Os serviços realizados devem contemplar o conjunto de estratégias mínimas, necessárias para a atenção adequada aos problemas de saúde mais freqüentes na maior parte do município.

O Ministério da Saúde preconiza para consulta médica duas consultas habitantes / ano, deste parâmetro, 84% destina-se à clínica básica, 10 % para especialidades e 6% para urgência e emergência.

5.4.1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde

O Programa tem como objetivo fazer educação em saúde. Foi implantado no município em 2001. Sua cobertura é de 70% do município. Conta com 18 Agentes Comunitários de Saúde, divididos em 18 micro-áreas, que devem realizar no mínimo 01 visita a cada família mês.

Segundo o Ministério da Saúde, suas principais atribuições são:

- Mapear sua área de atuação;
- Cadastrar as famílias de sua área, mantendo o cadastro sempre atualizado;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;

- Realizar visitas domiciliares mensais;
- Colher dados para analise da situação das famílias acompanhadas;
- Desenvolver ações básicas de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida;
- Incentivar formação de conselhos locais de saúde.

5.4.2 Programa Estratégia Saúde da Família - ESF

A saúde da família é estratégia que o Ministério da Saúde escolheu para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde a partir da atenção básica.

Segundo o Ministério da Saúde, os objetivos da implantação do modelo de saúde da família são:

- Prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita.
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/ doença, da organização dos serviços e da produção da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

O município conta hoje com cinco equipes de ESF, compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e Agentes comunitários de saúde.

5.4.3 Programa de Saúde Bucal - PSB

Este programa desenvolve suas atividades juntamente com a equipe de ESF. De maneira genérica, o Ministério da Saúde atribui as seguintes responsabilidades aos profissionais de saúde bucal:

- Participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe;
- Identificar as necessidades e expectativas da população com relação à saúde oral;
- Executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde oral;
- Executar ações básicas de vigilância epidemiológica;
- Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal;
- Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

5.4.4 Programas de Humanização no Pré-natal e Nascimento

Instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria / GM N° 569, de 01/06/2000, e baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém- nascido e à mulher no período pós-parto busca:

- Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas faixas de morbimortalidade materna e neonatal.
- Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e
- Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestante de alto risco.

5.4.5 Grupo de Gestantes

Este grupo foi implantado com o objetivo de informar e conscientizar as gestantes sobre a gestação, parto e puerpério bem como os cuidados com a criança. A enfermeira é responsável pelo grupo. Além da enfermeira outros profissionais realizam trabalhos com o grupo como: assistente social, médico, odontólogo.

5.4.6 Programa do Controle da Hipertensão e Diabetes - HIPERDIA

Este programa visa controlar, e identificar os casos de hipertensão e diabetes. Nesta estratégia os pacientes portadores dessas patologias devem ser acompanhados e realizar consulta médica a cada seis meses para controle. Em todas as equipes de ESF do município

são desenvolvidos os grupos de hipertensos e diabéticos, e também contam com agendamento de consultas médicas e de enfermagem semanalmente.

5.4.7 Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer

Programa criado pelo Ministério da Saúde e implantado no município sobre a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. Tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes no município com conseguinte diminuição da morbimortalidade, por doenças relacionadas ao uso do tabaco, álcool, a exposição inadequada as irradiações, através de programas educativos para o controle do tabagismo.

5.4.8 Programa de Controle da Tuberculose

Este programa visa identificar possíveis portadores da doença ou pacientes em situação de risco para contaminação, como os imunodeprimidos. Após a detecção da doença os pacientes são acompanhados pela equipe de PSF e por médico especialista na vigilância epidemiológica em Lages, onde também recebem a medicação para realizar o tratamento.

5.4.9 Programa de Controle da Hanseníase

Este programa visa identificar através de lesões de pele, possíveis casos de hanseníase, por isso que neste programa a busca ativa por lesões que se identifiquem com a sintomatologia da doença é muito importante, pois com o diagnóstico precoce as chances de cicatrizes na pele são mínimas.

5.4.10 Saúde do Homem

Segundo os princípios e diretrizes do Ministério da Saúde, a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar, o que tem como consequência agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde. O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis. A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. (Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem).

A procura tardia faz com que as doenças sejam diagnosticadas tardiamente e os tratamentos necessários sejam longos. Estudos demonstram que os homens têm dificuldade em aderir a tratamentos crônicos ou prolongados ou ainda em modificar hábitos. Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais como a crença de invulnerabilidade enraizada na cultura patriarcal, sendo a doença um sinal de fraqueza.

