

PREFEITURA DE BRUSQUE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
PERÍODO 2018 - 2021

original

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida (Acquirete Imuno-Deficiencie Syndrom)
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo
APH	Assistência Pré-Hospitalar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Assistência Psicossocial Álcool e Drogas
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPS	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardio Vasculares
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DM	Diabete Mellitus
DNC	Doença de Notificação Compulsória
DO	Declaração de Óbito
DPT	Vacina Tríplice Bacteriana
DPT+HIB	Vacina Tetravalente
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FEGE	Fator de Estímulo à Gestão Estadual
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPO	Ficha de Programação Físico-Orçamentária
GLBTT	Gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HAV	Vírus da Hepatite A (VHA)
HBV	Vírus da Hepatite B (VHB)
HCV	Vírus da Hepatite C (VHC)
HDV	Vírus da Hepatite D (VHD)
HEV	Vírus da Hepatite E (VHE)
HIB	Haemophilus da Infância do Tipo B
HIV	Vírus Humano da Imuno-Deficiência (Human Immunodeficiency Vírus)
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDV	Incentivo ao Desempenho Variável
INTEGRASUS	Incentivo de Integração ao SUS
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LF	Lei Federal
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOM	Lei Orgânica do Município
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LV	Leishmaniose Visceral
M1	Média Complexidade - Primeiro Nível
MAC	Média e Alta Complexidade

MC	Média Complexidade - Segundo Nível
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Assistência Psicossocial
NASF	Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família
NEPSHU	Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH-SUS	Norma Operacional Básica - Recursos Humanos
OGU	Orçamento Geral da União
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PMEPSHU	Política Municipal de Educação Permanente em Saúde e Humanização
PAB	Piso da Atenção Básica
PAB-A	Piso da Atenção Básica Ampliado
PAB-Variável	Piso da Atenção Básica Variável
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PBVS	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDI	Plano de Desenvolvimento Integrado
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEA	População Economicamente Ativa
PEVISA	Piso Estadual de Vigilância Sanitária
PL	Projeto de Lei
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMAQ AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNH	Política Nacional de Imunização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde
PS	Plano de Saúde
RAAS	Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAP	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REFORSUS	Reforço à Reorganização do SUS
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REMUNE	Relação Municipal de Medicamentos
RN	Recém Nascido
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAPI	Sistema de Informação do Programa de Imunização
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SISMAC	Sistema de Informações de Alta e Média Complexidade
SINAN	Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISCAM	Sistema de Informação do Câncer da Mulher
SISCOLO	Sistema de Informações do Combate ao Câncer do Colo do Útero
SISNAMA	Sistema Nacional do Meio Ambiente
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SNDC	Sistema de Doenças de Notificação Compulsória
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
SNIS	Sistema Nacional de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância Sanitária
TFA	Teto Financeiro da Assistência
TFAE	Teto Financeiro da Assistência do Estado
TFAM	Teto Financeiro da Assistência do Município

TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TFG	Teto Financeiro Global
TFGE	Teto Financeiro Global do Estado
TFGM	Teto Financeiro Global do Município
TFVS	Teto Financeiro da Vigilância Sanitária
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VDRL	(Venereal Disease Reserarch) Teste para Identificação de Pacientes com Sífilis
VE	Vigilância Epidemiológica
VHA	Virus da Hepatite A (HAV)
VHB	Virus da Hepatite B (HBV)
VHC	Virus da Hepatite C (HCV)
VHD	Virus da Hepatite D (HDV)
VHE	Virus da Hepatite E (HEV)
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	
II. DESENVOLVIMENTO	
1. ANÁLISE SITUACIONAL DE BRUSQUE	
1.1. Identificação do município	
1.2. Histórico do município	
1.3. Aspectos físicos	
1.3.1 Hidrografia	
1.3.2 Clima	
1.4. Aspectos demográficos	
1.4.1 Dados populacionais	
a) População total	
b) Faixa etária da população	
c) População segundo o gênero e localização	
d) Distribuição da população por bairro	
e) Proporção de idosos na população	
f) Índice de envelhecimento	
g) Razão e dependência	
1.5 Aspectos socioeconômicos	
1.5.1. Índice de desenvolvimento humano	
1.5.2. População economicamente ativa	
1.5.3. Rendimento familiar médio	
1.5.4. Produto interno bruto (PIB) per capita	
1.5.5. Taxa de atividade	
1.6. Educação	
1.6.1. Alunos matriculados por espera administrativa ..	
1.6.2. Número de escolas	
1.6.3. Analfabetismo	
1.7. Aspectos gerais com abrangência rural e urbana	
1.7.1. Rede de Abastecimento de Água	
1.7.2. Rede de Tratamento de Esgoto	
1.7.3. Coleta de lixo	
2. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO	
2.1. Mortalidade infantil	
2.1.1. Taxa de mortalidade de menores de cinco anos ..	
2.2. Mortalidade materna	
2.3 Mortalidade proporcional por grupo de causa	

2.4	Mortalidade proporcional por causas mal definidas	
2.5	Mortalidade específica	
2.5.1.	Mortalidade específica aparelho circulatório	
2.5.2.	Mortalidade específica por causas externas	
2.5.3.	Mortalidade específica por neoplasias	
2.5.4.	Mortalidade específica por diabetes	
2.6.	Anos potenciais de vida perdidos	
2.6.1.	Anos potenciais de vida perdidos, por morte causada por doença do aparelho circulatório	
2.6.2.	Anos potenciais de vida perdidos, por morte ocorrida por causas externas	
2.6.3.	Anos potenciais de vida perdidos, por morte causada por neoplasias	
2.7.	Morbidade	
2.7.1	Internações hospitalares	
a)	Proporções de internações hospitalares, por capítulo CID-10 e local de residência	
b)	Internações hospitalares por causas externas	
c)	Internações hospitalares, por afecções período perinatal	
2.8.	Doenças transmissíveis	
2.8.1.	Casos novos de AIDS	
2.8.2.	Incidência de AIDS	
2.8.3.	Incidência de tuberculose	
2.8.4.	Incidência de hepatites virais	
2.8.5.	Hanseníase	
2.8.6.	Sífilis congênita	
2.9.	Desnutrição infantil	
2.10.	Nascidos vivos	
2.10.1.	Gestação na adolescência	
2.10.2.	Nascidos vivos com baixo peso	
2.11.	Saúde Bucal	
2.11.1.	Escovação dental supervisionada	
2.11.2.	Exodontia	
3.	SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL DE BRUSQUE	
3.1.	Estabelecimentos de saúde	
3.2.	Número de médicos	
3.3.	Leitos Hospitalares	
3.4.	Cobertura vacinal	
3.5.	Produtividade	
3.5.1.	Produtividade ambulatorial	
3.5.2.	Produtividade hospitalar	
3.6	Atenção básica em saúde	

3.6.1. Estratégia saúde da família	
3.6.2. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica	
3.6.3. Cobertura populacional pela atenção básica	
3.6.4. Núcleos de apoio à saúde da família	
3.6.5. Unidade básica de saúde	
3.6.6. Programa de saúde na escola	
3.6.7. Saúde bucal na atenção básica	
3.6.8. Laboratório municipal de análises clínicas	
3.6.9. Clínica de fisioterapia municipal	
3.7. Atenção Especializada	
3.7.1. Centro de serviços em saúde	
3.7.2. Clínica da mulher	
3.7.3. Centro de atenção psicossocial – CAPS	
a) CAPS AD	
b) CAPS II	
3.7.4. Centro de especialidades odontológicas – CEO ...	
3.8. Assistência farmacêutica	
3.9. Vigilância em saúde	
3.9.1. Vigilância epidemiológica	
3.9.2. Vigilância sanitária	
3.9.3. Serviço de atenção especializada – SAE	
3.10. Rede privada de saúde contratada	
4. GESTÃO DA SAÚDE	
4.1. Instrumentos de planejamento, regulação, controle e avaliação	
4.2. Financiamento	
4.3. Participação popular e controle social	
4.4. Educação em saúde	
4.5. Informação em saúde	
5. OBJETIVOS, DIRETRIZES, INDICADORES E METAS	
III. CONSIDERAÇÕES FINAIS	

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** Evolução populacional, Brusque, 2000-2013
- Gráfico 2** População segundo gênero e localização, Brusque, 2000-2013
- Gráfico 3** Proporção de idosos, Brusque, 2000-2013
- Gráfico 4** Índice de envelhecimento, Brusque, 2000-2012
- Gráfico 5** Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Brusque, 2000-2010
- Gráfico 6** População economicamente ativa, Brusque, 2000-2010
- Gráfico 7** Taxa de analfabetismo segundo faixa etária, Brusque, 2000-2010
- Gráfico 8** Taxa de mortalidade infantil, Brusque, 2003-2013
- Gráfico 9** Mortalidade por grupo de causa, Brusque, 2013
- Gráfico 10** Taxa de incidência de AIDS, Brusque, 2005-2013
- Gráfico 11** Taxa de detecção de hanseníase, Brusque, 2005-2010
- Gráfico 12** Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso, Brusque, 2013
- Gráfico 13** Média de escovação dental supervisionada, Brusque, 2008-2013
- Gráfico 14** Proporção de exodontia, Brusque, 2008-2013
- Gráfico 15** Número de internações hospitalares, Brusque, 2008-2013
- Gráfico 16** Número de famílias cadastradas ESF, Brusque, 2003-2013
- Gráfico 17** Percentual de cobertura pela atenção básica, Brusque, 2011-2013
- Gráfico 18** Percentual de cobertura de saúde bucal na atenção básica, Brusque, 2011-2013

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de habitantes, Brusque, 2009 – 2017.....
Tabela 2	Evolução populacional, Brusque, 2010 – 2017
Tabela 3	População segundo faixa e sexo, Brusque, 2015
Tabela 4	População segundo gênero e localização, Brusque, 2000 – 2015...
Tabela 5	População por bairro em 2015-2015 e população cadastrada por bairro, Brusque, dez 2017.....
Tabela 6	Proporção de idosos, Brusque, 2009 – 2015
Tabela 7	Índice de envelhecimento, Brusque, 2005 – 2015
Tabela 8	Razão de dependência, Brusque, 2005 – 2015.....
Tabela 9	Rendimento familiar médio, Brusque, Vale do Itajaí, Estado, posição do Município no Estado, em 2000 – 2010.....
Tabela 10	Produto Interno Bruto (PIB) per capita, Brusque, 2008 – 2015...
Tabela 11	Ocupação da população de 18 anos ou mais, Brusque, 2000 – 2010.....
Tabela 12	Número de matriculados na Educação Básica, Ensino Regular, Especial e/ou Educação de Jovens e Adultos, Brusque , 2017.....
Tabela 13	Estabelecimentos de ensino por dependência administrativa e modalidade de ensino, Brusque, 2017
Tabela 14	Proporção de domicílios ligados a rede de abastecimento de água, Brusque, 2005 – 2017.....
Tabela 15	Proporção de domicílios com esgotamento sanitário (fossa séptica), Brusque, 2005 – 2013.....
Tabela 16	Proporção de domicílios com coleta de lixo, Brusque, 2005 – 2017
Tabela 17	Taxa de mortalidade infantil, Brusque, 2005 – 2015
Tabela 18	Óbitos infantis segundo componentes, Brusque, 2010 – 2016
Tabela 19	Óbitos infantis em menores de 05 anos, Brusque, 2005 – 2016
Tabela 20	Mortalidade materna, Brusque, 2002 – 2016
Tabela 21	Mortalidade proporcional por grupo de causas, Brusque, 2007 – 2016
Tabela 22	Proporção de óbitos por causa mal definidas, brusque, 2007 – 2016
Tabela 23	Taxa de mortalidade específica por doença do aparelho circulatório,

	Brusque, 2009 – 2016
Tabela 24	Número de óbitos por rcausa externa resumida, Brusque, 2009 – 2016
Tabela 25	Número e taxa de mortalidade específica por causa externa, Brusque, 2009 – 2016
Tabela 26	Taxa de mortalidade específica por neoplasias, Brusque, 2009 – 2016
Tabela 27	Taxa de mortalidade específica por diabetes, Brusque, 2009 – 2016
Tabela 28	Proporção de internações hospitalares, por capítulo CID – 10 e local de residência, Brusque, 2012 – 2017
Tabela 29	Proporção de internações hospitalares, por causas externas e local de residência, Brusque, 2012 - 2017
Tabela 30	Proporção de internações hospitalares, por afecções período perinatal e local de residência, Brusque, 2012 – 2017
Tabela 31	Casos notificados de AIDS por faixa etária, Brusque, 2009 – 2017
Tabela 32	Taxa de Incidência e frequência de tuberculose, Brusque, 2011 – 2017
Tabela 33	Número de casos notificados e confirmados de hepatite B e C, Brusque, 2011 – 2017
Tabela 34	Incidência, prevalência e percentual de cura das coortes de hanseníase, Brusque, 2011 – 2017
Tabela 35	Percentual de cura de casos novos de hanseníase, Brusque, 2010 – 2013
Tabela 36	Número de casos notificados e confirmados de sífilis congênita, Brusque, 2012 – 2017
Tabela 37	Número de nascidos vivos, Brusque, 2007 – 2016
Tabela 38	Percentual de nascidos vivos de mães adolescentes, Brusque, 2007 – 2016
Tabela 39	Número e percentual de nascidos vivos com baixo peso, Brusque, 2007 – 2016
Tabela 40	Média de escovação supervisionada, Brusque, 2008-2015
Tabela 41	Percentual de exodontia relacionados aos procedimentos odontológicos, Brusque, 2008-2015
Tabela 42	Número de estabelecimentos de saúde segundo o tipo de prestador, Brusque, dezembro 2017.....

Tabela 43	Número de estabelecimentos de saúde o tipo de gestão, Brusque, dezembro 2017.	.....
Tabela 44	Número de estabelecimentos de saúde segundo serviço, classificação e tipo de gestão, Brusque, dezembro 2017	.....
Tabela 45	Número de médicos e enfermeiros por 1.000 hab, Brusque, 2012 – 2017	.....
Tabela 46	Número de leitos, totais e SUS, para cada mil habitantes, Brusque, 2012 – 2017	.....
Tabela 47	Cobertura vacinal, Brusque, 2017	.....
Tabela 48	Número de procedimentos ambulatoriais segundo sub-grupo, Brusque, 2017	.....
Tabela 49	Número de internações hospitalares segundo sub-grupo, Brusque, 2013 - 2016 – 2017	.....
Tabela 50	Equipes de Estratégia Saúde da Família, por área de abrangência, Brusque, 2017.	.....
Tabela 51	Número de famílias cadastradas nas ESF, Brusque, 2008-2017	.....
Tabela 52	Percentual de cobertura pela Atenção Básica, Brusque, 2011-2017	.....
Tabela 53	Percentual de cobertura de saúde Bucal na Atenção Básica, Brusque, 2011-2017	.....
Tabela 54	Tipo de atendimentos realizados no Centro de Serviço em Saúde, Brusque, 2017	.....
Tabela 55	Tipo de atendimento realizados na Clínica da Mulher, Brusque, 2017	.....
Tabela 56	Quantidade de medicamentos dispensados, Brusque, 2016 e 2017	.....
Tabela 57	Prestadores de Serviços contratados, Brusque, 2017	.....
Tabela 58	Receita orçada, Brusque, 2018	.....
Tabela 58	Despesa orçada, Brusque, 2018	.....

Lista de Anexos

Anexo 1 Organograma da Secretaria Municipal de Saúde

□ INTRODUÇÃO

O município de Brusque, a partir dos compromissos estabelecidos Contrato Organizativo da Atenção Básica, Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, vem implementado os mecanismos para o pleno desenvolvimento de ações e serviços necessários para o alcance das metas propostas que fazem parte desse Plano Municipal.

A Política Municipal de Saúde tem como ações estratégicas a ampliação da oferta de serviços na atenção básica à saúde na lógica da Estratégia da Saúde da Família, do programa de saúde bucal e de saúde mental e a implementação de serviços especializados de média complexidade ambulatorial e hospitalar, enfatizando a Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, a Rede da Atenção em Urgência e Emergência, a Rede de Atenção ao Portador de Deficiências e a Rede de Atenção as Doenças Crônicas Degenerativas, com a disponibilização da Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Ressaltamos também a implementação dos sistemas de informação para a gestão da saúde, da política de educação permanente e mecanismos de controle e regulação de assistência à saúde nos diversos níveis.

Entretanto, há grandes desafios que necessitam de medidas estruturantes, capazes de assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento de desafios urgentes, de que são exemplos o envelhecimento da população e as causas externas de morbidade e mortalidade.

Considerando a transição demográfica e o grande número de idosos, há uma imposição de novos desafios para a gestão da saúde pública de Brusque, que necessita de um novo modelo de atenção e uma nova forma de reorganização das redes de saúde, sendo um grave problema dos sistemas de saúde atuais, a incoerência entre a situação epidemiológica e o modelo de atenção à saúde hegemônico, que se caracteriza pela fragmentação do cuidado e pelo foco nas condições agudas, deixando em segundo plano a situação de acumulação epidemiológica ou de dupla carga das doenças com predomínio relativo das condições crônicas.

A lógica da saúde pública não pode apenas tratar a doença, sendo necessário o cuidado preventivo com a saúde e promoção desta, descaracterizando o modelo vigente como médico centrado ou hospitalocêntrico, ou seja, precisamos fortalecer o acesso da população e o vínculo da mesma com a atenção básica, como a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde, coordenadora do

cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, tornando essa ação uma estratégia de cuidado no sistema de saúde municipal.

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2018-2021, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período, tendo como seu principal objetivo a qualificação permanente da gestão local do Sistema Único de Saúde.

Realizou-se análise situacional, com base em aspectos gerais do município, da realidade sanitária, dos recursos financeiros, da capacidade instalada, enfim de aspectos considerados estruturais.

A definição e descrição de diretrizes prioritárias, de ações e metas para seu enfrentamento, bem como dos recursos orçamentários, as áreas responsáveis e das possíveis parcerias, ocorreu após análise dos principais problemas encontrados.

Na definição das ações prioritárias houve a preocupação em aliar as propostas às possibilidades reais de viabilização financeira para sua execução, buscando 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, dos profissionais e na humanização da atenção e da gestão.

Em síntese, o Plano de Saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde

Esperamos que este documento contribua na consolidação da melhoria da qualidade da atenção à saúde e no fortalecimento do controle social.

☐ **DESENVOLVIMENTO**

☐ **ANALISE SITUACIONAL DE BRUSQUE**

1.1. Identificação do município

Entidade Executora:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRUSQUE

ENDEREÇO: Prefeito Germano Schaeffer, 66 – Praça das Cidadania
Centro – Brusque – Santa Catarina CEP: 88.350-170

Fone: (47) 3255-6800

Site: www.brusque.sc.gov.br

E-mail: contato@smsbrusque.sc.gov.br

Período de Abrangência do Plano Municipal de Saúde

Ano de 2018 a 2021

Período de elaboração

Segundo semestre do ano de 2018

Nome dos membros ou equipe técnica responsável pela elaboração

- **Secretária Municipal de Saúde: Humberto Martins Fornari**
- Diretora Geral : Camila Fernanda Valle Pereira
- **Diretora Atenção Básica: Camila Granemann de Souza**
- Diretora Serviço Especializado: Renata Maria da Costa
- **Diretora de Planejamento, Regulação, Controle e Avaliação : Katia Regina Furtado**
- Diretora Administrativa / Financeira: Lizandra Gabrielle Melim
- **Diretora da Assistência Especializada : Renata Costa**
- ☐ Coordenador Financeiro: Rodrigo Trapp Inácio
- **Diretora Saúde Materno Infantil: Michele Manzon Coelho**
- ☐ Coordenadora Vigilância Sanitária: Lucie Herta Hilbert
- **Coordenador Saúde Mental: Jorge Odélio Schneider**
- Coordenadora Auditoria: Alícia Maria de Andrade Fagundes
- **Coordenador de Tecnologia da Informação : Victor Marcelino de Almeida Sardo**
- Coordenadora do Serviço de Atenção Especializada: Elaine Weirich
- **Coordenador de Assistência Odontológica : Thiago Zancan**

- Coordenadora de Recursos Humanos: Karine Bianchini Stoll
- **Coordenador das Redes de Atenção à Saúde: Álvaro Carvalho**
- Coordenadora de Regulação e TFD: Ana Cláudia Machado
- **Coordenadora do Controle e Avaliação: Jamille Moura dos Santos**
- Coordenadora de Planejamento: Doris Teresinha Battisti Archer
- **Coordenadora da Clínica da Mulher: Thaisi da Cunha**
- Coordenadora da Policlínica; Franciele de Lorenzi
- **Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização: Ariane Beatriz Costa**

□ **Histórico do Município**

A colonização oficial do Vale do Itajaí Mirim iniciou-se no período em que Francisco Carlos de Araújo Brusque ocupava a Presidência da Província de Santa Catarina. Em 24 de julho de 1860, Brusque conduz os pioneiros -que colonizariam a região do atual Município de Brusque, de Nossa Senhora do Desterro, hoje Florianópolis, à barra do Rio Itajaí, na canhoneira Belmonte, da marinha imperial.

O diretor nomeado para a nova frente de colonização em terras catarinenses, barão Maximilian Von Schneeberg resolveu retribuir a atenção dispensada a ele e às famílias precursoras, denominando, o núcleo de colonização a ser instalado de Colônia Brusque. O presidente se opôs a ideia, terminantemente. Apesar de não se constituir em denominação oficial, Schneeberg grafava o nome da Colônia como "Itajahy-Brusque" ou somente "Brusque".