6. PRIORIDADES DOS PROGRAMAS E ATIVIDADES

6.1 Programa de Educação Permanente

- Formar comissão para implantação do Programa de Educação Permanente.
- Treinamento para atendimento de urgência/emergência (Primeiros Socorros).
- Capacitação de funcionários de nível médio e superior para: Teste do Pezinho, vacinas, doenças infecto-contagiosas, vigilância epidemiológica.
- Capacitação para Agente Comunitário de Saúde sobre: verminose, imunização, vigilância epidemiológica e primeiros socorros.

* Capacitação em Saúde Mental.

6.2 Saúde da Mulher

- Cadastramento de gestantes (SISPRENATAL);
- Atividades em datas comemorativas;
- Planejamento familiar;

- Acompanhamento no pré-natal;
- Atividade educativa em grupo;
- Incentivo ao aleitamento materno;
- Imunização (Anatox-tetânico e rubéola);
- Assistência ao puerpério;
- Assistência ao climatério;
- Assistência e acompanhamento na gestação de alto risco.
- Saúde da Criança Escolar e Adolescente
- Puericultura (Equipe multidisciplinar);
- Acompanhamento de crianças com baixo peso (SISVAN);
- Imunização;
- Educação em saúde (orientação sexual, prevenção de drogas/ DST/HIV/AIDS, entre outras).
- Saúde bucal.

6.3 Saúde do Idoso

- Consulta por equipe multidisciplinar;
- Imunização;
- Prevenção de doenças crônico-degenerativas;
- Formação de grupos;
- Atividades em datas comemorativas;
- Academia da terceira idade.

6.4 Hipertensão e Diabetes

- Cadastramento no Hiperdia;
- Realizar teste de glicemia capilar;
- Formação de grupos;
- Educação em saúde;
- Distribuição de medicamentos;
- Inventário do uso de medicamento.

6.5 Controle da Tuberculose

- Diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos;
- Busca ativa de assintomáticos respiratórios;
- Treinamento da equipe para aplicação e leitura de PPD;
- Notificação e investigação dos casos;
- Investigação dos contatos;
- Imunizar com BCG;
- Atividade em data comemorativa;
- Educação em saúde.

6.6 Controle da Hanseniase

- Diagnóstico, tratamento e acompanhamento de casos;
- Busca ativa de lesões suspeitas de pele;
- Implantar o programa no município;
- Profilaxia em contatos domiciliares;
- Notificação e investigação de casos.

6.7 Imunização

- Treinar profissionais de enfermagem para atuar na sala de vacina 15ª Regional de Saúde – Lages).
- Implantar teste de Mantoux e Mitsuda nas Unidades Básicas de Saúde que possuem sala de vacina;
- Manter fichário rotativo nas salas de vacinas;
- Vacinar a demanda em toda a faixa etária exigida pelo MS;
- Realizar busca ativa de faltosos;
- Realizar campanhas de multivacinação e dos idosos;
- Promover campanha de vacinação com Anatox-tetânico, Hepatite B e rubéola nas unidades escolares e empresas;

- Alimentar o banco de dados do MS – API / SI/AIU.

6.8 Saneamento Básico

- Incentivar a reativação das usinas produtoras de módulos sanitários existentes na região;
- Elaborar projetos para FUNASA, visando ampliação da rede de esgoto no perímetro urbano do município.
- Desenvolver atividades educativas e eventos voltados para as questões ambientais;
- FUNASA módulos sanitários.

6.9 Vigilância Epidemiológica

- Priorizar dentro das ações das equipes de PSF/PACS a vigilância aos agravos de notificação compulsória, junto aos serviços de saúde (hospitais, consultórios), estabelecimentos de ensino, empresas, etc.
- Alimentar o banco de dados do MS – SINAN;
- Realizar ciclo de palestras nos estabelecimentos de ensino, comunidade e grupos, objetivando a divulgação das ações de vigilância epidemiológica e seu impacto sobre as ações de saúde no município;
- Realização de bloqueio quando necessário;
- Estimular os profissionais de saúde para notificação de agravos;
- Mapear as áreas de ocorrência de surtos, visando intensificar ações pertinentes;
- Manter monitoramento de controle da dengue.