Em 4 de agosto de 1860, o barão austríaco Maximilian Von Schneeberg e os 55 pioneiros alemães aportam no lugar Vicente Só (atual praça) e instalam a colônia Itajahy. As famílias vieram em pequenas embarcações, através do rio Itajaí-Mirim. A formação do tecido social multiétnico, é integrado também por ingleses (1867), poloneses (1869), italianos (1875), lusos. Pioneirismos como do berço da fiação e do futebol catarinense, da gênese dos Jogos Abertos, do voto eletrônico e da mais antiga Sociedade de Atiradores, o Schützenverein, em funcionamento no Brasil, marcam a trajetória histórica dos brusquenses. Apesar das muitas dificuldades, a disposição para a construção de um novo lar, na nova terra, alicerçada em valores comunitários e cristãos, impulsionou os pioneiros a transmutarem a geografia social e econômica, não só do vale, mas refletindo até na transformação da província e do império.

A administração pública era exercida pelo Diretor da Colônia, sendo a Colônia administrada em seus primeiros sete anos por Maximilian Von Schneéburg. Preocupados com a hegemonia alemã na região, o império programou uma colônia ianque na região, a colônia Príncipe Dom Pedro, em 1867. Após desilusões e conflitos, a quase totalidade dos 1.141 imigrantes língua inglesa abandonam a região e ocorre a unificação administrativa da região em 6 de dezembro de 1869, sob a denominação colônias Itajahy e Príncipe Dom Pedro que viriam a formar a Freguesia (Paróquia) de São Luiz, em 31 de julho de 1873. Cerca de 10 mil imigrantes italianos são introduzidos a partir de 1875, dentre os quais uma menina hoje conhecida por Madre Paulina. Mantendo a denominação São Luiz Gonzaga, é criado o município em 23 de março de 1881, através da Lei Provincial 920. O município foi instalado em 8 de julho de 1883 e a administração passou a ser exercida pela Câmara de Vereadores até a Proclamação da República.

A ligação do Município com a indústria têxtil remonta a 1892, quando Karl Christian Renaux, Paul Hoepcke e Augusto Klappoth fundaram a pioneira fábrica de tecidos, auxiliados pelos poloneses chamados "tecelões de Lodz", que chegaram a partir de 1889. Eduardo von Buettner deu início a fábrica de bordados finos em 1898. Gustavo e os filhos Hugo e Adolfo criaram a Gustavo Schlösser e Filhos, em 1911. O slogan oficial do 1º Centenário, "Brusque, Berço da Fiação Catarinense", de autoria do cônego Raulino Reitz, vincula-se à instalação da primeira fiação do Estado, em 1900, pela Fábrica Renaux. Anterior à industrialização, a economia local encontrava-se alicerçada nos engenhos de farinha e açúcar, atafonas, manufatura de charutos, produção de banha e cachaça, exploração da madeira e outras atividades agrícolas, pastoris e de exploração.

A denominação Brusque, foi adotada em 17 de janeiro de 1890, homenagem póstuma ao conselheiro imperial Francisco de Araújo Brusque, cujos despojos há 11 anos transladamos para Brusque. Com a publicação do Brusque Zeitung, a região passa a ter seu jornal a partir de 1912. No ano seguinte, a energia elétrica e a fundação do Sport Club Brusquense, clube pioneiro do futebol catarinense.

A tomada de Brusque, a 13 de outubro de 1930, por tropas da Aliança Revolucionária Liberal, representou a ruptura do poder político, que se concentrava nos coronéis Krieger e Renaux. Com a "política de nacionalização" do Estado Novo, as prisões arbitrárias e a destruição da literatura e outros marcos culturais dos imigrantes e descendentes, vem como consequência desta mudança política. No centenário de fundação, a mobilização de todos os segmentos proporcionou uma comemoração. Na economia, a indústria metalúrgica se instala e provoca novo ciclo econômico. Já no final do século XX, após a traumática enchente de 1984, a cidade vivenciou verdadeira revolução econômica, com a instalação de centenas de confecções e milhares de postos

de pronta entrega. No tempo presente, os brusquenses, reconhecendo o singular legado dos que colonizaram e que desenvolveram a região, reafirmam seu compromisso com a construção solidária e fraterna de uma cidade para todos nós.

1.3. Aspectos físicos

A cidade de Brusque, no Vale Europeu, em Santa Catarina, é um importante destino turístico pelas belezas naturais e arquitetônicas, peculiaridades históricas e por seu grande potencial em compras de vestuário e tecidos, na pronta entrega, com grande variedade e qualidade a preços diretos de fábrica. Além do comércio que é um grande atrativo do turismo, o município apresenta peculiaridades herdadas dos imigrantes alemães, italianos e poloneses.

Localizada a uma latitude 27°05'53" sul e a uma longitude de 48°55'03" oeste, estando a uma altitude de 21 metros. Sua população estimada em 2017 é de 128.818 habitantes considerando-se uma cidade média, sendo a 12ª maior cidade em população do estado.



Área Total: 292,75 km²

Posicionamento Geográfico: porção nordeste de SC

Localização: Latitude: 27° 05'33" Longitude: 48°55'03"

Distanciamento da capital: Brusque distancia-se de Florianópolis, capital do Estado, cerca de 65 km em linha reta, 126 km por meio rodoviário, via Itajaí (Rodovia Antônio Heil) e 90 km via Nova Trento, passando pelo distrito de Claraíba (Rodovia Gentil Battisti Archer)

Distanciamento dos polos próximos: Os principais centros urbanos, considerados polos regionais em sua proximidade são: Blumenau, ao norte, distante 41 km pela rodovia SC - 411 e Itajaí, a nordeste, distante 35 km pela rodovia SC- 486.

1.3.1. Hidrografia

Brusque é banhada em toda a sua extensão pelo Rio Itajaí Mirim, que se junta ao Rio Itajaí - Açú para formar o Rio Itajaí.

1.3.2. Clima

O clima em Brusque classifica-se como mesotérmico úmido, sem estação seca, com verões quentes, apresentando uma temperatura média anual de 26°C. A Temperatura Mínima Anual é de 0°C e a Temperatura Máxima Anual é de 40°C, sendo comum ocorrência de temperaturas negativas em bairros mais altos e afastados do centro.

Em 23 de Julho de 2013, Brusque foi uma das várias cidades registrar ocorrência de chuva congelada e neve no Vale do Itajaí. A umidade relativa do ar é permanentemente úmida, com uma média anual de 65,0%. Quanto à pluviosidade, a quantidade de chuvas gira em torno de 2.000mm anuais. A média do mês mais quente é de 25 graus centígrados e a média do mês mais frio é de 15 graus centígrados.

1.4. Aspectos Demográficos

1.4.1. Dados populacionais

Os dados da evolução populacional, taxa média de crescimento, população economicamente ativa, densidade demográfica e sua distribuição segundo gênero, localização e faixa etária, serão apresentados a seguir.

a) População total

A população de Brusque apresentou, no ano de 2010, crescimento de 38,71% desde o Censo Demográfico realizado em 2000. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2017 a população da cidade alcançou 128.818

habitantes, o equivalente a 1,84% da população do Estado. A Tabela 1, apresenta o número de habitantes e a Tabela 2 demonstra a evolução populacional do município nos anos 2000, 2010 e 2017.

Segundo projeção do censo demográfico para 2017 a população do município cresceu 19,18% no período 2009-2017, passando de 105.503 para 128.818 habitantes.

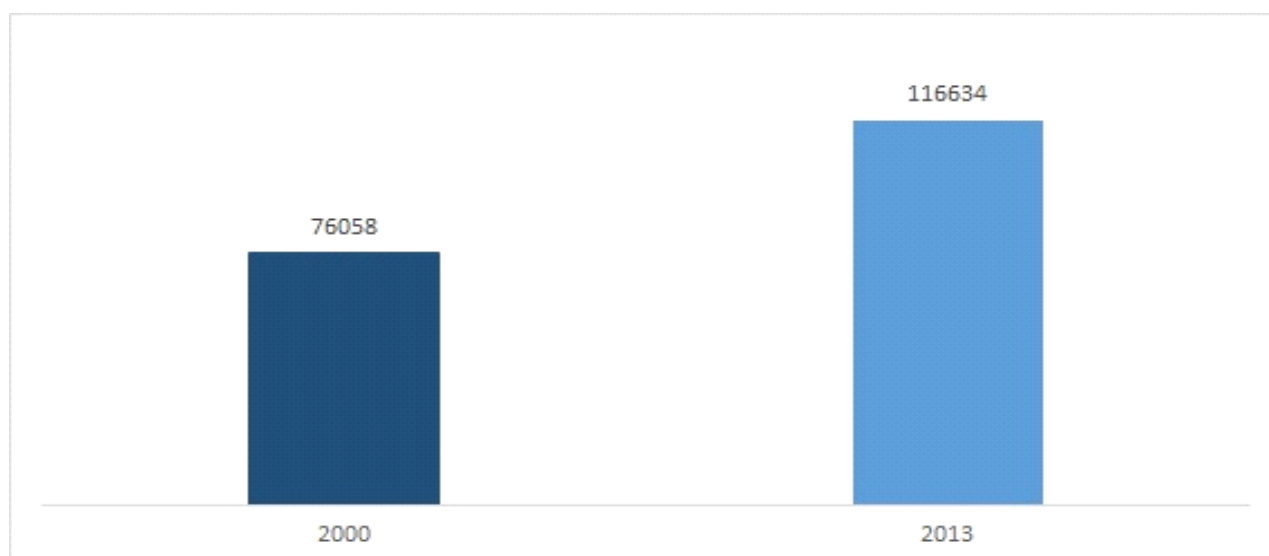
A projeção populacional estimada para 2018 é de 130.441 habitantes.

Tabela 1 – Número de habitantes, Brusque, 2009 – 2018

Ano	Pop Feminina	Pop Masculina	Total
2009	51.913	52.200	104.113
2010	52.400	53.103	105.503
2011	53.180	54.584	107.764
2012	54.564	55.386	109.950
2013	55.344	61.290	116.634
2014	56.113	63.606	119.719
2015	60.770	62.007	122.775
2016	61.578	64.232	125.810
2017	62.379	66.439	128.818
2018	63.171	67.283	130.454

Fonte : TABNET/DATASUS e IBGE

Gráfico 1 – Evolução populacional, Brusque, 2010 – 2013



Fonte: IBGE

Tabela 2 : Evolução populacional, Brusque, 2010 – 2017

ANO	HABITANTES
------------	-------------------

2000	76.058
2010	105.503
2013	116.634
2017	128.818

Fonte: IBGE

(fazer gráfico)

b) Faixa etária da população

A estrutura etária de uma população, habitualmente, é dividida em três faixas: os jovens, que compreendem do nascimento até 19 anos; os adultos, dos 20 anos até 59 anos; e os idosos, dos 60 anos em diante.

Segundo esta organização, o município de Brusque em 2015, apresentou a seguinte distribuição:

- **População jovem** = 27,75% da população, sendo 48,08% do sexo feminino e 51,92% do sexo masculino;
- **População adulta** = 62,09% da população sendo 48,97% do sexo feminino e 51,03% do sexo masculino;
- **População idosa** = 10,15% da população, sendo 56,50% sexo feminino e 43,50% do sexo masculino.

A Tabela 3 descreve a população segundo a faixa etária e gênero.

Tabela 3 – População segundo faixa etária e gênero, Brusque, 2015.

Idade	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1 ano	887	843	1.730
1 - 4	3.547	3.280	6.827
5 - 9	4.239	4.124	8.363
10 - 14	4.209	3.786	7.995
15 - 19	4.811	4.346	9.197
20 - 29	12.980	11.934	24.914
30 - 39	10.728	10.228	20.956
40 - 43	8.331	8.324	16.655
50 - 59	6.869	6.839	13.708
60 - 69	3.539	4.060	7.599
70 - 79	1.302	1.901	2.407
80 e mais	565	1.105	1.670

Total	62.007	60.770	122.777
-------	--------	--------	---------

Fonte : TABNET/DATASUS

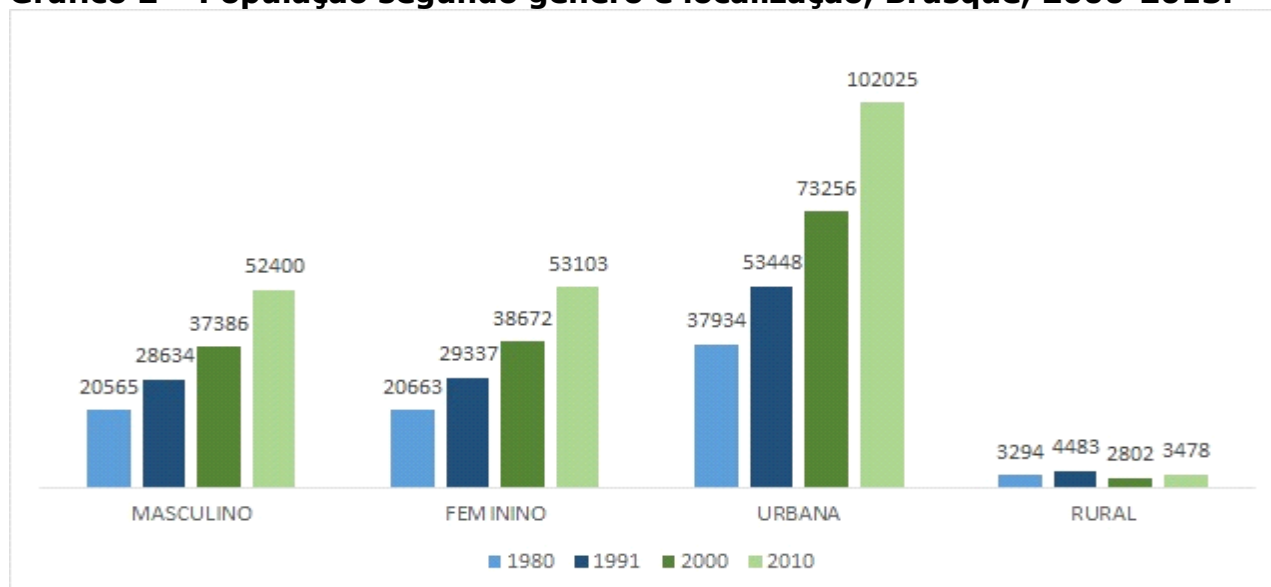
c) População segundo o gênero e localização

A distribuição populacional por gênero, segundo dados do IBGE extraídos do TABNET/DATASUS/2015, apontou que em Brusque, os homens representavam 50,50% da população e as mulheres, 49,50%.

Em relação a localização da população em 2016, da população total 96,74% está na área urbana de Brusque.

O Gráfico 2 apresenta a evolução dos dados populacionais do município, segundo gênero e localização do domicílio.

Gráfico 2 – População segundo gênero e localização, Brusque, 2000-2013.



Fonte: IBGE/TABNET/DATASUS/2015

Tabela 4 - População segundo gênero e localização, Brusque, 2000-2016.

Ano	Pop Masculina	Pop Feminina	Pop Total	Pop Urbana	Pop Rural
2000	37.386	38.678	76.064	78.256	2.802
2010	52.400	53.103	105.503	102.025	3.478
2015	62.007	60.770	122.777	118.823	3.954
2016	64.232	61.378	125.810	121709	4.101

Fonte : IBGE/TABNET/DATASUS/2017

(fazer novo gráfico)

d) Distribuição da população por bairro

A distribuição da população estimada em 2013 no município de Brusque por bairro é descrita na tabela 5, sendo o bairro Santa Terezinha o mais populoso, seguido pelo Bairro Centro 1 e Águas Claras.

Segundo levantamento e projeção da população por bairro em 2015, fornecido pelo IBEPLAM, temos o bairro de Santa Terezinha (11.659) com maior aglomerado populacional seguido por Centro I (10.348) e Águas Claras (8.075). Em dezembro de 2017, conforme população cadastrada no GEMUS/E-SUS pelas Equipes de Saúde da Família, temos uma pequena inversão, continuando o bairro de Santa Terezinha (8.834) com o maior aglomerado populacional, seguido por Limeira (7.292), Águas Claras (7.115) e São Luiz (6.648).

Na Tabela 5 , os bairros que não contém dados populacionais, são zerados porque o território e respectiva população foi absorvido por uma ou duas outras ESFs.

Tabela 5 – População por bairro, Brusque, 2013/2015, e população cadastrada por bairro em dezembro, 2017

Bairro	População 2013	População 2015	População Cadastrada 2017
Zantão	3.290	3.448	x
Tomaz Coelho	3.170	3.355	x
Steffen / Cerâmica Reis	5.460	5.722	4.158
Santa Teresinha	11.125	11.659	8.834
Souza Cruz	5.041	5.283	4.151
São Pedro	2.865	3.003	3.403
São Luiz	4.525	4.742	6.648
São Leopoldo	1.616	1.634	x
Santa Rita	3.780	3.962	3.647
Santa Luzia	2.544	2.666	2.347
Rio Branco / Varginha	2.656	2.953	3.435
Ponta Russa	2.333	2.446	2.270
Poço Fundo	2.543	2.666	2.725
Paquetá / Rainha	5.296	5.752	4.222
Nova Brasília	3.947	4.137	2.290
Maluche	4.338	4.546	x
Limeira	5.163	5.612	7.292
Guarani	3.717	3.895	3.209
Dom Joaquim	2.547	2.869	5.777
Centro 2 / 1º de Maio	4.801	5.032	5.516
Centro 1	9.873	10.348	x
Cedro Alto	1.638	1.717	x

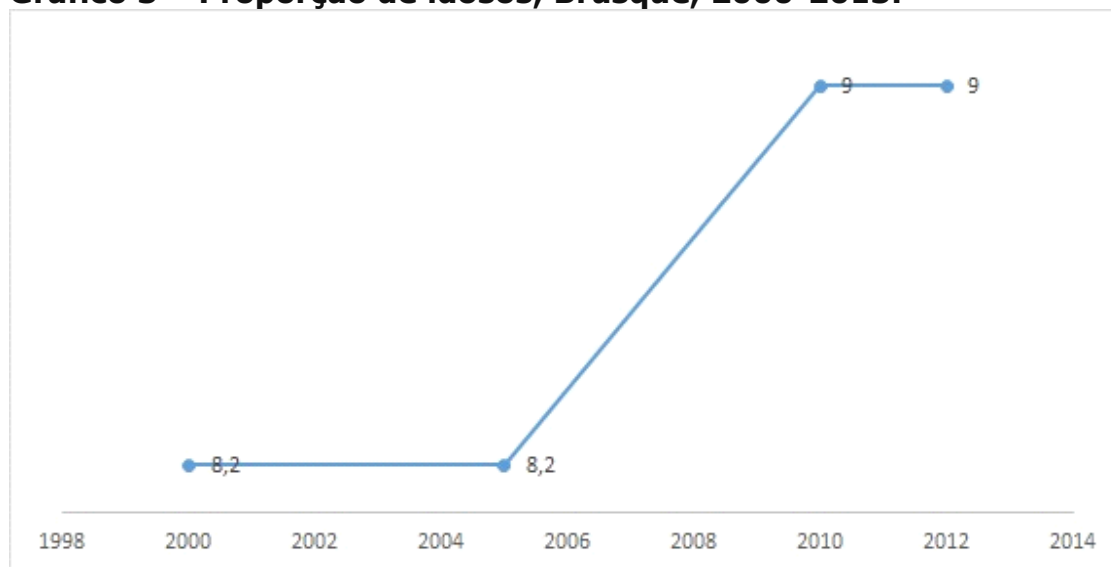
Cedrinho / São Sebastião	3.127	3.278	3.247
Bateas / Volta Grande / Fazenda	5.058	5.302	4.652
Azambuja	4.505	4.721	4.630
Agua Claras	7.904	8.075	7.115
Rural	3.772	3.954	3.177
População não cadastrada ESF	x	x	40.189
Total	116.634	122.770	128.818

Fonte: Prefeitura de Brusque – IBEPLAN e GEMUS/E-SUS (x = sem ESF)

e) Proporção de idosos na população

Indica a proporção de pessoas com 60 anos e demonstra ritmo de envelhecimento da população. Em Brusque este indicador tem se mostrado progressivamente ascendente conforme Tabela 6, entre 2005 a 2015 e conforme Gráfico 3, entre 2000 - 2013 sendo considerada a Capital Nacional da Longevidade.

Gráfico 3 – Proporção de idosos, Brusque, 2000-2013.



Fonte: Tabnet/DataSUS

Tabela 6 - Proporção de Idosos , Brusque, 2009 – 2015

Ano	Proporção de Idosos
2009	8,42
2010	8,64
2011	8,92

2012	9,20
2013	9,50
2014	9,82
2015	10,15

Fonte : TABNET/ DATASUS

(fazer novo gráfico)

f) Índice de envelhecimento

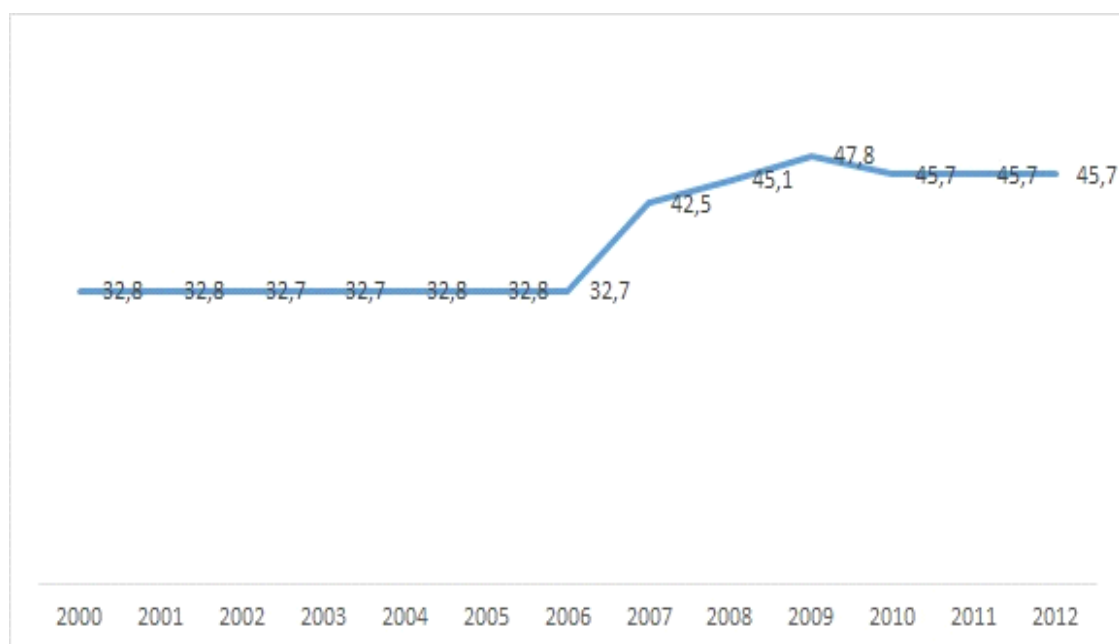
Tal indicador está baseado na proporção de pessoas de 60 e/ou mais anos de idade em relação às pessoas menores de 15 anos de idade. Aponta para a razão entre os oponentes etários extremos da população, representados por idosos e jovens.

Em 2000 a Região Sul do país apresentava índice de envelhecimento de 33,4% e a média do país estava em 28,9%, enquanto em Brusque o índice era de 32,8%, indicando um processo de transição demográfica em menor escala que a média tanto da Região Sul, tendo como uma provável explicação para tal fato o processo migratório, fenômeno que tem crescido nos últimos anos no município.

Em **2013, 2014 e 2015**, o índice de envelhecimento em Brusque foi de **46,10%, 48,28% e 50,05%**, indicando uma aceleração no processo de transição demográfica, ou seja, a população envelheceu. O envelhecimento da população é um reflexo do aumento da expectativa de vida devido o avanço no campo da saúde e a redução da taxa de natalidade. Neste sentido é importante estudar a população idosa para criar medidas de prevenção a doenças decorrentes do envelhecimento.

O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e esta ocorrendo a um nível sem precedentes. Nos próximos 20 anos, a população idosa poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar 13% da população ao final deste período. As projeções indicam que em 2050, uma em cada cinco pessoas terá 60 anos ou mais, segundo IBGE em 2009.

Gráfico 4 – Índice de envelhecimento, Brusque, 2000-2012.



Fonte: Tabnet/DataSUS

Tabela 7 – Índice de envelhecimento, Brusque, 2000-2015.

Ano	Índice de Envelhecimento
2000	32,80
2005	32,80
2010	45,70
2012	45,70
2013	46,10
2014	48,28
2015	50,05

Fonte : TABNET.DATASUS / IBGE

g) Razão e dependência

É a razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos de idade) em relação ao segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade).

Tanto o Brasil quanto a região sul têm apresentado redução neste indicador, sendo a média nacional nos anos de 2000, 2005 e 2015 respectivamente 61,7%, 56,9% e 54,7%, em Brusque a razão é de 49,9% no ano de 2000, 49,9% em 2005, 40,4% em 2012 e 43,78% em 2015.

Nos anos de **2013, 2014 e 2015** o município apresentou elevação no indicador, passando de **40,4% em 2012, para 43,13%, 43,21% e 43,78%** mantendo o índice

de pessoas economicamente dependentes abaixo da média nacional. As mudanças na razão de dependência estão relacionadas ao processo de diminuição da fecundidade e de aumento na longevidade da população, especialmente na população idosa.

Tabela 8 – Razão de dependência, Brusque, 2000-2015.

Ano	Razão de independência
2000	61,7
2005	56,9
2010	42,00
2012	40,40
2013	43,13
2014	43,21
2015	43,78

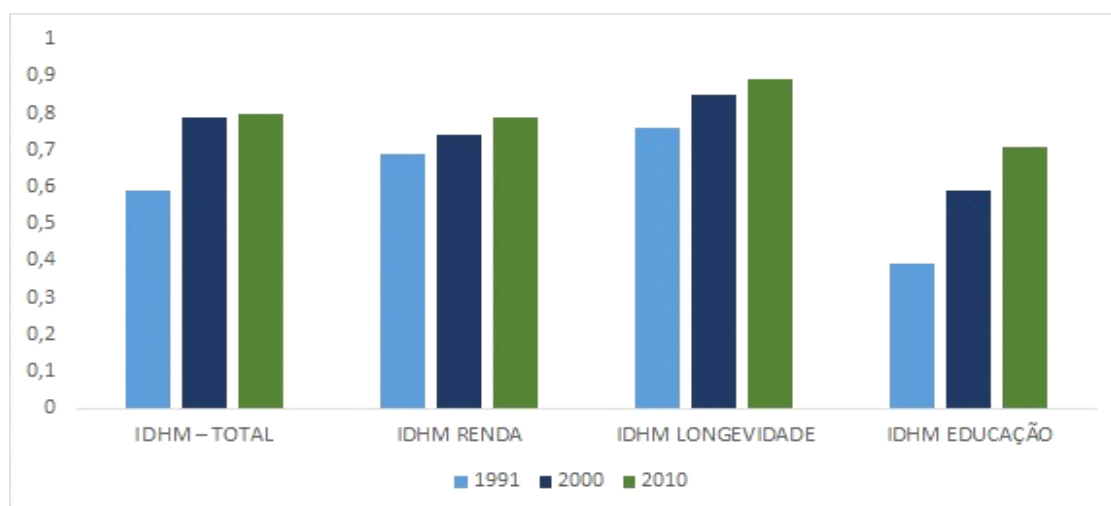
Fonte : Tabenet/DATASUS

1.5. Aspectos socioeconômicos

1.5.1. Índice de desenvolvimento humano

O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi a educação, com crescimento de 0,119, seguida por renda e por longevidade, demonstrado no Gráfico 5. Sem atualização, para 2017 ou 2018 do IDH municipais, índice este elaborado em conjunto com o censo demográfico decenal e para o país, estados e regiões metropolitanas atualizado em períodos menores através da PNUD contínua, mensal para alguns indicadores e para outros semestral ou anual. Último índice publicado para municípios foi em 2010.

Gráfico 5 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Brusque, 2000-2010.



Fonte: Tabnet / DataSUS

1.5.2. População economicamente ativa

A população economicamente ativa (PEA), que se caracteriza por abranger todos os indivíduos de um lugar que, em tese, estariam legalmente aptos ao trabalho, ou seja, todos os indivíduos ocupados e desempregados.

No Brasil, o IBGE calcula a PEA como o conjunto de pessoas que estão trabalhando ou procurando emprego.

O Gráfico 6, apresenta a PEA do município para os anos de 2000 e 2010, tomando por base a metodologia do IBGE.

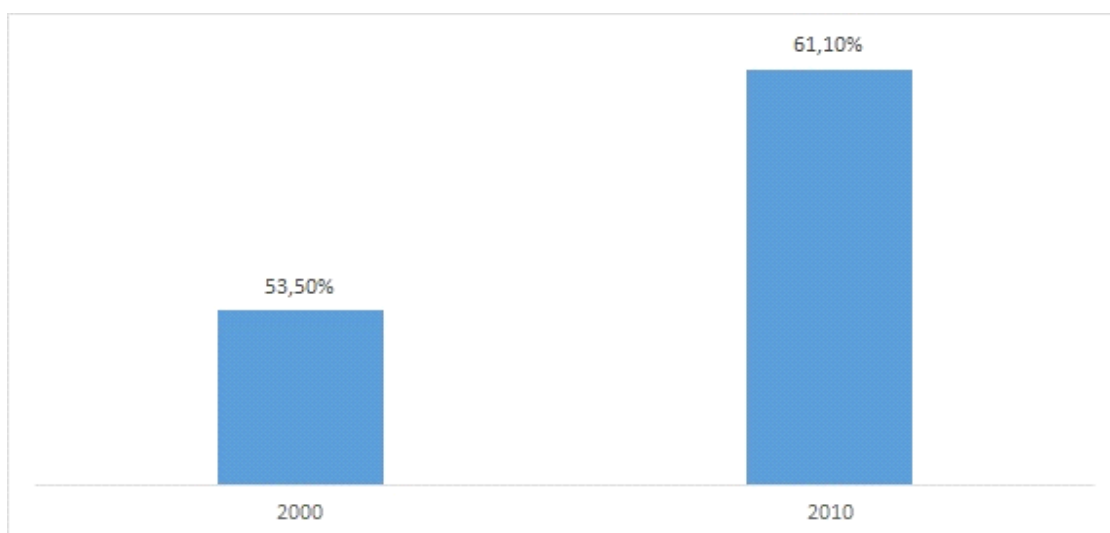
No decorrer dos 10 anos entre os censos do IBGE de 2000 e 2010, ocorreu uma evolução positiva de 7,6% no percentual da população economicamente ativa, passando de 53,5% no ano 2000, para 61,1% em 2010.

Brusque, em **2016** contava com 55.355 habitantes, ou seja **44.0%** da população ocupada ou economicamente ativa, o Brasil com 64,8% e a região sul com 67,4%.
(fazer novo gráfico)

Gráfico 6 – População economicamente ativa, Brusque, 2000-2016.

Ano	População Economicamente Ativa	
	Nº hab	%
2000	40.694	53,50
2010	64.462	61,10
2015	56.390	45,93
2016	55.355	44,0

Fonte: IBGE/CIDADES



Fonte: IBGE

1.5.3. Rendimento familiar médio

Em 2016, o salário médio mensal era de 2,4 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 44,0%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições de 42 de 295 e 19 de 295, respectivamente. Já na comparação com cidades do país, ficava na posição 648 de 5570 e 106 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 19,8% da população nessas condições, o que o colocava na posição 276 de 295 dentre as cidades do estado e na posição 5486 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

A tabela a seguir apresenta a evolução do rendimento familiar médio que é o somatório da renda individual dos moradores do mesmo domicílio, em Brusque e Santa Catarina, além do respectivo posicionamento do município no âmbito estadual, entre 2000 e 2016.

Tabela 9 - Rendimento familiar médio, Brusque, Estado e posição do Município no Estado, em 2000 e 2016.

PERÍODO	BRUSQUE	SANTA CATARINA	POSIÇÃO DO MUNICÍPIO NO ESTADO
2000	970,7	1.205,9	108 ^a
2010	3.426,9	2.400,7	12 ^a
2015	1.970,00	1.245,00	44 ^a
2016	2.112,00	1.575,00	42 ^a

Fonte: IBGE

1.5.4. Produto interno bruto per capta

O produto interno bruto (PIB) representa a soma, em valores monetários, de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, quer sejam países, estados, ou municípios, durante um período determinado (mês, trimestre, ano, etc).

O PIB é um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia com o objetivo de quantificar a atividade econômica de uma região.

O município de Brusque, em 2010, apresentava um PIB per capita da ordem de R\$ 33.667,68, R\$ 43.910,81 em 2014, tendo uma queda em 2015 para R\$ 41.003,42, correspondendo a 7,09%. Esta queda deve-se a crise econômica que se abateu sobre o país a partir de 2014 e se aprofundou em 2015, mais de um terço dos municípios catarinenses viram sua riqueza encolher entre estes dois anos. Ao todo, 109 das 295 cidades tiveram queda real, que leva em conta a inflação, do PIB na passagem de 2014 para 2015, conforme cálculo da Federação Catarinense dos Municípios (FECAM) elaborado com base em dados do IBGE. (Jornal "A Notícia, Economia, 02/2017.)

Tabela 10 : Produto Interno Bruto (PIB) per capta, Brusque, 2008 – 2015.

Ano	Pib /habitante
2008	R\$ 23.170,70
2009	R\$ 23775,23
2010	R\$ 27.910,08
2011	R\$ 33.667,68
2012	R\$ 35.810,78
2013	R\$ 37.679,62
2014	R\$ 43.910,81
2015	R\$ 41.003,42

Fonte : IBGE

1.5.5. Taxa de atividade

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais, ou seja, o percentual dessa população economicamente ativa, passou de 71,79% em 2000 para 76,91% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação, ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada passou de 6,35% em 2000 para 1,76% em 2010.

Tabela 11 – Ocupação da população de 18 anos ou mais, Brusque, 2000-2010.

OCUPAÇÃO	2000	2010
Grau de formalização dos ocupados – 18 anos ou mais	73,63	82,74
Taxa de atividade – 18 anos ou mais	71,79	76,91
Taxa de desocupação – 18 anos ou mais	6,35	1,76
NÍVEL EDUCACIONAL DOS OCUPADOS	2000	2010
% dos ocupados com ensino fundamental completo – 18 anos ou mais	52,49	65,95
% dos ocupados com ensino médio completo – 18 anos ou mais	32,86	43,97
RENDIMENTO MÉDIO	2000	2010
% dos ocupados com rendimentos de até 1 salário mínimo	14,86	4,54
% dos ocupados com rendimento de até 2 salários mínimos	62,50	51,89

Fonte: Pnud

1.5.6. Educação

Os dados apresentados nesta seção foram coletados junto ao Ministério da Educação e Cultura e Secretaria Estadual de Educação. A organização destas informações permite avaliar a evolução de diversos indicadores relacionados à educação no município de Brusque.

1.6.1. Alunos matriculados por esfera administrativa

No ano de 2017, 27.116 alunos estavam matriculados no município de Brusque, não inclusos os alunos do ensino superior, sendo este número resultado da Sinopse Estatística de Educação Básica relativa ao ano de 2017.

Observa-se que a partir de 2011, o número de alunos matriculados na rede municipal de ensino superou aos matriculados na rede estadual de educação.

Tabela 12 - Número de matriculados na Educação Básica, Ensino Regular, Especial e/ou Educação de Jovens e Adultos. Brusque. 2017

Etapa do Ensino	Etapa	Nº de Matrículas	Total por Etapa
Educação Infantil	Creche	3.305	6.768

	Pré-Escola	3.463	
Ensino Fundamental	Anos Iniciais	8.144	14.873
	Anos Finais	6.729	
Ensino Médio	Propedêutico	3.518	3.594
	Curso Técnico Integrado	76	
Educação Profissional Técnica	Curso Técnico Concomitante	100	459
	Curso Técnico Subsequente	359	
Educação de Jovens e Adultos	Ensino Fundamental	672	1.422
	Ensino Médio	750	
Educação Especial	Salas Comum	761	761
Total Geral			27.116

Fonte: Censo Escolar. IMEP/MEC. 2017

1.6.2. Número de escolas

Em Brusque, segundo dados do resultado da Sinopse Estatística de Educação Básica relativa ao ano de 2017, o número de estabelecimentos escolares é de 51 de educação infantil, 39 de ensino fundamental, 15 de ensino médio, 05 de educação de jovens e adultos, 03 de educação profissional técnica de nível médio e 03 de ensino superior, totalizando 97 escolas, sendo distribuídas, segundo esfera administrativa conforme Tabela .

Tabela 13 – Estabelecimentos de Ensino por Dependência Administrativa e Modalidade de Ensino, Brusque, 2017.

Modalidade de Ensino	Dependência Administrativa		
	Municipal	Estadual	Privada
Educação Infantil	44	0	8
Ensino Fundamental	24	9	5
Ensino Médio	1	110	4
Educação Especial	0	0	2
Educação de Jovens e Adultos	1	1	1
Educação Profissional	0	0	2
Educação Superior	0	0	3

Fonte: Secretaria Estadual de Educação de Santa Catarina (SED-SC)

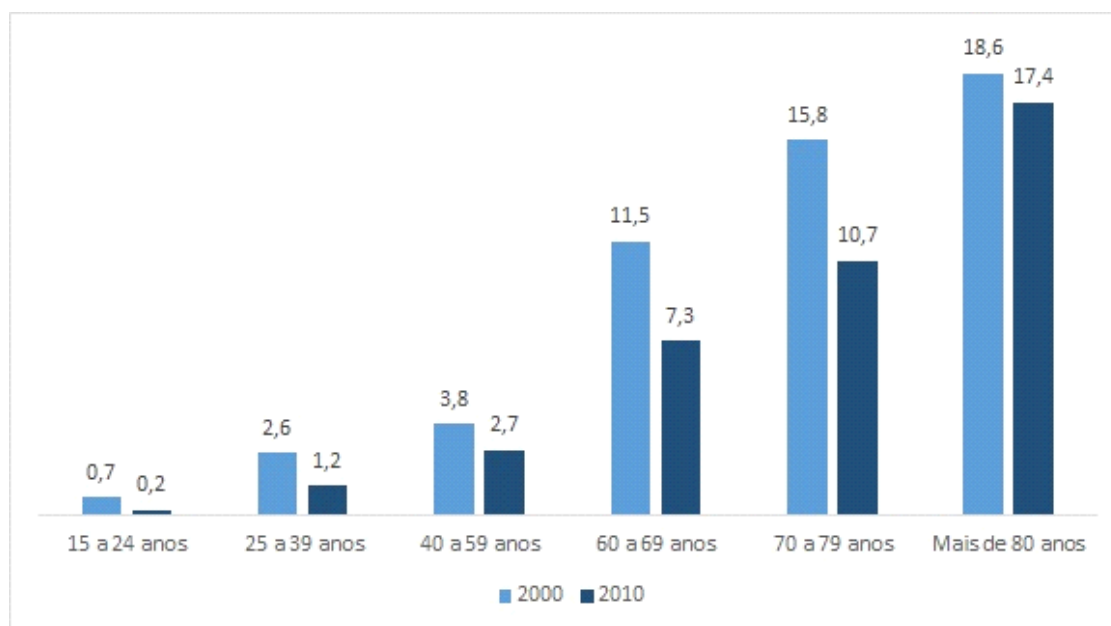
1.6.3. Analfabetismo

Para fins estatísticos, analfabeta é a pessoa acima de 15 anos que não sabe ler e escrever pelo menos um bilhete simples. O analfabetismo é um grave problema na maioria dos países subdesenvolvidos, comprometendo o exercício pleno da cidadania e o desenvolvimento socioeconômico do país.

O Gráfico 13 apresenta redução da taxa de analfabetismo em todas as faixas etárias, no município.

Em 2016, o Brasil, segundo IBGE, apresentou uma taxa de analfabetismo de 7,2%, a Região Sul com 3,6% e Brusque com 3,8%, considerado um município livre de analfabetismo, pelo MEC. Município livre de analfetismo são os que possuem uma taxa maior ou igual a 96% de sua população alfabetizada., recebendo o "**Selo de município livre de analfebetismo**" em 2014 Brusque o recebeu do MEC.

Gráfico 7 – Taxa de analfabetismo segundo faixa etária, Brusque, 2000-2010.



Fonte: Tabnet DataSUS

1.7. Aspectos gerais com abrangência rural e urbana

1.7.1. Rede de abastecimento de água

O SAMAE - Serviço de Abastecimento Municipal de Água e Esgoto, é responsável pelo abastecimento de água potável em Brusque.

A proporção de domicílios com e sem acesso à rede pública ou geral de abastecimento de água é calculado pelo número de domicílios com e sem rede de

abastecimento de água, pelo total de famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica.

Em 2017 Brusque alcançou 95,48% dos domicílios ligados a rede de abastecimento de água, conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 14 – Proporção de domicílios ligados a rede de abastecimento de água, Brusque 2005-2017.

ANO	% FAMILIAS COM ABASTECIMENTO ÁGUA
2005	82,93
2006	83,40
2007	84,00
2008	84,41
2009	85,48
2010	90,53
2011	90,28
2012	90,58
2013	92,34
2017	95,48

Fonte: SIAB – Tabnet DataSUS

1.7.2. Rede de tratamento de esgoto

O município de Brusque não dispõe de rede de esgoto sanitário, o único esgotamento adequado é a fossa séptica que compreendia em 2016 a 12,85% dos domicílios.

A realização de projeto para implantar o sistema de tratamento de esgoto, com intuito garantir a parceria e contrapartida financeira junto ao governo federal.

A tabela 5 apresenta a proporção de domicílios com esgotamento sanitário (fossa séptica) no período de 2005 à 2016.

Tabela 15 – Proporção de domicílios com esgotamento sanitário (fossa séptica), Brusque 2005-2016.

ANO	% FAMILIAS COM ESGOTAMENTO SANITÁRIO
2005	17,92
2006	19,48
2007	21,24
2008	22,36
2009	23,18

2010	10,07
2011	9,98
2012	11,38
2013	11,74
2014	12,10
2015	12,46
2016	12,85

Fonte: SIAB – Tabnet DataSUS

1.7.3. Coleta de lixo

Em dezembro de 2017 do total dos domicílios do município , 99,71% tinham o lixo coletado pelo serviço de coleta municipal e apenas 0,29% utilizam outra forma de destinação do lixo doméstico, tais como jogar em rios, terrenos baldios ou queimar ou enterrar na propriedade, conforme pode ser observado na Tabela 16.

Para cálculo da proporção de domicílios com e sem coleta de lixo a pesquisa divide o número de domicílios com ou sem coleta de lixo, pelo total de famílias cadastradas no SIAB.

Tabela 16 – Proporção de domicílios com coleta de lixo, Brusque 2005-2017.

ANO	PROPORÇÃO DE DOMÍCIOS COM COLETA DE LIXO
2005	98,51
2006	98,52
2007	98,61
2008	98,72
2009	98,69
2010	99,62
2011	99,59
2012	99,66
2013	99,73
2017	99,71

Fonte: SIAB – Tabnet DataSUS

2. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

A análise da situação de Saúde, feita por meio dos indicadores de morbimortalidade, constitui a base, em conjunto com outros indicadores, para a definição de políticas sociais de saúde, determinando investimentos prioritários, promovendo a organização de serviços e a formulação e execução de programas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

2.1. Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil corresponde ao número de crianças que morrem no primeiro ano de vida, por cada mil crianças nascidas, durante o período de um ano em uma determinada região.

A taxa de mortalidade infantil em Brusque, apresentou uma tendência crescente na série 2006 à 2011, entretanto a partir de 2013 vem apresentando uma diminuição, atingindo em 2016 uma taxa de 3,47, conforme tabela 17, apresentando uma ligeira queda de 2,01 em 2012, passando de 12,521 para 10,51, e um ligeiro aumento em 2013 passando para uma taxa 11,69, voltando a declinar a partir deste ano, chegando a 3,46 em 2016.