6.10 Programa de Saúde Bucal

- Projeto Recuperando Sorriso;
  Atendimento no interior;
- Atendimentos nas UBS;
- Atendimento domiciliar.

6.11 Pograma de Prevençao do Câncer de Colo de Útero de Mamas

- Realizar coleta de material cérvico uterino nas mulheres a partir do início da atividade sexual;
- Fazer exame clínico de mamas em cada coleta de material;
- Orientar e demonstrar o auto exame de mamas;
- Implantar o programa em todas as Unidades Básicas de Saúde;
- Estender a coleta às mulheres das comunidades rurais;
- Elaborar ciclo de palestras na comunidade;
- Assegurar tratamento, medicação e referência nos casos com alterações;
- Fazer busca ativa de casos quando necessário;
- Priorizar a consulta nas UBS de resultados que necessitam de acompanhamento e tratamento;
- Flexibilizar local, horário para atendimento das profissionais do sexo;
- Adequar à estrutura física da sala de coleta, conforme padronização do MS para o programa.

6.12 Vigilância Sanitária

- Capacitação de profissionais de nível superior médio para atuação no programa;
- Desenvolver as ações básicas de pactuação da vigilância sanitária.
- Controle do Tabagismo e Fatores de Risco para o Câncer
- Implantar projeto no município;
- Promover ações educativas em datas comemorativas;
- Desenvolver o projeto Saber Saúde, em parceria com a Secretaria da Educação;
- Por em prática a Lei Municipal que proíbe o hábito de fumar em locais públicos;
- Elaborar ciclo de palestras junto às unidades escolares e comunidade;
- Promover Fórum Municipal sobre Tabagismo.

6.13 Programa DST/HIV/AIDS

- Cadastrar todas as profissionais de sexo que desenvolvem suas atividades em estabelecimentos;
- Viabilizar a realização de exames para indivíduos em situação de risco (usuários de drogas, vítimas de violência sexual, profissionais do sexo, presidiários, entre outros).
- Incluir o teste Elisa 1 e 2 na rotina de pré-natal;
- Capacitar as equipes de PSF/ACS para atuação no programa;
- Elaborar ciclo de palestras, junto às unidades de ensino, comunidade, centros de recuperações, cursos de noivos;
- Incluir na rotina do programa de prevenção do câncer ginecológico, orientações sobre DST/HIV/AIDS;
- Implantar Centro de Triagem e Aconselhamento (CTA);
- Intensificar atividades educativas em data comemorativa;
- Intensificar a divulgação do uso do preservativo feminino.

6.14 Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas

- Notificar todos os casos que procuram as Unidades Básicas de Saúde;
- Implantar nas UBS, terapia de reidratação oral;
- Adequar área física e equipamentos nas UBS para TRO;
- Capacitar equipes PSF/ACS para ações de MDDA;
- Promover seminário sobre doenças diarréicas e fatores correlacionados;
- Desenvolver atividades educativas para prevenção das diarréias.

6.15 Programa Saúde da Fam[ília

- Execução dos programas do MS (Hiperdia, Sisprenatal, Sisvan, Sinan, Mdda, DST/HIV/AIDS, Saúde da Mulher, da criança entre outros);
- Reuniões semanais das equipes para padronização de condutas;
- Elaborar cronograma de atividades semanais (interna e externa);
- Formação de grupos específicos;

- Reuniões com a comunidade para elaboração do planejamento estratégico;
- Elaborar cronograma de ciclo de palestras nas escolas e comunidade;
- Aplicar junto à comunidade e instrumentos de avaliação do desempenho das equipes e grau de satisfação do usuário.

6.16 Programa de Agentes Comunitários de Saúde

- Elaborar projeto de educação permanente para capacitação dos ACS;
- Aplicar junto à comunidade instrumento de avaliação do desempenho do ACS na micro área e grau de satisfação do usuário com o programa;
- Monitoramento da clientela especifica sob sua responsabilidade (crianças, gestantes, idosos, portadores de doenças crônico-degenerativas);
- Participar do programa de saúde bucal (aplicação de flúor);
- Participação ativa em todos os eventos realizados pela Secretaria de Saúde;
- Organizar a comunidade para implantação de projetos visando à solução de seus problemas.

7. RECURSOS FINANCEIROS

O SUS é financiado com recursos das três esferas de governo. É atribuição constitucional do Poder Público Municipal, Estadual e federal destinar uma parcela de seu orçamento para ações e serviços de saúde. É composto pelo orçamento da Seguridade Social e orçamento fiscal da União, Estados e Municípios.

Os recursos para a saúde, repassados pelo Tesouro Nacional e Seguridade Social, geridos pelo Ministério da Saúde, são divididos em duas partes: uma é retida para custeio e investimentos das ações federais, a outra é repassada às secretarias de saúde estaduais e municipais, de acordo com critérios previamente definidos em função da população, necessidades de saúde e rede assistencial sendo que os recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) poderão ser utilizados para custeio de profissionais de nível superior e médio : odontólogo, psicologo, fisioterapeuta enfermeiro,médico, técnico de Enfermagem, Higiene Bucal etc e de ações de atenção básica à saúde . O Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) são recursos financeiros utilizados para o custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal.

A transferência destes recursos poderá ser feita:

- Mediante convênios;
- PPI;
- Pagamento direto aos prestadores;

- Transferência fundo a fundo.

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente, por meio do Fundo Municipal de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização pelo Conselho Municipal de Saúde, o que garante a participação da comunidade no controle dos recursos destinados à área da saúde.

Em 13 de setembro de 2000, tendo como objetivo a garantia dos recursos necessários para o atendimento da saúde pública, foi aprovada pelo Congresso Nacional a ementa Constitucional n° 29 que vincula, no caso de estados e municípios, recursos advindos de receitas de impostos para a manutenção e desenvolvimento das ações e serviços de saúde de maneira semelhante ao que acontece com a educação. Os valores destes recursos são correspondentes à variação de 7 a 12% das receitas de impostos no caso dos estados e Distrito Federal e de 7 a 15% no caso dos municípios, sendo que aqueles que estivessem aplicando um percentual inferior ao estipulado, tiveram até o exercício financeiro de 2004 para atingi-lo. A ementa Constitucional n° 29 assegura a efetiva co-participação da União, dos Estados e Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Os estados e o Distrito Federal tiveram até o ano 2004 para atingir o patamar mínimo de 12% da arrecadação líquida dos impostos, os Municípios também tiveram o ano de 2004 para atingir o patamar mínimo de 15% da arrecadação líquida de impostos.

8. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Para subsidiar o acompanhamento da ementa Constitucional n° 29, foi determinado a utilização do SIOPS, que tem como objetivo o desenvolvimento, implantação e manutenção, em bases consistentes, de um banco de dados com informações sobre receitas totais e despesas da área da saúde, sob responsabilidade do poder público, nas três esferas de governo. Deve computar a totalidade dos gastos com ações e serviços de saúde de acesso universal e não somente aquelas despesas executadas pelas secretarias ou departamentos.

8.1 Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde de Correia Pinto

Orçamentos Públicos em Saúde			
Dados e Indicadores	2011	2012	2013
Despesa total com saúde por habitante (R$)	367,73	476,98	535,25
Despesa com recursos próprios por habitante	299,74	378,32	357,13
Transferências SUS por habitante	32,72	22,35	123.06
% despesa com pessoal/despesa total	66,51	65,90	64,57
% despesa com investimentos/despesa total	2,95	7,36	7,81
% transferências SUS/despesa total com saúde	19,34	23,88	23,08
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC29)	17,90	21,91	18,77
% despesa com serviços de terceiros /pessoa jurídica Despesa total	10,69	8,75	9,98
Despesa total com saúde	5.379.057,09	6.935.858,70	7.656.360,43
Despesa com recursos próprios	4.431.574,42	5.593.453,69	5.107.261,97
Receita de impostos e transferências constitucionais Legais	24.258.663,20	26.511.322,93	27.210.494,93
Transferências SUS	483.670,10	330.456,61	1.819.368,90
Despesa com pessoal	3.573.912,73	4.541.264,44	4.825.680,95

Fonte: SIOPS 2013

O SIOPS é uma importante ferramenta de informação gerencial, pois possibilita que o gestor do Fundo e o Conselho Municipal de Saúde construam diferentes quadros com vários níveis de informações como receitas da administração, receitas da área da saúde, despesas por categoria econômica e por elemento de despesa, tanto da administração como da secretaria de saúde, dentre outras.