A mortalidade infantil, ainda se subdivide em neonatal precoce (até 6 dias) e neonatal tardia (de 7 a 27 dias) e pós-natal (28 dias a < 1 ano). Adota-se essa subdivisão em função da observação de que esses períodos apresentam causas de morte bastante específicas, o gráfico 9 apresenta a taxa de mortalidade infantil segundo seus componentes, sendo o componente neonatal precoce o que apresenta a maior taxa de óbito, compatível com índices de regiões/países desenvolvidos, com um bom desenvolvimento sócio-econômico-cultural.

A maior parte dos óbitos infantis se concentra no primeiro mês de vida, o que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto, exigindo esforços de todo o sistema de saúde no sentido de buscar suas causas com o objetivo de adequar a taxa de mortalidade infantil aos bons indicadores de desenvolvimento econômico do município.

Ao analisar a mortalidade em seus componentes, neonatal precoce (< 7 dias), tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias a < 1 ano) do componente neonatal precoce e tardio, observa-se um aumento nos últimos 5 anos.

Gráfico 8 – Taxa de mortalidade infantil, Brusque, 2003-2013.

Fonte: Tabnet DataSUS

Tabela 17 – Taxa de mortalidade infantil, Brusque, 2007 – 2016

Ano	Taxa Mortalidade Infantil
2007	8,96
2008	9,55
2009	10,4
2010	9,34
2011	12,52
2012	10,51
2013	11,69
2014	10,25
2015	7,51
2016	3,46

Fonte; TABNET/DATASUS

Tabela 18 - Óbitos infantis segundo componentes, Brusque, 2007-2016

Ano	Faixa Etária/Componentes			Total
	0 a 6 dias	7 a 27 dias	28 a 364 dias	
2007	2	2	1	5
2008	8	2	4	12
2009	9	1	4	14
2010	11	1	2	14
2011	12	2	5	19
2012	10	3	3	16
2013	13	3	3	19
2014	13	2	2	17
2015	9	3	1	13
2016	3	2	1	6

Fonte : TABNET/DATASUS

2.1.1. Taxa de mortalidade de menores de cinco anos

A taxa de mortalidade de menores de cinco anos é o indicador que mede o número de óbitos de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos, na

população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado e representa uma estimativa do risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida.

A evolução favorável pode expressar o desenvolvimento socioeconômico e a melhoria da infraestrutura ambiental, assim como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para a atenção materno-infantil, sendo a estruturação da Rede Cegonha em Brusque uma meta importante da gestão, visto que a taxa foi de 14,77 no ano de 2013, e de 4,04 em 2016, conforme dados apresentados no Tabela 19.

Tabela 19 – Taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos, Brusque, 2007-2016.

Ano	Taxa
2007	4,75
2008	10,91
2009	12,63
2010	9,34
2011	13,84
2012	11,82
2013	14,77
2014	13,44
2015	7,51
2016	4,04

Fonte: Tabnet DataSUS

2.2. Mortalidade materna

Considera-se morte materna, óbitos femininos ocorridos até 42 dias após o término da gestação, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Brusque registrou um caso de morte materna, conforme dados constantes na tabela 20, o que mostra uma evolução do cuidado à mulher no período puerperal, trabalho esse desenvolvido nas UBS, Clínica da Mulher e Hospitais associados aos bons indicadores de desenvolvimento sócio - econômico - culturais do município.

Também as medidas para reduzir a mortalidade de recém-nascidos podem ajudar a diminuir o alto número de mulheres que morrem por fatores relacionados à gravidez e ao parto.

Tabela 20 – Mortalidade materna, Brusque, 2007-2016.

MORTALIDADE MATERNA – BRUSQUE	
ANO	NÚMERO DE ÓBITOS
2007	0
2008	0
2009	0
2010	1
2011	0
2012	0
2013	0
2014	0
2015	0
2016	1

Fonte: Tabnet DataSUS

2.3. Mortalidade proporcional por grupo de causa

A finalidade desse indicador é conhecer a distribuição percentual de óbitos por grupos de causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas a cada grupo de causas. O cálculo é realizado por meio de divisão do número de óbitos de residentes por grupo de causas definidas pelo número total de óbitos de residentes, excluindo as causas mal definidas, multiplicando por 100 o resultado.

A tabela 21 mostra que nos últimos 10 anos a mortalidade foi mantida pelos mesmos grupos de causas e na mesma ordem, onde 1ª maior causa foi de morte por doenças do aparelho circulatório, a 2ª por neoplasias e a 3ª por causas externas, sendo que em 2016 a 3ª causa passou a ser por doenças do aparelho respiratório ultrapassando as por causas externas. .

A soma destes 3 primeiros grupos de causa representou 67,23%, ou seja, 357 óbitos de um total de 531 em 2007 e 64,00%, sendo 416 óbitos de um total de 650 no ano de 2016 conforme apresentado na tabela 21 e no gráfico 10.

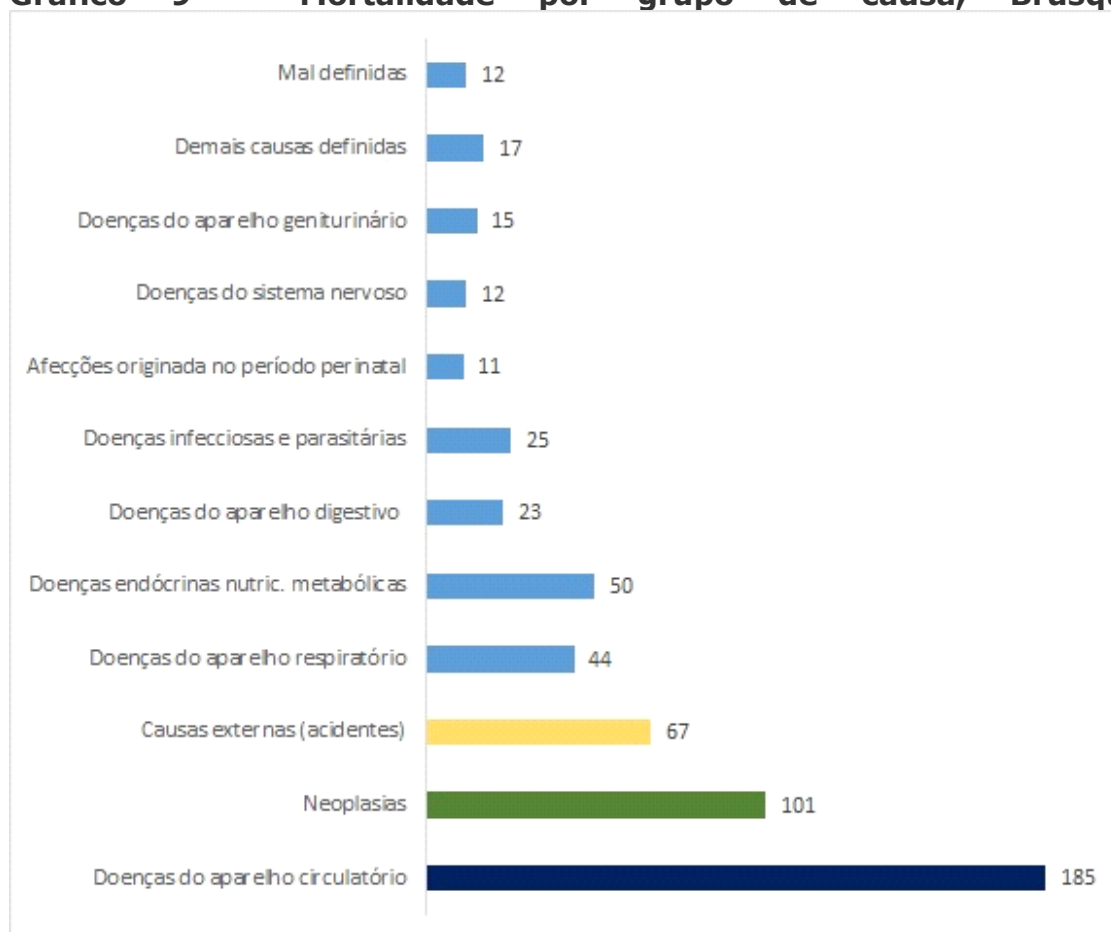
Tabela 21 – Mortalidade proporcional por grupo de causa, Brusque, 2007-2016.

Causas- capítulos CID 10	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Doenças do aparelho circulatório	190	159	163	173	175	159	185	173	157	179	1.713
Neoplasias	106	95	89	101	84	97	101	120	146	131	1.070

Causas externas (acidentes)	61	49	47	64	45	66	67	60	60	57	576
Doenças do aparelho respiratório	47	36	41	44	42	41	44	50	66	106	517
Doenças endócrinas nutric. Metabólicas	22	20	23	35	27	30	50	49	60	42	358
Doenças do aparelho digestivo	23	21	25	25	24	29	23	29	23	31	253
Doenças infecciosas e parasitárias	25	23	21	20	24	23	25	22	19	18	225
Afecções originada no período perinatal	4	9	8	13	11	12	11	14	11	3	96
Doenças do sistema nervoso	8	5	9	13	9	14	12	16	24	29	139
Doenças do aparelho geniturinário	9	11	14	15	21	18	15	16	23	17	159
Demais causas definidas	10	15	15	17	20	18	17	13	14	19	158
Mal definidas	26	49	42	17	33	17	12	9	13	18	236
Total	531	492	497	537	515	524	562	571	616	650	5.395

Fonte: Tabnet DataSUS

Gráfico 9 – Mortalidade por grupo de causa, Brusque, 2013.



Fonte: Tabnet DataSUS

2.4. Mortalidade proporcional por causas mal definidas

A mortalidade proporcional por causas mal definidas reflete a qualidade da informação que permite identificar a causa básica da morte na Declaração de Óbito e é calculada pelo número de óbitos por causas mal definidas, em dado local e período, dividido pelo número total de óbitos no mesmo local e período, multiplicado por 100.

Sinaliza a disponibilidade de infraestrutura assistencial e de condições para o diagnóstico de doenças, bem como a capacitação profissional para preenchimento das declarações de óbito.

O município conquistou um considerável avanço reduzindo a proporção de óbitos por causa mal definida de 9,95% em 2008 para 2,76% em 2016, sendo reflexo das orientações realizadas aos profissionais médicos em relação ao preenchimento correto das declarações de óbito e dos trabalhos de investigação e recodificação da vigilância epidemiológica, sendo que quanto menor essa proporção de óbitos por causas mal definidas, melhor é a qualidade dos dados estatísticos.

Também em 2014 ocorreu a contratualização e implantação efetiva do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), em que os óbitos de ocorrência familiar ou sem assistência médica são verificados associado a capacitação dos profissionais médicos, objetivando a qualificação da declaração de óbitos.

Tabela 22 – Proporção de óbitos por causa mal definidas, Brusque, 2007-2016

Ano	Número de Óbitos		Proporção %
	Total	Causa Mal Definida	
2007	531	26	4,89
2008	492	49	9,95
2009	497	42	8,45
2010	537	17	3,16
2011	515	33	6,40
2012	524	17	3,24
2013	562	12	2,10
2014	571	9	1,57
2015	616	13	2,11
2016	650	18	2,76

Fonte: TABNET/DATASUS

2.5. Mortalidade específica

A taxa de mortalidade específica é o número de óbitos pela causa específica dividido pelo número total de óbitos, expresso por 100 mil habitantes, ocorridos em determinado local e período e estima o risco de um pessoa morrer pela causa selecionada.

Sua finalidade é demonstrar as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada. O progressivo aumento das taxas de mortalidade por determinadas refletem também o incremento da população em faixas etárias mais avançadas. No caso de Brusque pode-se observar, por meio da evolução de suas taxas de mortalidade específica, o aumento em algumas situações. Isso demonstra a necessidade de investimentos na prevenção destes agravos em todos os níveis.

2.5.1. Mortalidade específica aparelho circulatório

A taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório vem apresentando pequenas oscilações, a referida taxa estima o risco de morte por tais doenças e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Neste capítulo do CID, se destacam como causa de mortalidade as doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração, além da hipertensão.

Portanto, a consolidação das medidas de promoção de saúde na rotina da atenção primária juntamente com o diagnóstico precoce e tratamento adequado, podem colaborar na redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório.

Estima o risco de morte por doenças do aparelho circulatório e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Retrata a incidência dessas doenças na população, associada a fatores de risco como tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabete, sedentarismo e estresse., expressando também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada. Contribui na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população e subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às doenças do aparelho circulatório.

A taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório apresenta-se em 144,50/100.000hab no ano de 2014, em 127,87/100.000hab no ano de 2015 e em 2016 com o índice de 142,27/100.000hab.

Tabela 23 – Taxa mortalidade específica por doenças aparelho circulatório, Brusque,2009-2016.

Ano	Taxa / 100.000hab
2009	159,43
2010	163,98
2011	162,39
2012	144,61
2013	168,26
2014	144,50
2015	127,87
2016	142,27

Fonte : TABNET/DATASUS

2.5.2. Mortalidade específica por causas externas

A taxa de mortalidade específica de óbitos por causas externas (acidentes e violência) por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, reflete aspectos culturais e de desenvolvimento socioeconômico, apontando fatores de risco específicos para cada tipo de acidente ou violência.

O crescimento da taxa de mortalidade específica por causas externas se constitui grave problema de saúde pública em Brusque. O uso abusivo do álcool pode estar presente nestes óbitos e contribuindo substancialmente no aumento deste indicador.

Estima o risco de morte por causas externas e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Expressa também as condições da assistência médica dispensada e a qualidade do registro das ocorrências. Analisa variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por causas externas em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na avaliação dos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico da população e subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às causas externas de mortalidade.

A taxa de mortalidade específica por causas externas apresenta-se em 50,11/100.000hab no ano de 2014, 48,86/100.000hab no ano de 2015 e em 2016 com o índice de 44,24/100.000hab.

Tabela 24 - Número de óbitos por causas externas resumidas, Brusque, 2009 – 2016.

Resumo de Causas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Acidente de transporte	27	35	32	35	35	27	28	20
Suicídio	7	8	3	10	12	11	13	16
Homicídio	6	4	3	10	8	9	5	5
Agressões	3	4	4	4	0	2	0	0
Acidente - Quedas	2	5	1	3	1	5	8	9
Demais Causas	2	8	2	4	11	6	6	7
Total	47	64	45	66	67	60	60	57

Fonte : TABNET / DATASUS

Tabela 25 – Número e taxa mortalidade específica por causas externas, Brusque, 2009-2016.

Ano	Número	Taxa / 100.000hab
2009	47	45,95
2010	64	60,66
2011	45	41,76
2012	66	60,03
2013	67	60,94
2014	60	50,11
2015	60	48,86
2016	57	44,24

Fonte : TABNET/DATASUS

2.5.3. Mortalidade específica por neoplasias

A taxa de mortalidade específica por neoplasias, é o número de óbitos por neoplasias malignas, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, destina-se a estimar o risco de morte por neoplasias malignas e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.

As variações anuais na série histórica estudada, apresentadas na tabela 26, mostra um aumento da mortalidade por neoplasias a partir de 2009, reflexo direto do aumento da expectativa de vida e conseqüentemente, incremento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas e hábitos de vida nocivos tais como tabagismo, sedentarismo, obesidade, entre outros.

Estima o risco de morte por neoplasias malignas e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública, retratando a incidência dessas doenças na população, associada ao envelhecimento e a fatores de risco específicos, de natureza dietética, comportamental, ambiental e genética. Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada. Permite analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por neoplasias malignas em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

A taxa de mortalidade específica por neoplasias apresenta-se em 100,23/100.000hab no ano de 2014, 118,91/100.000hab no ano de 2015 e em 2016 com o índice de 101,69/100.000hab.

Tabela 26 – Taxa mortalidade específica por neoplasias, Brusque, 2009-2016.

Ano	Número	Taxa/100.000hab
2009	89	95,08
2010	101	84,08
2011	84	94,78
2012	97	77,02
2013	101	88,22
2014	120	100,23
2015	146	118,91
2016	131	101,69

Fonte : TABNET/DATASUS

2.5.4. Mortalidade específica por diabetes

A taxa de mortalidade específica por diabetes é calculada pelo número de óbitos por diabete melito, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Esse indicador estima o risco de morte por diabete melito em qualquer de suas formas clínicas e dimensiona a magnitude da doença como problema de saúde pública, reflete o envelhecimento na população. No Brasil, mais de 85% dos óbitos por diabete ocorrem a partir dos 40 anos de idade, em ambos os sexos. Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada, pois as complicações agudas da diabete (códigos CID-10 - E10.0 e E10.1) são causas evitáveis de óbito. Em geral, as mortes por diabete abaixo dos 40 anos de idade são consideradas evitáveis e associa-se a mortalidade por doenças do aparelho circulatório, em especial o acidente vascular cerebral, a doença hipertensiva e a doença isquêmica do coração.

A diabetes se configura em um dos maiores problemas de saúde pública, conforme se pode verificar no tabela 27, já que sua prevenção e controle perpassam por mudanças de hábitos nocivos por hábitos saudáveis, bem como, um trabalho incessante no controle da doença pelas equipes de atenção básica. Permite analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade específica por diabete em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos, contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população subsidiando os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes à diabete melito.

A taxa de mortalidade específica por diabetes apresenta-se em 31,74/100.000hab no ano de 2014, 34,20/100.000hab no ano de 2015 e em 2016 com o índice de 32,60/100.000hab.

Tabela 27 – Taxa mortalidade específica por diabetes, Brusque, 2009-2016.

Ano	Taxa/100.000hab
2009	14,67
2010	25,59
2011	19,49
2012	20,92
2013	36,38

2014	31,74
2015	34,20
2016	32,60

Fonte: TABNET/DATASUS

2.7. Morbidade

Em epidemiologia, morbidade é a taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento. A quantificação das doenças ou cálculo das taxas e coeficientes de morbidade são tarefas essenciais para Vigilância Epidemiológica e controle das doenças que, por sua vez para fins de organização dos serviços de saúde e intervenção nos níveis de saúde pública podem ser divididas em doenças transmissíveis e Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

2.7.1. Internações hospitalares

a) Proporções de internações hospitalares, por capítulo CID-10 e local de residência

A proporção de internações hospitalares por local de residência (usuários de Brusque) vem apresentando um pequeno declínio em alguns grupos de patologias (conforme capítulo CID 10), a manutenção desta tendência dependerá em grande parte da capacidade da atenção básica na resolutividade, sendo indicador de qualidade dos serviços, a proporção de internações hospitalares por capítulo do CID-10, é demonstrado na Tabela 28.

Doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas devem ser trabalhadas com ênfase pelas equipes de saúde do município. Ressaltamos que as internações por gravidez e puerpério estão incluídos os partos e são a maior causa de internação no município.

O método de cálculo é realizado pelo número de internações hospitalares de residentes financiadas pelo SUS, por um grupo de causa (capítulo CID-10), dividido pelo número total de internações hospitalares de residentes por causas , financiadas pelo SUS, multiplicado por 100.

Tabela 28 – Internações hospitalares , por capítulo CID-10 e local de residência, Brusque, 2012-2017.

Capítulo CID - 10	Ano					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	237	211	454	283	218	226
II . Neoplasias	415	333	599	502	480	571
III. Doenças Sangue órgãos hematopoeticos e transtornos imunitários	81	81	71	55	101	152
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	189	223	152	148	156	157
V. Transtornos Mentais e comportamentais	107	76	80	175	215	186
VI. Doenças do sistema nervoso	151	185	184	294	282	275
VII. Doenças do olho e anexos	20	29	38	29	41	36
VIII. Doenças do ouvido e da hipófise, mastóide	15	18	16	15	12	11
IX. Doenças do aparelho circulatório	939	1098	1128	1029	1211	1160
X. Doenças do aparelho respiratório	835	846	599	647	745	732
XI. Doenças do aparelho digestivo	595	740	842	872	808	804
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	57	108	108	148	147	112
XIII. Doença do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	410	362	324	373	334	206
XIV. Doenças do aparelho urinário	460	577	577	564	591	443
XV. Gravidez, parto e puerpério	858	1148	1263	1170	1339	1429
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	95	99	107	104	139	122
XVII. Malformação congênita e anomalias cromossomicas	41	55	54	47	48	43
XVIII. Sintomas e, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	182	159	142	65	68	48
XIX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	777	910	980	861	946	976
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	51	36	18	1	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	51	54	72	92	96	190
TOTAL	6.566	7.348	7.811	7.474	7.977	7.879

Fonte: TABNET/DATASUS

b) Internações hospitalares por causas externas

As causas externas (acidentes de trânsito, suicídios, agressões) se tornaram uma importante consequência de mortalidade e morbidade, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento tendo sido a terceira principal causa de internação hospitalar.

A tabela 29 mostra, a proporção de internação por causas externas e local de residência.

O método de cálculo é realizado pelo número de internações hospitalares de residentes financiadas pelo SUS, por causas externas, (capítulo CID-10), dividido pelo número total de internações hospitalares de residentes financiadas pelo SUS, multiplicado por 100.

Tabela 29– Proporções de internações hospitalares, por causas externas e local de residência, Brusque, 2012-2017.

Ano	Nº total de internações	Internações causas externas	
		Número	Percentual
2012	777	91	11,77
2013	910	113	12,38
2014	980	123	12,54
2015	861	99	11,51
2016	946	112	11,85
2017	976	121	12,38

Fonte : TABNET/DATASUS

c) Internações hospitalares, por afecções período perinatal

O período perinatal é aquele que se inicia na idade gestacional na qual o feto atinge o peso de 1000g (equivalente a 28 semanas de gestação), até o final completo do sétimo dia (168 h) de vida.

A distribuição das causas relacionadas as afecções originadas no período perinatal de internação reflete demanda hospitalar, que por sua vez, é condicionada pela oferta de serviços do SUS. Não expressa necessariamente, o quadro nosológico da população residente. A concentração de internações em determinados grupos de causas relacionadas às afecções originadas no período perinatal sugere correlações com os contextos econômicos e sociais e com a qualidade da atenção pré-natal e ao parto.