8.2 Fundo Municipal de Saúde

Com a edição da EC n° 29/2000, a exigência é clara: a utilização dos recursos para a saúde somente poderá ser feita por meio do Fundo Municipal de Saúde e o acompanhamento e fiscalização realizados pelo Conselho de Saúde e por órgãos de controle.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) em seu artigo 33 define que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. A Lei 8.142/90, define que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com o Fundo de Saúde para receberem tais recursos.

A transferência de recursos destinados à cobertura de serviços e ações de saúde também foi condicionada à existência de Fundo de Saúde no Decreto n°1.232/94.

Os recursos do Fundo Municipal de Saúde não podem ser destinados à outra atividade que não seja à área da saúde.

Os fundos de saúde constituem-se em instrumentos: de gestão, planejamento e de controle.

8.3 Plano Plurianual - PPA

A concretização do planejamento na administração pública se dá em médio prazo pelo Plano Plurianual – PPA. O PPA é elaborado no primeiro ano de mandato do governante (chefe do poder executivo), para viger no 2°, 3° e 4° anos do seu mandato. O sucessor governará no primeiro ano do seu mandato com o PPA elaborado pelo governo anterior.

O PPA contém as metas de governo e toma por base a agenda de saúde e as metas plurianuais contidas nos Planos de Saúde.

8.4 Programação Pactuada e Integrada – PPI

A legislação estabelece que todo município é responsável pela execução dos serviços básicos de saúde. No entanto, nem todos os municípios possuem capacidade plena instalada para prestação de serviços especializados. Desse modo, os usuários do sistema devem se dirigir a outro município para receber estes serviços.

A PPI é um processo instituído no âmbito do SUS para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos Estados e Municípios, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores.

O planejamento e a gestão financeira, nestes casos, deve ser realizado através de uma pactuação entre gestores municipais e, quando necessário, também com o gestor estadual, para que o cidadão não fique sem atendimento por não existir o serviço em seu município de origem.

A pactuação entre os gestores é pré-requisito para assegurar o acesso aos serviços e procedimentos que são oferecidos em outro território e deve estar amparada com instrumentos de gestão capazes de garantir as condições pactuadas.

A pactuação é um processo dinâmico, constantemente avaliado e repactuado, uma vez que as condições existentes precisam avançar.

Os limites financeiros da assistência por município estão sujeitos à reprogramação, em função da revisão periódica da PPI, definida na CIB – Comissão Intergestores Bipartite.

Tendo em vista o município de Correia Pinto estar habilitado na condição de gestão plena de atenção básica municipal e não dispor de capacidade plena instalada para prestação de serviços especializados, articulou-se com outros municípios pela PPI, atualmente o município tem pactuação com os seguintes municípios:

- Lages;
- Rio do Sul;
- Florianópolis;
- Joinville; e
- Secretaria de Estado da Saúde.

9. SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

9.1 Princípios e Diretrizes Políticas do SUS e Compromissos de Governo do Município

O SUS, apesar de se configurar como uma proposta bem sucedida vem evidenciando um conjunto de desafios para o alcance dos princípios e diretrizes assegurados no seu arcabouço jurídico-legal.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, que integram o SUS, devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição federal e artigo 7° da Lei n°8.080/90. Estas diretrizes

podem ser classificadas em princípios doutrinários e princípios organizativos que estabelecem parâmetros de conduta e desempenho.

9.1.1 Princípios Doutrinários:

- Universalidade: acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade de assistência: o sistema deve proporcionar ao individuo e à coletividade as condições de atendimento de acordo com as suas necessidades;
- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e mora;
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Direito à informação, para as pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

9.1.2 Princípios Organizativos:

- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- Participação da comunidade;
- Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalizando e hierarquizando a rede de serviços;
- Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União dos Estados do Distrito Federal e dos municípios na prestação dos serviços de assistência à saúde da população;
- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- Organização dos serviços públicos, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Os princípios e diretrizes políticas do SUS são elementos fundamentais que orientam o processo de planejamento para a implementação e operacionalização do Sistema Único de Saúde Municipal.

O arcabouço jurídico-legal do SUS é composto por:

- Constituição Federal
- Constituição do Estado de Santa Catarina
- Lei n° 8.080
- Lei n° 8.142
- Decreto n° 1.651
- Norma Operacional Básica de Assistência a Saúde – SUS – NOAS 2001
- Ementa Constitucional n° 29/2000

9.2 Pressupostos

9.2.1 Essencialidade

Saúde como direito do cidadão e como função do estado.

9.2.2 Universalidade

A saúde como direito de todos.

9.2.3 Financiamento

Com recursos das três esferas de governo

9.2.4 Planejamento

A previsão de que os recursos da saúde devem fazer parte do Orçamento da Seguridade Social nas três esferas de governo.

9.2.5 Integração

Participação conjunta e articulada das três esferas de governo no planejamento, financiamento e execução.

9.2.6 Controle

A fiscalização das ações e serviços de saúde.

9.2.7 Autonomia

A gestão autônoma (independente) dos recursos na três esferas.

9.2.8 Regionalização

O atendimento realizado mais próximo do cidadão, preferencialmente no município.

9.2.9 Diferenciação

A autonomia da União, Estados e dos Municípios na gestão, de acordo com as suas características.

9.2.10 Programação

Fundamentado no novo postulado do conceito de saúde como decorrência das condições de vida, o município estabelece como prioridade ações e programas que assegurem condições para o alcance da preconizada qualidade de vida.

10 CONTROLE E AVALIAÇÃO

10.1 Controle

A participação da sociedade nas políticas é um fato recente. Representa um longo processo e questionamento à forma centralizadora e verticalizada do poder público em todas as suas esferas de governo.

O controle social cria um espaço de negociação entre os usuários e os administradores. A participação popular, para efeito de controle da execução de políticas públicas sociais, tem na Constituição Federal de 1988 a sua maior garantia.

11. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Na Lei n° 8.142/90, art. 1°, inciso II, parágrafos 2° e 4°, fica instituída a criação do Conselho de Saúde, nesse artigo encontramos o seguinte:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo.

Uma das formas de exercício do controle é a atuação do Conselho Municipal de Saúde. O Conselho não atua somente no controle. Na área da saúde assume um papel mais amplo. O Conselho Municipal de Saúde é um instrumento de participação dos segmentos da comunidade na própria gerência do SUS, atuando na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

A Emenda Constituição 29 determina que o acompanhamento e fiscalização dos recursos do Fundo Municipal de Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde.

12 .SIOPS

O objetivo da SIOPS é reunir informações que permitam apurar as recitas e as despesas públicas com saúde. Esse sistema produz indicadores gerais do comportamento da aplicação de recursos em saúde, inclusive aquele exigido pela Emenda Constitucional n° 29/2000.

13. RELATÓRIO DE GESTÃO

Como determina o Art. 6° do Decreto n° 1651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, na forma do Decreto n° 1232/94, que trata das transferências fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

14 .RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Esse relatório é exigido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, é uma fonte de informações sobre o comportamento da arrecadação e a realização da despesa da administração como um todo. Deve ser elaborado a cada dois meses e é instrumento chave para acompanhar a realização orçamentária da administração e de sua relação com o Fundo Municipal de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde definiu que as prestações de contas devem ser feitas ao respectivo conselho trimestralmente.

15. AVALIAÇÃO

O sistema de controle e avaliação tem o objetivo de aprender em que medida as metas estão sendo alcançadas, a que custo, e reorientar o curso das ações e serviços programados.

A avaliação das ações previstas no Plano Municipal de Saúde visa o alcance dos seus objetivos e o cumprimento de suas diretrizes e metas. A perspectiva é de que a avaliação permita o constante aperfeiçoamento do Plano.

A avaliação das ações deverá contemplar, entre outros, a análise dos seguintes itens:

- Grau de desenvolvimento dos profissionais;
- Níveis de referência e contra-referência;
- Homogeneidade das ações (promoção, proteção e recuperação);
- Evolução e continuidade das ações;
- Relacionamento dos serviços;
- Envolvimento do Conselho Municipal de Saúde;
- Avaliação da organização e estruturação do Sistema de Saúde Municipal;
- Sistema de informação

REFERÊNCIAS

Datasus – www.datasus.gov.br

Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde – Manual Básico – Ministério da Saúde 2002.

IBGE – www.ibge.gov,br

Manual para a Organização da Atenção Básica – Ministério da Saúde, 1999.

Ministério da Saúde. www.saude.gov.br

Plano Plurianual – PPA do Município de Correia Pinto 2014 a 2017.

Processo de Habilitação e Gestão da Saúde no Município – Ministério da Saúde – 1998.

Secretaria de Estado da Saúde – www.saude.sc.gov.br.

Sistema Único de Saúde – Legislação Básica.