A tabela 30 mostra a proporção de internações hospitalares por afecções no período perinatal em Brusque.

O método de cálculo é realizado pelo número de internações hospitalares de residentes financiadas pelo SUS, por afecções no período perinatal, (capítulo CID-10), dividido pelo número total de internações hospitalares de residentes financiadas pelo SUS, multiplicado por 100.

Tabela 30 – Proporção do total de internações hospitalares, por afecções período perinatal e local de residência, Brusque, 2012-2017.

Ano	Nº de internações	% das internações
2012	95	1,44
2013	99	1,34
2014	107	1,36
2015	102	1,39
2016	139	1,74

2017	122	1,54
Total	664	1,47

Fonte : TABNET/DATASUS

2.8. Doenças transmissíveis

A situação epidemiológica das doenças transmissíveis tem apresentado mudanças significativas, observadas por meio dos padrões de morbi-mortalidade em todo o mundo. Este grupo de doenças continua a oferecer desafios aos programas de prevenção, com a introdução de novas doenças, a exemplo da AIDS, ou de agentes que sofrem modificações genéticas e se disseminam rapidamente por meio das populações de países e continentes, a exemplo da atual pandemia produzida pelo vírus da Influenza A(H1N1). Doenças "antigas", como a Cólera e a Dengue, ressurgiram e endemias importantes, como a tuberculose e as meningites persistem, fazendo com que esse grupo de doenças continuem representando um importante problema de saúde pública, inclusive em países desenvolvidos. Esse cenário reflete as transformações sociais ocorridas a partir da década de setenta, caracterizadas pela urbanização acelerada, migração, alterações ambientais e facilidades de comunicação entre continentes, países e regiões, entre outros fatores que contribuíram para o delineamento do atual perfil epidemiológico das doenças transmissíveis em todo o mundo.

2.8.1. Casos novos de AIDS

Os casos novos de AIDS correspondem ao número absoluto de residentes em Brusque que foram diagnosticados, e posteriormente notificados no serviço municipal.

É importante destacar que a AIDS é uma doença de notificação obrigatória, entretanto não estão computados, nesse indicador, os HIV positivos/soropositivos assintomáticos.

Observa-se na tabela 31 que quase a totalidade dos casos novos de AIDS em Brusque ocorreram em pessoas maiores de 13 anos.

Campanhas preventivas e de diagnóstico precoce, continuam sendo prioridade da gestão.

Tabela 31 – Casos notificados de AIDS por faixa etária, Brusque, 2009- 2017.

Ano	Gestantes	>13 anos	< 13 anos	Total
-----	-----------	----------	-----------	-------

2009	6	...	10	16
2010	12	...	9	21
2011	4	...	35	39
2012	7	2	29	38
2013	7	...	49	56
2014	13	...	29	42
2015	10	...	24	34
2016	8	...	15	23
2017	7	1	25	33

Fonte : TABNET/ DATASUS/DIVE.SC

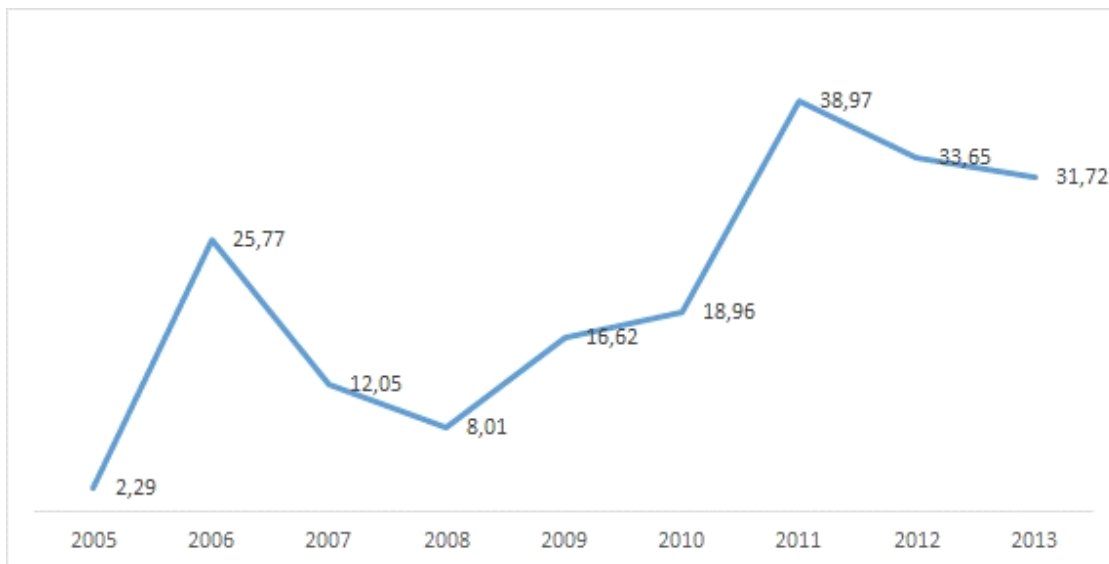
2.8.2. Incidência de AIDS

A taxa de incidência de AIDS é calculada pelo número de casos novos confirmados da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Atualmente, o Ministério da Saúde tem incentivado a realização do teste rápido e, com isso, fazer o diagnóstico rápido e precoce da doença. No município de Brusque, os referidos testes são realizados nas UBS (gestantes e parceiros), no Serviço de Atenção Especializada – SAE, para a população em geral, e em campanhas específicas realizadas durante o ano.

O gráfico 10 mostra números decrescentes nos anos de 2012 e 2013, embora tenha sido intensificado o diagnóstico desde 2011, entretanto, ressaltamos a necessidade do fortalecimento de estratégias de campanhas e educação permanente em todas as faixas etárias. Ações permanentes de prevenção são realizadas pelas UBS, Serviço de Atenção Especializada e Vigilância Epidemiológica.

Gráfico 10 – Taxa de incidência de AIDS, Brusque, 2005-2013.



Fonte: Tabnet DataSUS

2.8.3. Incidência de tuberculose

A taxa de incidência de tuberculose é calculada pelo número de casos novos confirmados da doença, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões, entretanto a doença é curável. Anualmente são notificados cerca de 6 milhões de novos casos em todo o mundo, levando mais de um milhão de pessoas a óbito. O surgimento da AIDS e o aparecimento de focos de tuberculose resistente aos medicamentos agravam ainda mais esse cenário.

No Brasil, a tuberculose é sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. A cada ano, são notificados aproximadamente 70 mil casos novos e ocorrem 4,6 mil mortes em decorrência da doença, nosso país ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo.

A tabela 32 mostra números crescentes, por conta do trabalho intensificado do diagnóstico.

Tabela 32 – Taxa de frequência e incidência de tuberculose, Brusque, 2011-2017.

Ano	Frequência	Incidência
2011	56	52
2012	37	37
2013	42	39

2014	37	36
2015	36	34
2016	36	33
2017	44	40

Fonte : TABNET/DATASUS/DIVE.SC

2.8.4. Incidência de hepatites virais

No Brasil, as hepatites virais mais comuns são as causadas pelos vírus A, B e C, entretanto existem ainda os vírus D e E, esse último mais frequente na África e na Ásia.

A taxa de incidência de hepatite é calculada pelo número de casos novos confirmados da doença (exemplo Hepatite B ou Hepatite C), por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A tabela 33 apresenta taxa decrescente, tanto para hepatite B como para hepatite C.

Verifica-se uma tendência de queda importante das etiologias, sugerindo subdiagnóstico de casos e ou subnotificação de casos, entretanto, para sanar as dificuldades a Secretaria de Saúde vem concentrando esforços, ampliando a oferta de exames laboratoriais e testes rápidos, bem como, ações permanentes preventivas junto a atenção básica.

Tabela 33– Número de casos notificados e confirmados de hepatite B e C Brusque, 2011-2017.

Ano	Hep B	Hep C	Hep B/C	Confirmados	Notificados
2011	25	7	...	32	36
2012	33	13	...	46	48
2013	33	15	...	48	52
2014	36	22	1	59	64
2015	22	12	...	34	39
2016	13	4	...	17	18
2017	9	5	...	14	15

Fonte : TABNET/DATASUS/DIVE.SC

2.8.5. Hanseníase

A Hanseníase é uma doença infecto contagiosa, causada pelo Bacilo de Hansen ou Mycobacterium Leprae, o qual atinge a pele e terminações nervosas dos braços, mãos, pernas, pés, rosto, orelhas, olhos e nariz, possuindo grande potencial para provocar incapacidades físicas e deformidades.

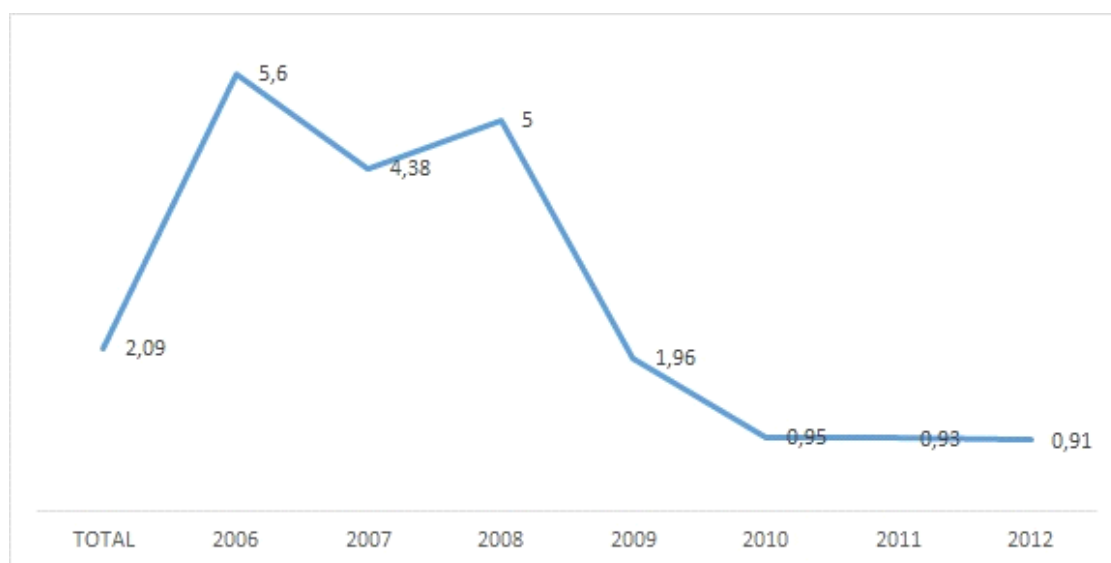
A eliminação dos bacilos ocorre principalmente pelo trato respiratório (tosse e espirro), sendo interrompida logo no início do tratamento. A hanseníase apresenta longo período de incubação, em média, de dois a sete anos, havendo referência a períodos mais curtos, de sete meses, como também de mais de dez anos.

O tratamento é ambulatorial, podendo durar de 6 a 12 meses, se seguido corretamente.

O município de Brusque boas taxas de detecção de Hanseníase e indicadores positivos próximos a 100% de cura dos casos, conforme dados apresentados na gráfico 11 e tabelas 34 e 35.

A taxa de detecção de hanseníase é calculada pelo número de casos novos confirmados de hanseníase, por 10 mil habitantes, em um determinado local e no ano considerado.

Gráfico 11– Taxa de detecção de hanseníase, Brusque, 2005-2010.



Fonte: Tabnet DataSUS

Tabela 34 – Incidência, Prevalência e percentual de cura das coortes de hanseníase, Brusque, 2011-2017.

Ano	Nº Casos	Incidência	% de Cura
2011	1	1	66,61
2012	3	2	100

2013	2	2	50
2014	2	2	100
2015	5	4	100
2016	1	1	...
2017	3	3	...

TABNET/DATASUS/SINAN/DIVE.SC

Tabela 35 – Percentual de cura dos casos novos de hanseníase, Brusque, 2011-2013.

HANSENÍASE	2011	2012	2013
Percentual Cura	66,61%	100%	50%

Fonte: Tabnet DataSUS

2.8.6. Sífilis congênita

A Sífilis Congênita é prevenida por meio do diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da gestante e seu parceiro com Penicilina Benzatina, pois esta droga além de tratar a gestante, atravessa a barreira placentária, erradicando o *Treponema pallidum* do organismo fetal, nos casos em que a transmissão placentária já tenha ocorrido. Mesmo com instrumentos diagnósticos e terapêuticos confiáveis, baratos e de execução simples, a Sífilis Congênita permanece como um problema de saúde no Brasil.

Evidenciou-se fragilidades relacionadas à busca ativa de gestantes sem pré-natal, diagnóstico tardio relacionado a não realização dos exames de rotina do pré-natal ou realização tardia dos exames solicitados dificuldades em acessar, sensibilizar e responsabilizar o parceiro para tratamento concomitante à gestante e deficiências relacionadas ao monitoramento de aplicação das doses prescritas (intervalos inadequados, aplicações inadequadas).

A SMS vem trabalhando para reduzir esse indicador, que em 2014 foram diagnosticados 5 casos, conforme tabela 36. Ações de diagnóstico, como a implantação do teste rápido nas unidades básicas de saúde e treinamento dos profissionais de saúde quanto ao tratamento e cura da sífilis já foram adotadas.

Tabela 36 – Número de casos notificados e confirmados de sífilis congênita, Brusque, 2012-2017.

Ano	Notificados	Confirmados
2012	2	2

2013	4	4
2014	6	5
2015	7	5
2016	4	3
2017	2	1

Fonte : TABNET/DATASUS/SINAN.MS

2.9. Desnutrição infantil

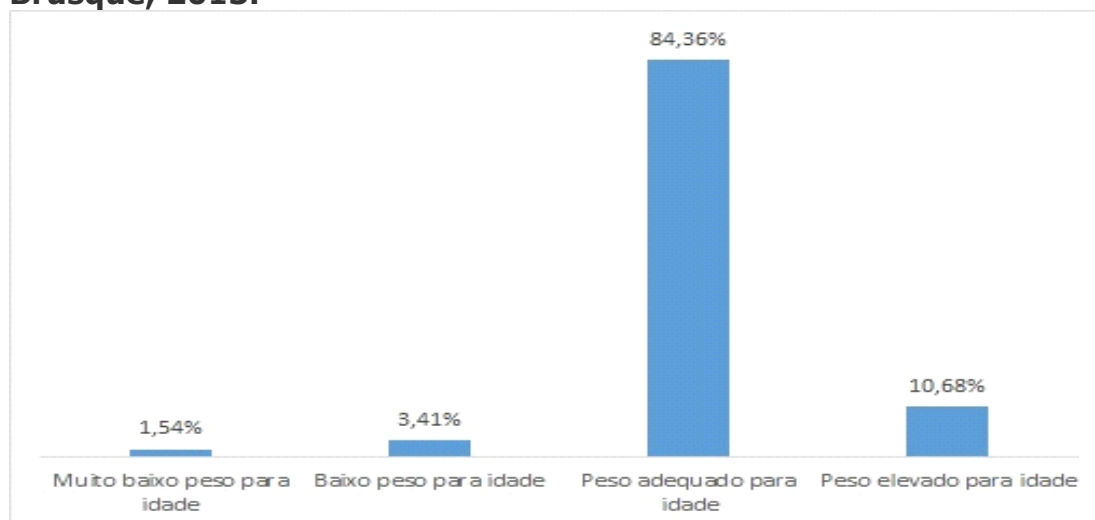
A desnutrição é causa de elevada mortalidade infantil no mundo e as crianças são as suas principais vítimas. O retardo do crescimento é também um importante fator de risco para a mortalidade na infância. Por sua relativa praticidade e baixo custo, a avaliação do peso pode oferecer estimativas simples e seguras da prevalência da desnutrição nas populações.

Este índice avalia o estado nutricional das crianças, desde que é a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança. O ingresso precoce na rede escolar, programas como bolsa família, monitoramento do peso nas escolas, acesso ao acompanhamento de nutricionista e realização das consultas de puericultura são fatores existentes que ampliados ao longo dos anos vieram a colaborar com a queda do indicador.

O cálculo para o indicador é realizado pelo número de crianças menores de cinco anos com peso para idade abaixo do percentil 3, dividido pelo número total de crianças menores de cinco anos acompanhadas pelo SISVAN no município, multiplicado por 100.

O percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso é apresentado no Gráfico 12.

Gráfico 12 – Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso, Brusque, 2013.



Fonte: SISVAN

2.10. Nascidos vivos

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde, Nascido Vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida da placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

A Tabela nº 37 mostra o número de nascidos vivos em Brusque.

Tabela 37 – Número de nascidos vivos, Brusque, 2007-2016.

Ano	Nascidos Vivos
2007	1264
2008	1466
2009	1346
2010	1499
2011	1518
2012	1526
2013	1625
2014	1657
2015	1730
2016	1731

Fonte : TABNET/DATASUS

2.10.1. Gestação na adolescência

Uma das informações importantes inferidas a partir das estatísticas do SINASC se refere ao comportamento reprodutivo das mulheres, segundo a idade.

Este dado permite, a avaliação das taxas específicas de fecundidade e, à área de epidemiologia, a utilização de tal informação como risco ao baixo peso ao nascer e à mortalidade infantil, quando se consideram as mães adolescentes. Este tema assume grande relevância social, pela vulnerabilidade em termos biológicos e de condições de sobrevivência das crianças, pois sabe-se que a gravidez em idade muito jovem eleva os riscos de mortalidade para a mulher e seus filhos.

O percentual de gestantes adolescentes (10 a 19 anos) em Brusque tem se mantido estável nos últimos anos, sem grandes variações, conforme demonstra a tabela 38 . Ações de educação permanente e implementação de políticas anticoncepcionais estão sendo desenvolvidas pelas ESF e PSE.

Tabela 38 –Número de nascidos vivos (nv) de mães adolescentes, Brusque, 2007-2016.

Ano	Total de Nascidos Vivos	Nascidos Vivos de Mães Adolescentes		Nascidos Vivos de Outras Mães
		Número	Percentual	
2007	1.264	168	13,29	1.096
2008	1.466	196	13,36	1.270
2009	1.346	175	13,00	1.171
2010	1.499	162	10,80	1.237
2011	1.518	192	12,64	1.326
2012	1.526	198	12,97	1.315
2013	1.625	211	12,98	1.414
2014	1.657	182	10,98	1.475
2015	1.730	205	11,84	1.525
2016	1.731	159	9,18	1.572

Fonte: TABNET/DATASUS

2.10.2. Nascidos vivos com baixo peso

A base de cálculo é efetuada por meio do percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, de mães residentes, em determinado espaço

geográfico, no ano considerado. Compreende a primeira pesagem do recém-nascido, preferencialmente realizada durante a primeira hora de vida.

O baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intrauterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbi-mortalidade neonatal e infantil, é um predito da sobrevivência infantil. Quanto menor o peso ao nascer, maior a possibilidade de morte precoce. Em países desenvolvidos, observam-se valores em torno de 6 e 7% o que se aproxima do percentual no município de Brusque, conforme exposto na tabela 39.

Tabela 39– Número e percentual de nascidos vivos com baixo peso, Brusque, 2007-2016.

Ano	Total	NV Baixo PPeso	% Baixo Peso
2007	1.264	85	6,72
2008	1.466	100	6,82
2009	1.346	107	7,94
2010	1.499	103	6,87
2011	1.518	98	6,45
2012	1.526	115	7,53
2013	1.625	132	8,12
2014	1.657	120	7,24
2015	1.730	130	7,51
2016	1.731	137	7,91

Fonte: TABNET/DATASUS

2.11. Saúde Bucal

Conhecer o perfil epidemiológico populacional é de extrema importância para se estabelecer tipo e prevalência das patologias bucais dentro município. Com posse desta informação é possível planejar, executar e avaliar ações de promoção em saúde, além de prevenção e recuperação das patologias bucais.

A equipe de saúde bucal deve trabalhar sobre uma base territorial, com mapeamento contínuo das microáreas, elencando as que devem ser prioritariamente atendidas, levando em conta a condição de exclusão social na comunidade.

Desta forma, serão definidas as famílias de risco, as quais deverão ser monitoradas pela equipe de saúde bucal, garantindo-lhes acesso e proteção.

Outro fator a ser considerado é a equipe de saúde ter iniciativa e criatividade, para impactar a realidade social e epidemiológica da população atendida. Deve-se trabalhar com dinâmicas familiares, informando, orientando e negociando responsabilidades com os integrantes da família, visando a recuperação e a manutenção da saúde, bem como estratégias preventivas. Estabelece-se, assim, uma relação de troca, cumplicidade, entre equipe, indivíduo e família.

2.11.1. Escovação dental supervisionada

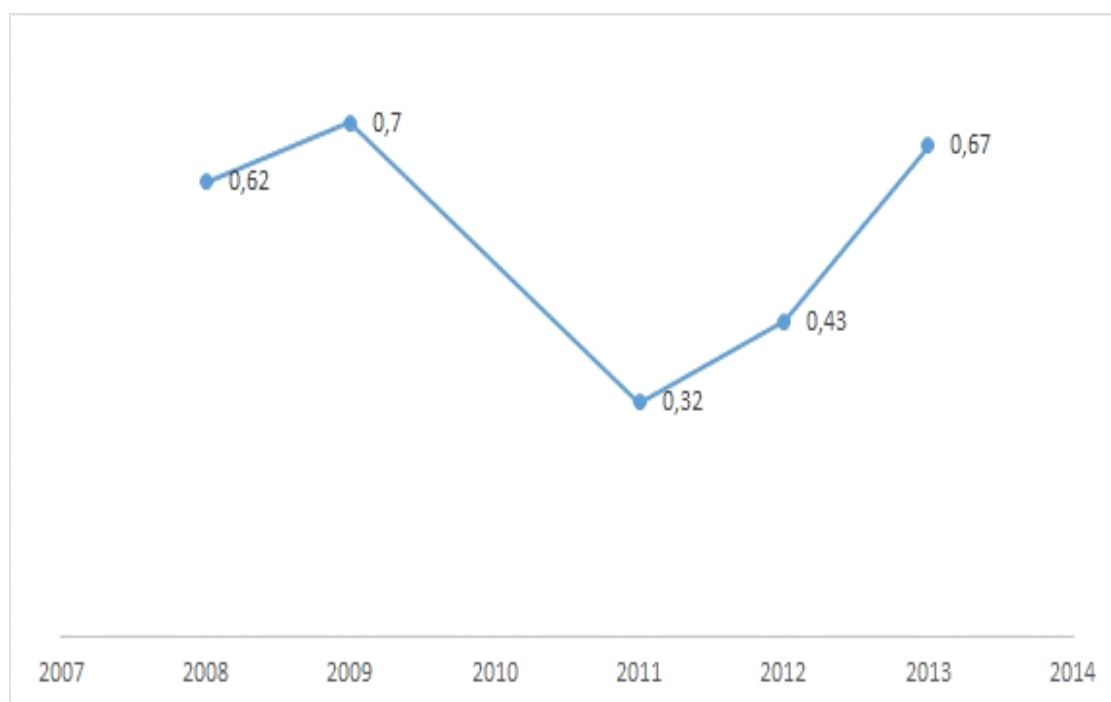
A média de escovação dental supervisionada é calculada pela soma do número de participantes na atividade escovação dental supervisionada mês a mês. O total é dividido por 12, independentemente da existência de registro no período de 12 meses. Este resultado é dividido pela população total do município e multiplicado por 100.

Este indicador reflete em percentual o número médio de pessoas que participaram da ação coletiva escovação dental supervisionada e expressa a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com dentífrico fluoretado sob orientação, supervisão de um profissional de saúde visando à prevenção de doenças bucais, prioritariamente a cárie dental e doença periodontal.

Esse indicador possibilita a análise comparativa dos dados epidemiológicos, verificando relações entre as variações temporais deste indicador e os de cárie dentária e doença periodontal, subsidiando o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas e ações de saúde bucal, bem como a facilitação do monitoramento das ações preventivas e de promoção da saúde bucal, sendo de fundamental importância para análise das prioridades da atenção em saúde bucal prestada no município.

O gráfico 13 apresenta um crescimento do percentual médio de escovação dental supervisionada em Brusque desde 2011, ações programadas, principalmente nas escolas do município estão sendo desenvolvidas para elevar esse indicador.

Gráfico 13 – Média de escovação dental supervisionada, Brusque, 2008-2013.



Fonte: Tabnet DataSUS

Tabela 40 : Média de escovação dental supervisionada, Brusque – 2008 - 2015

Ano	Média de Escovação Supervisionada
2008	0,82
2009	0,50
2010	...
2011	0,32
2012	0,43
2013	0,67
2014	0,58
2015	0,62

Fonte: TABNET / DATASUS

2.11.2. Exodontia

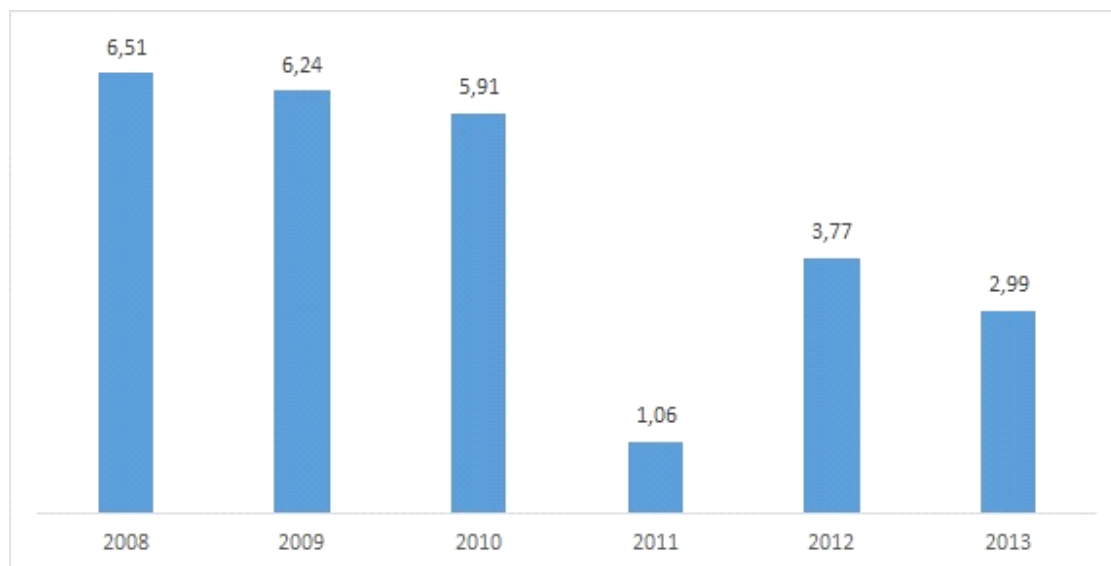
Reflete, em forma percentual, a proporção das exodontias de dentes permanentes em relação às demais ações básicas individuais em odontologia. Quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos, em detrimento da extração dentária.

O cálculo do indicador da proporção de exodontia em relação aos procedimentos exodontias de dentes permanentes em determinado município e período dividido pelo

número total de ações básicas individuais em odontologia procedimentos curativos selecionados no mesmo local e período multiplicados por 100.

O gráfico 14 e a tabela 41 mostram uma redução gradual na proporção de exodontias, o que reflete o trabalho preventivo e curativo realizado em Brusque.

Gráfico 14 – Proporção de exodontia, Brusque, 2008-2013.



Fonte: Tabnet DataSUS

Tabela 41 : Percentual de exodontia relacionadas aos procedimentos odontológicos, Brusque, 2008 – 2015.

Ano	% Exodontias
2008	6,48
2009	6,26
2010	5,92
2011	1,06
2012	3,78
2013	2,99
2014	3,55
2015	2,83

Fonte : TABNET / DATASUS

3. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL DE BRUSQUE

A Secretaria Municipal de Saúde tem como atribuições planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde do município, compreendendo tanto

o cuidado ambulatorial quanto o hospitalar. É de sua responsabilidade também planejar, desenvolver e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica afetas à sua competência.

O principal objetivo da Secretaria, é realizar ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde para toda a população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade no atendimento ao usuário, reconhecendo a saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso à atenção e assistência, buscando a diminuição das desigualdades.

O SUS possui diretrizes operacionais como a descentralização, onde cada gestor responde por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, por meio da participação da sociedade nos Conselhos Municipais e nas Conferências de Saúde.

3.1. Estabelecimentos de saúde

A tabela abaixo demonstra número de estabelecimentos segundo o tipo de prestador de saúde disponibilizados no município de Brusque.

Tabela 43– Número de estabelecimentos de saúde segundo o tipo de prestador, Brusque, dezembro 2017.

TIPO DE ESTABELECIMENTO	Público	Filantropico	Privado	Sindicato	TOTAL
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	2	0	0	0	2
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	2	0	0	0	2
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BASICA DE SAÚDE	29	1	3	0	33
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	4	2	46	5	57
CONSULTÓRIO	0	0	58	2	60
COOPERATIVA	0	0	1	0	1
FARMÁCIA	0	0	26	2	28
HOSPITAL GERAL	0	2	1	0	3

POLICLÍNICA	1	0	0	0	1
SECRETARIA DE SAÚDE	1	0	0	0	1
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	0	0	20	0	20
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE-HOSPITALAR-URGENCIA/EMERGENCI	1	0	0	0	1
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	1	0	1	0	2
TOTAL	41	5	156	9	211

Fonte: CNES/MS

A tabela 43 mostra o número de estabelecimentos segundo o tipo de gestão de saúde disponibilizados no município de Brusque.

Tabela 43 – Número de estabelecimentos de saúde segundo o tipo de gestão, Brusque, dezembro 2017.

TIPO DE ESTABELECIMENTO	Estadual	Municipal	Privada	TOTAL
ACADEMIA DE SAÚDE	0	2	6	8
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	0	2	0	2
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	0	3	0	3
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	0	31	24	55
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	0	7	115	122
CONSULTÓRIO	0	0	36	36
COOPERATIVA	0	0	1	1
FARMÁCIA	0	0	8	8
HOSPITAL GERAL	0	0	2	2
HOSPITAL DIA	0	0	1	1
POLICLÍNICA	0	1	10	11
SECRETARIA DE SAÚDE	0	1	0	1

UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	0	2	76	78
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE-HOSPITALAR-URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	0	1	0	1
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	1	0	1	2
TOTAL	1	47	280	328

Fonte: CNES/MS

A tabela 44 mostra o número de estabelecimentos segundo serviço e classificação e o tipo de gestão de saúde disponibilizados no município de Brusque.

Tabela 44 – Número de estabelecimentos de saúde segundo o serviço e classificação e o tipo de gestão, Brusque, dezembro 2017.

<i>Serviço e Classificação</i>	<i>Estadual</i>	<i>Municipal</i>	<i>Privada</i>	<i>Total</i>
101-Estratégia de saúde da família	0	31	0	31
...Saúde da família	0	08	0	08
...Saúde bucal MI	0	23	0	23
103-Serv.de regulação médica urgências-Central SAM	0	2	1	3
...Ambulância de suporte básico de vida	0	2	1	3
104-Serviço de regulação de serviços de saúde	0	2	0	2
...Unidade de consulta e exames	0	1	0	1
...Unidade de autorizações de TFD intermunicipais	0	1	0	1
107-Serviço de atenção à saúde auditiva	0	3	4	7
...Diagnóstico em audiologia/otologia	0	3	4	7
110-Serviço de atenção à saúde reprodutiva	0	0	2	2
...Contracepção clínica	0	0	2	2
112-Serviço de atenção ao pré-natal, parto e nasci	0	32	4	36
...Acompanhamento do pré-natal de baixo risco	0	31	3	34
...Acompanhamento do pré-natal de alto risco	0	1	0	1
...Centro de parto normal	0	0	1	1
114-Serviço de atenção em saúde bucal	0	26	30	56
...Dentística	0	23	25	48
...Endodontia	0	1	2	3
...Periodontia clínica	0	1	0	1
...Cirurgia oral	0	1	3	4
115-Serviço de atenção psicossocial	0	2	2	4
...Atendimento psicossocial	0	2	2	4
116-Serviço de cirurgia cardiovascular	0	2	8	10
...Cirurgia cardiovascular (adulto)	0	0	1	1
...Cirurgia vascular	0	0	1	1
...Cardiologia intervencionista (hemodinâmica)	0	0	1	1
118-Serviço de cirurgia torácica	0	0	1	1
...Cirurgia torácica	0	0	1	1
120-Serv.diag.anatomia patológica e/ou citopatológico	0	0	4	4
...Exames anatomopatológicos	0	0	2	2
...Exames citopatológicos	0	0	2	2
121-Serviço de diagnóstico por imagem	0	1	20	21
...Radiologia	0	0	7	7
...Ultrassonografia	0	1	9	10
...Tomografia computadorizada	0	0	2	2
...Ressonância magnética	0	0	2	2
122-Serv.de diagnóstico por métodos gráficos/dinâmica	0	2	10	12

...Teste ergométrico	0	1	2	3
...Exame eletrocardiográfico	0	1	6	7
...Exame eletroencefalográfico	0	0	2	2
123-Serv.dispensão órteses, prótese e materiais especial	0	1	3	4
...OPM em odontologia	0	1	3	4
124-Serviço de endocrinologia	0	1	3	4
...Diag.Trat.doenças endócrinas,metaból. e nutrice	0	1	3	4
	0	2	10	12
125-Serviço de farmácia				
...Farmácia Popular	0	2	8	10
...Farmácia Hospitalar	0	0	2	2
126-Serviço de fisioterapia	0	8	29	37
...Assist.fisiot.alter.obstétricas, neonatais e ur	0	1	3	4
...Assist.fisioterapêutica em alterações oncológico	0	1	3	4
...Assist.fisioterapêutica em oftalmologia	0	1	1	2
...Assist.fisiot.cardiovasculares e pneumo-funcion	0	1	5	6
...Assist.fisiot.disfunções músculo-esqueléticas (	0	1	7	8
...Assist.fisioterapêutica em queimados	0	1	2	3
...Assist.fisioterapêutica nas alterações em neuro	0	1	7	8
...Diagnóstico cinético funcional	0	1	1	2
128-Serviço de hemoterapia	0	0	4	4
...Proced.destinados obtenção do sangue-assit.hemo	0	0	1	1
...Diagnóstico em hemoterapia	0	0	1	1
...Procedimentos especiais em hemoterapia	0	0	1	1
...Medicina transfusional	0	0	1	1
130-Serviço de nefrologia/urologia	0	0	4	4
...Tratamento dialítico	0	0	1	1
...Litotripsia	0	0	1	1
...Confecção/Intervenção de acessos para diálise	0	0	1	1
...Tratamento em nefrologia em geral	0	0	1	1
131-Serviço de oftalmologia	0	0	9	9
...Diagnóstico em oftalmologia	0	0	5	5
...Tratamento clínico do aparelho da visão	0	0	1	1
...Tratamento cirúrgico do aparelho da visão	0	0	3	3
133-Serviço de pneumologia	0	0	1	1
...Tratamento de doenças das vias aéreas inferiore	0	0	1	1
136-Serviço de suporte nutricional	0	0	2	2
...Enteral	0	0	1	1
...Enteral/Parenteral	0	0	1	1
139-Serviço de triagem neonatal	0	0	1	1
...Tratam.recém-nascido com outras doenças congêni	0	0	1	1
141-Serviço de vigilância em saúde	1	2	0	2
...Vigilância epidemiológica	0	1	0	1
...Vigilância sanitária	0	1	0	1
142-Serviço de endoscopia	0	1	15	16
...Do aparelho digestivo	0	0	8	8
...Do aparelho respiratório	0	1	3	4
...Do aparelho urinário	0	0	4	4
144-Serviço posto de coleta de materiais biológico	0	1	14	15
...Coleta realizada fora das estrutura laboratorial	0	1	14	15
145-Serviço de diagnóstico por laboratório clínico	0	12	79	91
...Exames bioquímicos	0	1	8	9
...Exames hematológicos e hemostasia	0	1	7	8
...Exames sorológicos e imunológicos	0	1	7	8
...Exames coprológicos	0	1	7	8
...Exames de uroanálise	0	1	7	8
...Exames hormonais	0	1	7	8
...Exames toxicológicos ou de monitorização terap.	0	1	6	7
...Exames microbiológicos	0	1	7	8
...Exames em outros líquidos biológicos	0	1	6	7
...Exames de genética	0	1	6	7
...Exames para triagem neonatal	0	1	5	6
...Exmes imunohematológicos	0	1	7	8
146-Serviço de videolaparoscopia	0	0	3	3
...Diagnóstica	0	0	1	1
...Cirúrgica	0	0	2	2
147-Serviço de apoio a saúde da família	0	2	0	2
...NASF 1	0	2	0	2
150-Cirurgia vascular	0	0	1	1
...Fístula arteriovenosa sem enxerto	0	0	1	1
153- Assis indiv possuem indic proc transexualizado	0	0	2	2
155-Serviço de traumatologia e ortopedia	0	0	3	3

...Serviço de traumatologia e ortopedia	0	0	3	3
157-Laboratório regional de prótese dentaria	0	0	2	2
...Laboratório Regional De Prótese Dentaria	0	0	2	2
TOTAL	0	122	256	388

Fonte: CNES/DATASUS/MS

3.2. Número de médicos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como parâmetro ideal de atenção à saúde a população a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. Para centros com uma rede de serviços bem estruturada, os técnicos defendem a ampliação deste parâmetro. De qualquer forma, a definição desta relação torna-se um importante recurso de planejamento para a SMS.

Em relação a pessoal de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, a OMS recomenda 01 profissional para cada 500 habitantes, e segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a recomendação é de 01 médico, 01 enfermeiro e 01 técnico de enfermagem, no mínimo, por Equipe de Saúde da Família atendendo uma população adscrita de no máximo 3.500 habitantes.

Em 2013 Brusque apresentou um percentual de 9,25 médico para cada 1000 habitantes, conforme mostra a tabela nº 45 e em 2017 apresentou 9,09/1000hab, ou seja 8,09 profissionais a mais que o recomendado pela OMS. Já em relação aos profissionais de enfermagem, temos 0,62 enfermeiro/1000hab, um terço do recomendado pela OMS e em relação aos técnicos de enfermagem, apresenta-se com 0,69 profissionais a mais do que a recomendação, temos o índice de 1,69 técnico de enfermagem/1000hab.

Tabela 45 – Número de médicos e profissionais de enfermagem por 1.000 habitantes, Brusque, 2012-2017

Ano	Médico	Enfermeiro	Tec.Enfermagem
2012	9,81	0,41	1,48
2013	9,25	0,42	1,47
2014	9,39	0,44	1,46
2015	10,08	0,71	2,00
2016	9,47	0,68	1,94
2017	9,09	0,62	1,69

Fonte : TABNET/DATASUS

3.3. Leitos hospitalares

O número de leitos hospitalares é influenciado por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, composição etária, oferta de profissionais de saúde, políticas públicas assistenciais e preventivas. Em geral, a concentração de leitos está associada ao maior poder aquisitivo da população e à demanda por serviços especializados, condições que atraem investimentos do setor privado de saúde.

O número de leitos hospitalares para cada mil habitantes é um indicador que tem como objetivo mapear o quantitativo de leitos hospitalares disponibilizados em cada município, em consonância com a Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002 que recomenda tecnicamente como ideal 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes.

Em 2013 o município dispunha de 2,18 leitos para cada mil habitantes, sendo 1,32 credenciados ao SUS, conforme dados apresentados na tabela 46.

Ações com a implantação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha e Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental, trazem financiamento para a abertura de novos leitos e são prioridade dessa gestão.

Quando observamos a tabela nº46 , notamos uma diminuição de leitos no município, passou de 2,46 leitos/1000hab em 2015 para 1,73 leitos em 2017, esta queda deve-se ao aumento populacional e fechamento de uma instituição hospitalar no município.

Tabela 46 – Número de leitos totais e SUS para cada mil habitantes, Brusque, 2012-2017.

Ano	Leitos Totais/1000hab	Leitos SUS/1000hab
2012	2,07	1,10
2013	2,18	1,32
2014	2,10	1,28
2015	2,46	1,28
2016	1,97	1,25
2017	1,73	1,21

Fonte: TABNET/DATASUS

3.4. Cobertura vacinal

Vacina é uma substância produzida com bactérias ou vírus (ou partes deles) mortos ou enfraquecidos. Ao ser introduzida no corpo do ser humano, a vacina provoca uma reação (imunização) do sistema imunológico, promovendo a produção de anticorpos (leucócitos) contra aquela substância. Desta forma, a vacina prepara o

organismo para que, em caso de infecção por aquele agente patogênico, o sistema de defesa possa agir com força e rapidamente, assim a doença não se desenvolve ou, em alguns casos, se desenvolve de forma branda.

A vacinação é o modo mais eficaz de evitar diversas doenças imunopreveníveis. As campanhas de vacinação promovidas Ministério da Saúde têm o objetivo de controlar ou mesmo tempo buscar a erradicação das doenças no território brasileiro.

A cobertura vacinal é um importante indicador de saúde das populações e da qualidade da atenção dispensada pelos serviços e aponta aspectos da saúde infantil, pré-natal e da atuação dos serviços de modo geral e específico.

No contexto da vacinação a criação do vínculo entre equipe de saúde, usuário e a busca ativa são fundamentais para a captação de indivíduos dos grupos a serem vacinados e aumento da cobertura vacinal para que se diminua e se evite a incidência das doenças imunopreveníveis, buscando a eliminação da cadeia de transmissão.

O município de Brusque ultrapassou a meta de vacinação para diversas patologias, com exceção da imunização contra a febre amarela em virtude de não sermos área endêmica, e ficou próximo do percentual previsto (95%) nas vacinas hepatite B, pentavalente, tetravalente e a DTP, devido ao desabastecimento do produto durante um certo período, sendo que, as demais ultrapassaram o limite previsto, conforme demonstrado na tabela nº 47.

Tabela 47 – Cobertura vacinal, Brusque, 2017.

IMUNOBIOLOGICOS	PERCENTUAL ALCANÇADO (%)
BCG	114,00
HEPATITE B	94,39
ROTAVÍRUS HUMANO	101,45
PNEUMOCÓCICA 10V	105,73
MENINGOCOCO C	100,60
PENTA	94,03
TRÍPLICE VIRAL - D1	98,49
FEBRE AMARELA	0,66
POLIOMIELITE	97,34
TETRA	92,28
DTP	94,03
dTpa Gestante	94,34

Fonte: PIN (Programa Nacional de Humanização)

OBS: A vacina contra Febre Amarela não fazia parte do calendário básico de vacinas em SC. Iniciou para as crianças com 9 meses a partir de janeiro de 2018. Por isso o calculo de cobertura está fora dos padrões recomendados.

3.5. Produtividade

Em relação à produtividade, diversos procedimentos são realizados na rede de saúde do município. A Tabela 48 e 49 abaixo, apresentam os procedimentos realizados no ano de 2017.

3.5.1. Produtividade ambulatorial

A SMS Brusque oferta diversos tipos de atendimentos ambulatoriais, como consulta, exames, procedimentos e cirurgias ambulatoriais.

A tabela 48 apresenta o número de procedimentos ambulatoriais realizados no ano de 2017.

Tabela 48 – Número de procedimentos ambulatoriais segundo subgrupo, Brusque, 2017.

SUBGRUPO PROCEDIMENTOS	2017
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	100317
0102 Vigilância em saúde	5391
0201 Coleta de material	3871
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	312886
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	16731
0204 Diagnóstico por radiologia	45140
0205 Diagnóstico por ultrassonografia	5805
0206 Diagnóstico por tomografia	3728
0207 Diagnóstico por ressonância magnética	1322
0209 Diagnóstico por endoscopia	1537
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	32463
0214 Diagnóstico por teste rápido	14501
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	572625
0302 Fisioterapia	6929
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	2184
0305 Tratamento em nefrologia	11439
0307 Tratamentos odontológicos	49753
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	11004
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	311
0405 Cirurgia do aparelho da visão	766
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	3142
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	1126
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	203
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	11
0414 Bucomaxilofacial	5448
0415 Outras cirurgias	1
0418 Cirurgia em nefrologia	75
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionadas ao ato cirúrgico	793
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	143
0801 Ações relacionadas ao estabelecimento	360

0803 Autorizações ou Regulação	1833
TOTAL	1211838

Fonte: Tabnet/DataSUS

3.5.2. Produtividade hospitalar

A Associação Hospital e Maternidade Dom Joaquim e o Hospital Arquidiocesano Cônsul Carlos Renaux (Hospital Azambuja), são os prestadores de serviços hospitalares credenciados ao SUS, realizando as internações no município de Brusque.

O Hospital Azambuja, conta com 123 leitos credenciados ao SUS, sendo integrante das Redes de Urgência e Emergência, Cegonha e Psicossocial.

Já o Hospital Dom Joaquim dispõe de 31 leitos credenciados ao SUS, sendo o hospital de referência no município em cirurgias eletivas de médio porte.

A tabela 49 apresenta a produção hospitalar através do número de internações, segundo o subgrupo, do realizado no ano de 2013, 2016 e 2017. Em 2013 foram realizadas, nos hospitais credenciados, 7.507 internações e em 2017 foram 7.678 internações pelo SUS.

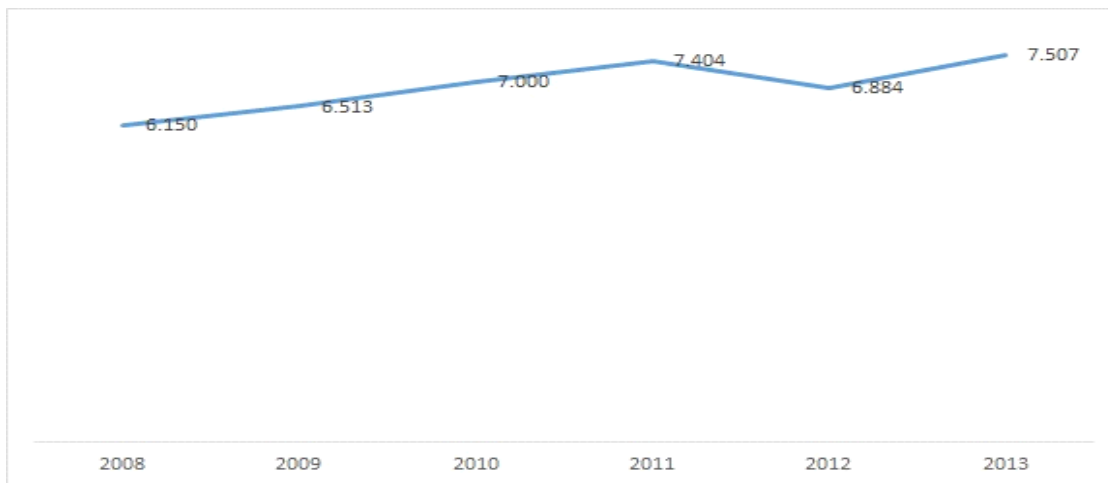
Tabela 49 – Número de internações hospitalares segundo subgrupo, Brusque, 2013, 2016 - 2017

ESPECIALIDADE	2013	2016	2017
Clínica cirúrgica	2470	3005	2799
Obstetrícia	1078	1111	1367
Clínica médica	3414	3582	2967
Pediatria	545	326	414
Psiquiatria	...	38	131
TOTAL	7507	7062	7678

Fonte: Tabnet DataSUS

O número de internações realizadas no município de Brusque no período de 2008 a 2013, estão descritas no gráfico 15.

Gráfico 15 – Número de internações hospitalares, Brusque, 2008-2013.



Fonte: Tabnet DataSUS

3.6. Atenção Básica em Saúde

A rede de atenção básica em saúde é a grande responsável pelo cuidado em saúde; cuidado significa vínculo, responsabilização e solicitude na relação da equipe de saúde com os indivíduos, famílias e comunidades. Significa compreender as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural e acolhê-las em suas necessidades em relação ao sistema de saúde de forma humanizada, garantindo a continuidade da atenção à saúde e a participação social.

A atenção básica constitui um conjunto de ações de saúde no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível das redes atenção atenção, do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (Cadernos de Atenção Básica nº8)

3.6.1. Estratégia saúde da família

A Estratégia de Saúde da Família propõe uma reversão do modelo assistencial, onde predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção à saúde.

Representa o primeiro contato da população com os serviços de saúde do município, uma das principais portas de entrada ao sistema SUS, assegurando a referência e contra referência para os diferentes níveis do sistema único de saúde, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas e ou agravos a saúde apresentados pelo usuário.

O município está dividido em cinco áreas de Estratégia de Saúde da Família, com abrangência e geoprocessamento definidos. Cada equipe de ESF é responsável pela vigilância e acompanhamento da situação de saúde da comunidade de sua área territorial de abrangência.

A tabela 50 apresenta a divisão por região e tipo de equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB).

Tabela 50 – Equipes de Estratégia Saúde da Família por área de abrangência, Brusque, 2017.

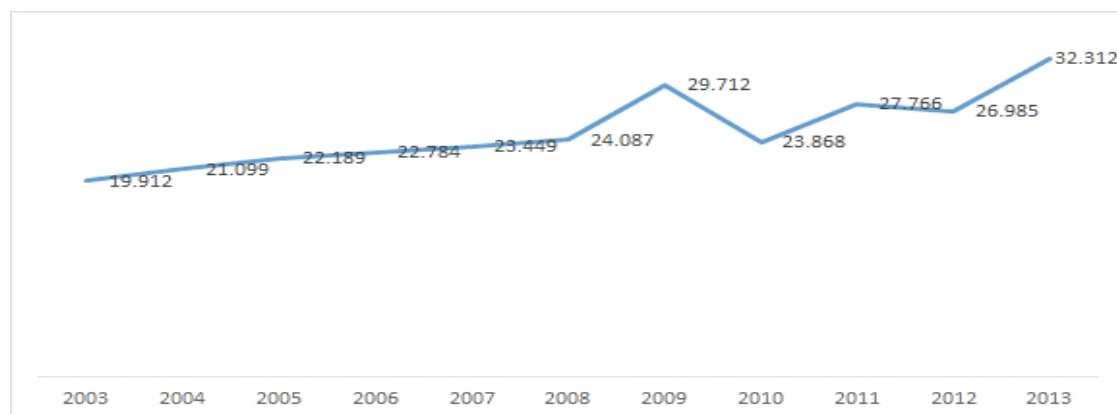
REGIÃO DE SAÚDE	EQUIPE	TIPO DE EQUIPE	
		ESF	ESFSB
Regional Santa Terezinha	ESF Nova Brasília		X
	ESF Santa Terezinha 1		X
	ESF Santa Terezinha 2	X	
	ESF Limeira 1		X
	ESF Limeira 2		X
	ESF Limeira 3		X
	ESF Planalto		X
Regional Steffen	ESF Bateas		X
	ESF São Luiz 1		X
	ESF São Luiz 2	X	
	ESF São Pedro	X	
	ESF Steffen		X
	ESF Volta Grande		X
Regional Dom Joaquim	ESF Dom Joaquim 1		X
	ESF Dom Joaquim 2	X	
	ESF Paquetá		X
	ESF Rua Nova Trento		X
	ESF Sao João		X

	ESF Rio Branco	X	
Regional Águas Claras	ESF Águas Claras 1		X
	ESF Águas Claras 2	X	
	ESF Cedrinho		X
	ESF Poço Fundo		X
	ESF Ponta Russa		X
	ESF Santa Luzia		X
Regional Centro	ESF Santa Rita	X	
	ESF Guarani	X	
	ESF Azambuja		X
	ESF Souza Cruz		X
	ESF Maluche	X	
	ESF Centro	X	
TOTAL	31	10	21

Fonte: DATASUS/TABNET

O gráfico 16 e a tabela 51 mostram o número de famílias cadastrados no município de Brusque pelas equipes da Estratégias de Saúde da Família.

Gráfico 16 – Número de famílias cadastradas ESF, Brusque, 2003-2013.



Fonte: DataSUS Tabnet

Tabela 51 – Número de famílias cadastradas ESF, Brusque, 2008 - 2017

Ano	Famílias Cadastradas
2008	24.087
2009	29.712
2010	28.868
2011	27.766
2012	26.985
2013	32.312
2014	33.141

2015	18.018 *
2016	46.832
2017	65.583

Fonte : Gemus/SMS Brusque

Obs.: * Mudança do regime jurídico de contratação dos ACS, de CLT para estatutário, ficando algumas micro-áreas descobertas.

3.6.2. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica

Em 2011, 18 equipes de Estratégia Saúde da Família aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB, tendo sido instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos nos quais, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do Programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil.

O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

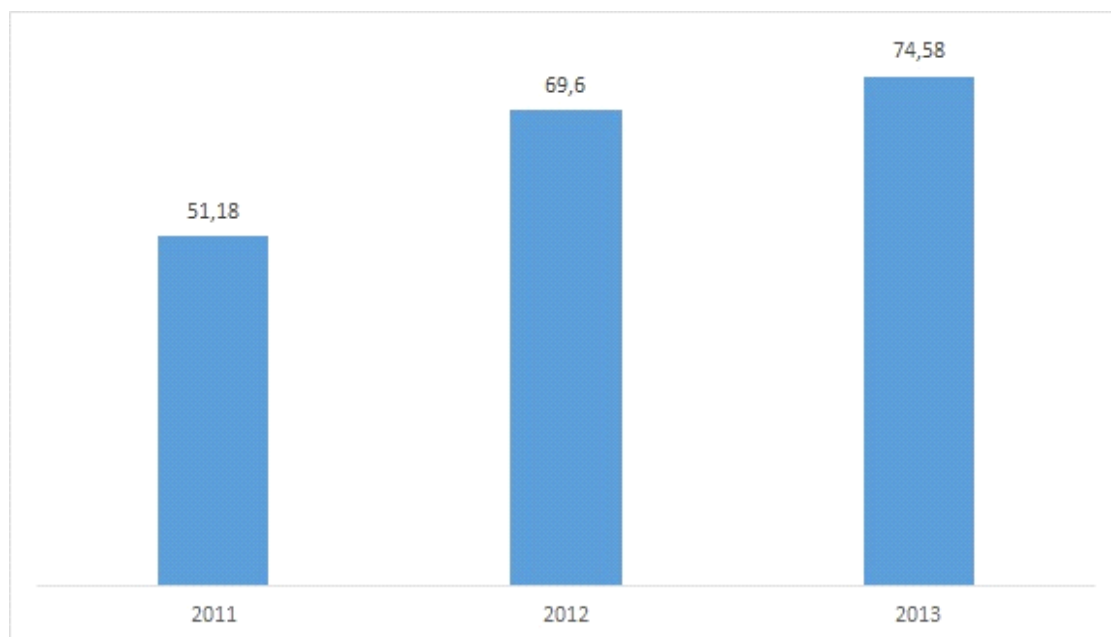
No ano de 2013 ampliou-se a adesão ao PMAQ-AB para 25 equipes de ESF, sendo 9 desses ESF com saúde Bucal, 2 NASF e CEO.

Já no ano de 2017 a adesão foi de 30 equipes de ESF, 19 com saúde Bucal, 2 NASF e CEO, no PMAQ-AB.

3.6.3. Cobertura populacional pela atenção básica

Brusque vem aumentando o percentual de cobertura na atenção básica nos últimos anos, o cálculo é realizado pela população coberta pela Atenção Básica, tendo como referência 3.000 pessoas por equipe da Estratégia Saúde da Família, conforme PNAB – Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2488/2011), em determinado local e período multiplicado por 100.

Gráfico 17 – Percentual de cobertura pela atenção básica, Brusque, 2011-2013.



Fonte: DataSUS Tabnet

Tabela 52 – Percentual de cobertura pela atenção básica, Brusque, 2011-2017.

Ano	% de Cobertura
2011	51,18
2012	69,60
2013	74,58
2014	82,74
2015	82,69
2016	88,21
2017	89,42

Fonte: Gemus SMS Brusque

3.6.4. Núcleos de Apoio à Saúde da Família

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de Equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família.

Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da Saúde da Família e entre sua própria equipe – NASF-, incluindo ações intersetoriais e interdisciplinares de promoção, prevenção, reabilitação.

Os profissionais do NASF apoiam as ações das equipes por meio do matriciamento, capacitação, atendimento específico e compartilhado nos projetos terapêuticos singulares e tratamentos especiais aos usuários assistidos pelas UBSs.

O matriciamento é a principal ferramenta do NASF e tem por objetivo ampliar as discussões dos casos complexos, possibilitando o olhar das diversas categorias de profissionais da saúde.

Atualmente o município de Brusque possui dois NASF, estando planejado a abertura da terceira equipe do NASF.

O município possui uma parceria com a Universidade do Vale do Itajaí – Univali que disponibiliza 31 profissionais residentes para Brusque. Dentre eles, psicólogos, farmacêuticos, educadores físicos, enfermeiros, dentistas, fonoaudiólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, que compõe as equipes do NASF, que por esta parceria subdividiram as duas equipes NASF existentes em cinco, atendendo assim as cinco regionais.

3.6.5. Unidade básica de saúde

Até meados de 2017, Brusque contava com uma Unidade Básica de Saúde tradicional, que realizava atendimento de demanda espontânea ou agendada e esta desde final de 2017 passou a ser Estratégia de Saúde da Família.

Na Unidade Básica de Saúde Central, atualmente, atuam profissionais que atendem em regime de pronto atendimento de urgências, auxiliando as demais UBS no período vespertino, onde também acontece o plantão noturno, acolhendo os usuários que necessitam de atendimento de urgência, proporcionando auxílio médico e de enfermagem das 18:00 às 22:00 horas de segunda a sexta-feira.

3.6.6. Programa de Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. O objetivo é contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das

vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

É um processo de pactuação e compromissos a serem firmados entre os secretários municipais de saúde e educação com os Ministérios da Saúde e da Educação. O PSE se dá com a interação dessas Equipes de Saúde da Atenção Básica com as Equipes de educação, no planejamento, execução e monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos educandos.

No município de Brusque o Programa Saúde na Escola (PSE) iniciou suas atividades em meados de 2010, sendo reformulado em 2014, a partir da criação do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), o qual era responsável pela gestão do Programa na esfera municipal. O grupo reunia-se uma vez ao mês para discutir temas inerentes ao PSE, quanto a planejamento e programação de ações, cronograma, avaliando resultados alcançado dos temas desenvolvidos e atividades propostas, redefinindo as prioridades a serem contempladas nas ações, em busca de educação e saúde integral aos educandos, sendo atualmente reformulado em decorrência de nova legislação.

A nova Portaria nº 1.055, de 24/04/2017, redefine as regras e critérios para adesão ao PSE e traz como principais pontos de mudança do Programa: O ciclo do PSE passa a ter duração de 24 (vinte e quatro) meses, com abertura para ajustes das informações e do Termo de Compromisso após 12 (doze) meses do início da vigência. No período de ajustes, poderão ser realizadas ações de exclusão e substituição de escolas já pactuadas.

Quanto as atividades desenvolvidas no município de Brusque, estas seguem a proposta do programa, os temas a serem discutidos pelo PSE já são determinados pelo ministério da saúde em cada pactuação e são desenvolvidos dentro do prazo de 24 meses, os articuladores da educação e da saúde agendam as atividades nas escolas e desenvolvem em conjunto, entre os temas estão: acompanhamento da situação vacinal, saúde bucal, saúde ocular, saúde auditiva, identificação de possíveis sinais de doença em eliminação, segurança alimentar e promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil, promoção da cultura de paz e direitos humanos, atividades relacionadas à saúde sexual, reprodutiva e DST/AIDS, ações de prevenção ao uso de drogas, prevenção de acidentes e violências, práticas corporais e atividade física e ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*.

Os registros das informações sobre as atividades realizadas no PSE deverão ser efetuados, unicamente, pela equipe de saúde que desenvolveu a atividade na escola no sistema de informação da Atenção Básica em Saúde – e-SUS AB.

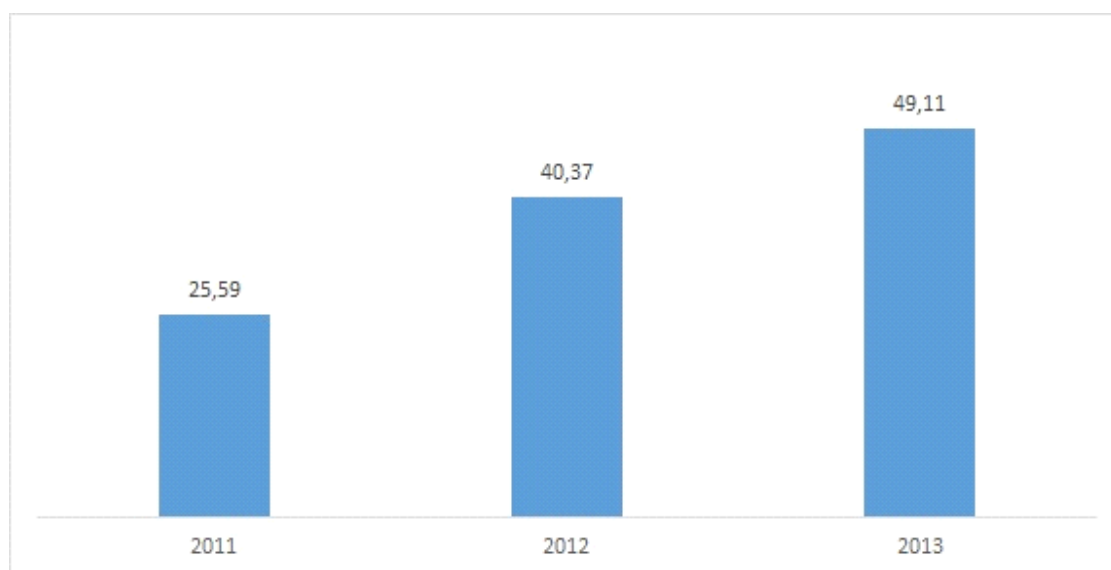
3.6.7. Saúde bucal na atenção básica

Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

O processo de trabalho das ESB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território, na família e na comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo.

O município de Brusque conta com 19 equipes de saúde bucal na atenção básica, ampliando o percentual de cobertura, conforme dados apresentados.

Gráfico 18 – Percentual de cobertura de saúde bucal na atenção básica, Brusque, 2011-2013.



Fonte: DataSUS Tabnet

Tabela 53 – Percentual de cobertura de saúde bucal na atenção básica, Brusque, 2011-2017.

Ano	% Cobertura
2011	25,59
2012	40,37
2013	49,11
2014	51,19
2015	54,38
2016	59,50
2017	62,83

Fonte: Gemus SMS Brusque

3.6.8. Laboratório municipal de análises clínicas

O Laboratório Municipal é uma instituição autenticamente municipal, sem fins lucrativos e tem como objetivo realizar exames laboratoriais complementares ao diagnóstico clínico, interagir de forma humanitária com a comunidade, contribuir para o fortalecimento do serviço público, atuar como regulador de mercado no âmbito do SUS, nos anos de 2013 e 2014 foram executados respectivamente 146.009 e 142.010 exames.

Serviços Oferecidos

- Coleta e realização de exames clínicos de rotina;
- Coleta descentralizada em 9 postos;
- Auxílio laboratorial para as rotinas da SMS;
- Programa de Pré-Natal;
- Programa de Tuberculose;
- Programa das DST/HIV/AIDS – CD4/CD8 e Carga Viral;
- Apoio estatístico aos programas da SMS;
- Coleta e encaminhamento de exames para laboratório de Apoio e Referência;
- Programa de Hanseníase.

3.6.9. Clínica de fisioterapia municipal

O Serviço de Fisioterapia funciona em clínica municipal e tem como objetivo atender diversas patologias, com a finalidade de melhorar e a recuperar a saúde

funcional, enfocando também aspectos educativos e preventivos para a manutenção da saúde do indivíduo. Para a utilização do serviço há necessidade de encaminhamento médico das Unidades de Saúde do Município para o atendimento.

Em média, são realizados 1300 atendimentos por mês na Clínica de Fisioterapia Municipal de Brusque.

3.7. Atenção especializada

A área de atenção especializada, de uma maneira geral, pode ser conceituada e ao mesmo tempo delimitada pelo território em que é desenvolvido um conjunto de ações práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas.

3.7.1. Centro de serviços em saúde

O Centro de Serviços em Saúde - Policlínica, é o local onde são prestadas uma gama de cuidados de saúde, incluindo consultas médicas, serviços de diagnóstico e de tratamento ambulatorio, sem necessidade de internação Hospitalar.

Atualmente são ofertados atendimentos em diversas especialidades médicas, tais como: cardiologia, cirurgia geral, cirurgia torácica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia adulto e pediátrica, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, proctologia e urologia bem como atendimento fonoaudiológico, nutricional e audiológico. Ressaltamos também a realização de exames e procedimentos nas diversas especialidades anteriormente citadas.

Foram disponibilizados, pelo Centro de Serviços em Saúde no ano de 2017, aos os usuários do SUS, os procedimentos descritos na Tabela 54.

Tabela 54 – Tipo de atendimentos realizados no Centro de Serviço em Saúde, Brusque, 2017.

PROCEDIMENTO
AUDIOMETRIA TONAL
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)
BIOPSIA DA PELE, TECIDO CELULAR OU GANGLIO SUBCUTANEO

BIOPSIA/PUNCAO DE TUMORES SUPERFICIAIS DE PELE
CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES
CONSULTA EM ANGIOLOGIA
CONSULTA EM ANGIOLOGIA - GERAL
CONSULTA EM CARDIOLOGIA
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - GERAL
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL - GERAL
CONSULTA EM CIRURGIA TORÁCICA
CONSULTA EM CIRURGIA TORÁCICA - GERAL
CONSULTA EM CLÍNICA GERAL
CONSULTA EM CLÍNICA GERAL
CONSULTA EM CLÍNICA MEDICA - RETORNO
CONSULTA EM DERMATOLOGIA
CONSULTA EM DERMATOLOGIA - CIRURGIA
CONSULTA EM DERMATOLOGIA - GERAL
CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA
CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA
CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA - GERAL
CONSULTA EM NEUROLOGIA
CONSULTA EM NEUROLOGIA - GERAL
CONSULTA EM NEUROLOGIA - PEDIATRIA
CONSULTA EM NUTRICAO
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GERAL
CONSULTA EM ORTOPEDIA
CONSULTA EM ORTOPEDIA - GERAL
CONSULTA EM ORTOPEDIA - PRE-OPERATORIO
CONSULTA EM ORTOPEDIA - TRATAMENTO AMBULATORIAL
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA - GERAL
CONSULTA EM PEDIATRIA
CONSULTA EM PEDIATRIA
CONSULTA EM PROCTOLOGIA
CONSULTA EM PROCTOLOGIA - GERAL
CONSULTA EM PSIQUIATRIA
CRIOTERAPIA - POR SESSÃO
CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)
DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA / NECROSE
DEBRIDAMENTO E CURATIVO DE ESCARA OU ULCERAÇÃO
ELETRCARDIOGRAMA
ELETRCOAGULAÇÃO
ELETRONEUROMIOGRAFIA
EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA
EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES E MUCOSA
EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA
EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA
EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA OU NEVUS
EXCISAO E SUTURA DE TEGUMENTO NA FACE
EXCISAO E SUTURA DE TUMORES DA ORELHA
EXCISAO E SUTURA EM LEITO UNGUEAL
EXERESE DE CALO
EXERESE DE CISTO SEBÁCEO
EXERESE DE LIPOMA
EXERESE DE TUMOR DE PELE
EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBÁCEO / LIPOMA
IMITANCIOMETRIA
IMITANCIOMETRIA (TIMPANOMETRIA, COMPLAC.ESTAT.E REFL.ESTAPED
INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO
INCISÃO E DRENAGEM DE CELULITE
INCISÃO E DRENAGEM DE FLEIMAO
LARINGOSCOPIA
LINFADENECTOMIA SUPERFICIAL
LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)
LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL DE ORTOPEDIA
REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL
RESSECÇÃO DE TUMORES DA FACE, POR VIA EXTERNA OU ENDOBUCAL/N
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO
RETIRADA DE LESÃO POR SHAVING
RETIRADA DE PONTO

SUTURA DE FERIDA DA MUCOSA BUCAL E FACE
TESTE DE ESFORÇO OU TESTE ERGOMÉTRICO
TRATAMENTO DE MIIASE FURUNCULÓIDE
ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR
ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)
ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
ULTRA-SONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO
ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO
ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL
ULTRA-SONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL
ULTRA-SONOGRAFIA DE PARÓTIDAS
ULTRA-SONOGRAFIA DE PARTES MOLES
ULTRA-SONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)
ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREÓIDE
ULTRA-SONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL
ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA
ULTRA-SONOGRAFIA PÉLVICA - GINECOLÓGICA
ULTRA-SONOGRAFIA PÉLVICA - MASCULINA
ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL
VIDEOLARINGOSCOPIA
TOTAL

Fonte: Tabnet DataSUS

3.7.2. Clínica da mulher

As mulheres são a maioria da população brusquense, (50,33%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade.

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Considerando os aspectos da saúde da mulher acima citado, o município de Brusque disponibiliza o atendimento integral na Clínica da Mulher, realizando consultas médicas em ginecologia, mastologia e obstetrícia para gestantes de alto risco, atendimento de enfermagem, atividades coletivas, entre outros procedimentos, sendo que parte dessas ações são propostas e diretrizes do município no programa "Mães de Brusque", conforme mostra a Tabela 55.

Tabela 55 – Tipos de atendimentos na Clínica da Mulher, Brusque, 2017.

PROCEDIMENTO
ATENDIMENTO CLÍNICO P/ INDICAÇÃO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO
ATIV. COLETIVA EDUC. EM SAÚDE PROF. N. SUPERIOR - ESTAB. SAÚDE
BIÓPSIA DE VULVA
BIÓPSIA DO COLO UTERINO
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES
COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOLOGICO DE COLO UTERINO
COLPOSCOPIA
CONSULTA EM ENFERMAGEM
CONSULTA EM GINECOLOGIA
CONSULTA EM GINECOLOGIA - OBSTÉTRICIA
CONSULTA EM MASTOLOGIA
CONSULTA PRE-NATAL REALIZADA POR ENFERMEIRO
CONSULTA PUERPERAL REALIZ P/ ENFERMEIRO P/FIM ASSIST OBST
CRIOCAUTERIZAÇÃO / ELETROCOAGULAÇÃO DE COLO DE ÚTERO
EXTRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO NA VAGINA
PUNÇÕES OU BIÓPSIA DE MAMA

Fonte: SISREG III - SMS Brusque

3.7.3. Centro de atenção psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições ambulatoriais de atenção diária que funciona na lógica do território, destinado a acolher usuários com transtornos mentais severos e persistentes, visando estimular sua integração social e familiar e apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento multidisciplinar. Um dos objetivos do Programa é possibilitar a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no Brasil.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psico Social (RAPS), serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar.

Os usuários são atendidos de acordo com o Projeto Terapêutico Singular, que consiste em um tratamento específico para cada indivíduo, elaborado pela equipe multidisciplinar.

Para tanto os CAPS possuem equipe multiprofissional composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos e oferecem diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico,

visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias.

Os acompanhamentos são voltados as pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico e que se encontram impossibilitadas de realizar seus projetos de vida. É buscada a reinserção social do indivíduo, tanto no trabalho quanto no lazer, focalizado em estratégias que permitam o fortalecimento de seus laços familiares e comunitários.

Atualmente o município de Brusque conta com 2 Centros de Atenção Psicossocial, o CAPS II e o CAPS AD, sendo proposta a implantação do CAPS Infantil e do Ambulatório de Saúde Mental.

São atividades desenvolvidas no CAPS:

- Acolhimento;
- Avaliações (psicologia, psiquiatria, serviço social, terapia ocupacional, enfermagem);
- Projeto Terapêutico Singular
- Atendimento psicológico, psiquiátrico, de serviço social, enfermagem e terapia ocupacional;
- Atendimento em grupo: grupos psicoterapêuticos, oficinas de serviço social, grupos de educação em saúde, oficinas terapêuticas, expressivas, oficinas geradoras de renda, etc;
- Atendimento para a família; e Visitas domiciliares.

a) CAPS AD

O Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) representa a principal estratégia de atenção à saúde relacionada ao consumo de substâncias psicoativas.

Desta forma, o CAPS AD oferece atendimento diário a usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua.

Todos os encaminhamentos devem partir das unidades básicas de saúde, ou o usuário pode procurar o CAPS espontaneamente. O CAPS AD possui uma equipe multiprofissional formada por psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro,

técnicos de enfermagem, educador social, professor de artes, além da equipe administrativa, para poder atender a todos os usuários em conformidade com o Projeto Terapêutico Singular, que é individualizado.

b) CAPS II

O CAPS II é um serviço de saúde comunitário e aberto do Sistema Único de Saúde (SUS) constituído por uma equipe multiprofissional que oferece tratamento para pessoas com transtornos mentais, neuroses graves, psicoses, cuja gravidade justifiquem sua permanência num espaço acolhedor, comunitário e promotor de vida. O Centro de Atenção Psicossocial é uma estratégia da Rede de Atenção Psicossocial tem a finalidade de ressocialização do usuário acometido de transtornos mentais.

O CAPS II oferece um tratamento complexo, que envolve a ação de vários profissionais de saúde e a própria comunidade. Tal modelo assistencial se faz necessário porque a evolução, positiva ou negativa, dos transtornos mentais graves está na dependência de diferentes variáveis, aquelas ligadas a doença mental propriamente dita e variáveis ligadas ao ambiente em que vive. Esse serviço deve, por exemplo, construir pontes de enfrentamento do estigma, problema hoje mundialmente reconhecido como capaz de retardar a chegada de uma pessoa com transtorno mental grave ao atendimento, dificultando a sua adesão ao tratamento contribuindo para uma evolução negativa do transtorno.

Os usuários que frequentam o CAPS são atendidos em regimes distintos, de acordo com a programação realizada pela equipe: intensivo - 5 dias na semana, semi-intensivo - 3 dias por semana e não intensivo - 3 vezes por mês, sendo que durante o tratamento o usuário será atendido por diversos profissionais, de acordo com o que é fixado no seu projeto terapêutico singular.

O CAPS II possui equipe multiprofissional formada por psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnicos de enfermagem, educador social, professor de artes, além da equipe administrativa.

a) CAPS AD

O CAPS Álcool e Droga é a unidade de saúde especializada em atender os dependentes de álcool e drogas, dentro das diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, que tem por base o tratamento do usuário em liberdade, buscando sua reinserção social.

Desta forma, o CAPS AD oferece atendimento diário a usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua.

O apoio da família é fundamental neste processo, sendo realizado também atividades para atendimento aos familiares de usuários, onde são esclarecidas dúvidas, anseios e dado o suporte que a família necessita.

Todos os encaminhamentos devem partir das unidades de saúde, ou o usuário pode procurar o CAPS espontaneamente. O CAPS AD possui uma equipe multiprofissional formada por psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnicos de enfermagem, educador social, professor de artes, além da equipe administrativa.

b) CAPS II

O CAPS II é o local de referência e tratamento para pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado integral.

O CAPS II oferece um tratamento complexo, que envolve a ação de vários profissionais de saúde e a própria comunidade. Tal modelo assistencial se faz necessário porque a evolução, positiva ou negativa, dos transtornos mentais graves está na dependência de diferentes variáveis, aquelas ligadas a doença mental propriamente dita e variáveis ligadas ao ambiente em que vive. Esse serviço deve, por exemplo, construir pontes de enfrentamento do estigma, problema hoje mundialmente reconhecido como capaz de retardar a chegada de uma pessoa com transtorno mental grave ao atendimento, dificultando a sua adesão ao tratamento contribuindo para uma evolução negativa do transtorno.

Os usuários que frequentam o CAPS são atendidos em regimes distintos, de acordo com a programação realizada pela equipe: intensivo - 5 dias na semana, semi-intensivo - 3 dias por semana e não intensivo - 3 vezes por mês, sendo que durante o

tratamento o usuário será atendido por diversos profissionais. O tempo de atendimento e ou a modalidade de atendimento dependerá do projeto terapêutico singular elaborado.

O CAPS II possui equipe multiprofissional formada por psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnicos de enfermagem, educador social, professor de artes, além da equipe administrativa.

3.7.4. Centro de especialidades odontológicas

O Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, com a proposta de garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população, por meio da correção das distorções na aplicação do acesso e qualificação de atenção dentro dos serviços ofertados pelo SUS. Esta política assegura atendimentos odontológicos nos níveis de atenção secundário e terciário e adota a integralidade dos serviços de saúde bucal como um caminho para redução da desigualdade.

Uma das estratégias da mesma é o incentivo aos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO.

O CEO é uma unidade de saúde destinada ao atendimento odontológico especializado, sendo este responsável diagnóstico do câncer bucal, periodontia, cirurgia oral, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais e deve funcionar como unidade de referência para as equipes de saúde bucal da Atenção Básica.

3.8. Assistência farmacêutica

Um dos grandes desafios da humanidade sempre foi controlar, reduzir os efeitos ou eliminar os sofrimentos causados pelas enfermidades. A saúde de uma população não depende apenas dos serviços de saúde e do uso dos medicamentos, entretanto, é inegável sua contribuição e a importância do medicamento no cuidado à saúde, como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a alocação de grandes volumes de recursos públicos.

Ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tem o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de

medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

No ano de 1998, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria GM/MS n. 3916, tendo como finalidades principais:

- Garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos.
- A promoção do uso racional dos medicamentos.
- O acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

A PNM apresenta um conjunto de diretrizes para alcançar os objetivos propostos, quais sejam:

- Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais.
- Regulação sanitária de medicamentos.
- Reorientação da Assistência Farmacêutica.
- Promoção do uso racional de medicamentos.
- Desenvolvimento científico e tecnológico.
- Promoção da produção de medicamentos.
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Das diretrizes acima citadas, são consideradas prioridades, a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a reorientação da Assistência Farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos.

Já no âmbito municipal a dispensação de medicamentos respeita a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), que por obrigação deve ofertar os medicamentos listados na RENAME, ficando a critério da gestão a inclusão de outras medicações

A Secretaria Municipal de Saúde dispensa medicamentos aos usuários do SUS, em unidades próprias, da seguinte forma:

- 01 - Farmácia de Medicamentos especiais/excepcionais;
- 01 - Farmácia Básica;
- 27 – Unidades Básicas de Saúde (dispensam medicamentos básicos);
- 01 – Serviço de Atenção Especializada

A tabela 19 mostra a quantidade de medicamentos dispensados pela Secretaria Municipal de Saúde de Brusque em 2016 e 2017.

Tabela 56 – Quantidade de medicamentos dispensados, Brusque, 2016 – 2017.

DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS	2016	2017
ACICLOVIR - 200 MG (7.3)	25.195	24.647
ACICLOVIR - CREME 50MG/G (7.2)	1.319	851
ACIDO ACETIL SALICIL - 100 MG - AAS (8.1)	826.914	673.522
ACIDO FOLICO - 5 MG (9.1)	158.671	140.770
ACIDO VALPROICO - 50 MG/ML XPE - DEPAKENE (500.2)	1048	781
ACIDO VALPROICO 250 mg	0	3.300
ACIDO VALPROICO - 500 MG - DEPAKENE (500.1)	134593	175890
ACIDOS GRAXOS LOÇÃO - DERSANI (74.1)	3973	3147
AGUA DESTILADA - 10ML INJ (501.1)	829	1040
AGUA DESTILADA - 5 ML INJ (501.2)	305	524
ALBENDAZOL - 40 MG/ML FRASCO (10.2)	3737	3435
ALBENDAZOL - COMP 400 MG (10.1)	5856	5817
ALENDRONATO DE SODIO - 70MG (296.1)	21063	16692
ALOPURINOL - 100 MG (11.1)	111123	94929
ALOPURINOL - 300 MG (11.2)	44119	43270
ALPRAZOLAM - 1MG - FRONTAL (358.1)	194172	77610
AMBROXOL - 3MG/ML INFANTIL (41.1)	1838	1789
AMBROXOL - 6MG/ML ADULTO (41.2)	3891	2816
AMIODARONA - 200 MG - ANCORON (12.1)	57445	49535
Amiodarona 50 mg/ml (cx emergência)	10	1
AMINOFILINA	4	6
AMITRIPTILINA - 25 MG (359.1)	375296	380350
AMOXICILINA - 500 MG (13.2)	90125	88028
AMOXICILINA - SUSP ORAL 50MG/ML (13.1)	5191	5120
AMOXICILINA + CLAVUL - COMPRIMIDO - CLAVULIN (14.2)	58383	53220
AMOXICILINA + CLAVUL - SUSP ORAL 75ML - CLAVULIN (14.1)	2431	2389
AMPICILINA - 500 MG (15.1)	274	0
ANLÓDIPINO - 10 MG (16.1)	186763	137906
ATENÓLÓL - 50 MG (17.1)	479166	731817
AZITROMICINA - 500 MG (400.1)	2526	2366
AZITROMICINA - SUSP ORAL 40 MG/ML (400.2)	31648	27155
BACLOFENO - 10 mg	1130	680
BAMIFILINA - 300 mg	840	520
BECLOMETASONA 250mcg spray oral	328	308
BECLOMETASONA 20mcg spray oral	152	138
BENZIL. BENZATINA - 1.200.000 UI - BENZETACIL (21.1)	251	856
BENZIL. BENZATINA - 600.000 UI - BENZETACIL (21.2)	734	375
BENZIL. PROCAINA + - 400 UI - DESPACILINA (20.1)	0	0
BENZOATO DE BENZILA	0	0
BIPERIDENO - 2MG (360.1)	51860	50280
BROMAZEPAM - 3MG (361.1)	157644	25940
BROMOPRIDA - 4 MG / ML - GOTAS (30.1)	8	0
BUDESONIDA 32 MCG spray nasal	583	777

BUDESONIDA 64 MCG spray nasal	866	707
BUPROPIONA - 150 mg	14510	14600
CAPTOPRIL - 25 MG (3.2)	380574	298779
CARBAMAZEPINA - 200MG - TEGRETOL (362.1)	233357	210430
CARBAMAZEPINA - 20MG/ML - TEGRETOL (362.2)	431	503
CARBONATO DE CALCIO - 500 + 400 MG (446.1)	197574	207270
CARBONATO DE CALCIO - 500 MG (32.1)	101345	91125
CARBONATO DE LITIO - 300MG - CARBOLITIUM (363.1)	116900	116570
CARVEDILOL - 3,125MG (410.1)	55840	66600
CARVEDILOL - 6,25MG (410.2)	76630	79345
79345CARVEDILOL - 12,5MG (410.3)	116401	132180
CEFALEXINA - 250MG/5ML SUSPENÇÃO (33.2)	3052	2885
CEFALEXINA - 500 MG (33.1)	23288	50774
CETOCONAZOL CREME - 2% 30G (35.1)	2420	2463
CILOSTAZOL - 100MG 30CP (697.1)	9450	7420
CETOPROFENO 100 MG IV	2	4
CETOPROFENO 50 MG IM	4	0
CILOSTAZOL 100 MG	9450	7420
CINARIZINA - 75 MG (37.1)	57705	37836
CIPROFLOXACINO - 500 MG (38.1)	81624	63964
CITALOPRAM - 20MG (382.1)	144364	203504
CLONAZEPAM - 2,5MG/ML - GOTAS RIVOTRIL (365.2)	1449	1779
CLONAZEPAM - 2MG - RIVOTRIL (365.1)	494818	374740
CLOPIDOGREL - 75MG (288.1)	115394	86346
CLORETO DE POTASSIO - 19,10% 10ML (432.1)	0	30
CLORETO DE SODIO - 0,9% SOL NASAL 30ML (39.2)	1762	1172
CLORETO DE SODIO - INJ 20% 10ML (39.1)	8	5
CLORPROMAZINA - 100MG, AMPLICTIL (366.1)	31028	28070
CLORPROMAZINA - 40MG/ML GOTAS - AMPLICTIL (366.2)	220	268
CODEINA - 30MG (367.1)	113348	125636
COLAGENASE + CLORANF - POMADA - IRUXOL (43.1)	3457	2951
COLIRIO ANESTÉSICO - TETRACAÍNA	0	2
DEXAMETASONA - CREME 0,1% 10G (45.3)	11036	9198
DEXAMETASONA - INJETAVEL 4MG/ML 2,5ML (45.1)	1160	1012
DIAZEPAM - 10MG - VALIUN (368.1)	115426	117072
DIAZEPAM - 10MG/2ML INJ (368.2)	20	54
DICLOFENACO DE POTAS - 50MG - CATAFLAN (50.1)	137951	106657
DICLOFENACO INJETAVE - VOLTAREN (52.1)	2715	1715
DIGOXINA - 0,25 MG (53.1)	54881	45537
DIMENIDRINATO + PIRI - INJETAVEL - DRAMIN B6 (54.1)	23	12
DIOSMINA+HESPERIDINA - 450+50 MG (403.1)	418210	139980
DIPIRONA - 2 ML INJETAVEL (56.5)	1223	1227
DIPIRONA - COMP 500 MG (56.1)	184586	152691
DIPIRONA - GOTAS (56.2)	3548	2305
DIPIRONA + CAFEINA	136290	141089
DIU	14	55
DOXAZOSINA, MESILATO - 4MG (444.1)	21176	18195

DOXAZOSINA, MESILATO - 2MG (444.2)	71025	85920
ENALAPRIL - 10 MG (57.1)	768555	745223
ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/0,4 ML	120	0
EPINEFRINA 1 MG/ML - ADRENALINA (58.1)	106	150
ESCOPOLAMINA, BUSCOP - COMPRIMIDO (26.1)	45189	29987
ESCOPOLAMINA, BUSCOP - GOTAS (26.4)	369	524
ESCOPOLAMINA, BUSCOP - INJETAVEL (26.3)	524	139
ESCOPOLAMINA+DIPIRON - COMPRIMIDO (24.1)	15499	14782
ESCOPOLAMINA+DIPIRON - GOTAS (24.2)	1177	1469
ESCOPOLAMINA+DIPIRON - INJETAVEL (427.1)	2	204
ESPIRONOLACTONA - 100 MG (59.1)	10657	10641
ESPIRONOLACTONA - 25 MG (59.2)	143170	167318
ESTROGENIOS CONJUGAD - COMP- PREMARIN (60.1)	25946	25036
ESTROGENIOS CONJUGAD - CREME VAGINAL - PREMARIN (60.2)	16	0
FENITOINA SÓDICA - 100MG - HIDANTAL (369.1)	83880	81680
FENOBARBITAL - 100MG - GARDENAL (370.1)	64650	62780
FENOBARBITAL - 40 MG/ML - GARDENAL (370.4)	100	159
FENOTEROL, BROMIDRAT - BEROTEC 20 ML (28.1)	1292	976
FINESTERIDA 5 MG	1620	2200
FLUCONAZOL - 150 MG (61.1)	23579	19524
FLUOXETINA - 20 MG (4.1)	369151	325206
FOSFATO SÓDIO+DIBÁSI - FR 16+6% 130ML (506.1)	14	0
FUROSEMIDA - 40 MG - LASIX (62.1)	196246	188582
FUROSEMIDA - INJETAVEL - LASIX (62.2)	242	177
GENTAMICINA - COLÍRIO	149	173
GLIBENCLAMIDA - 5 MG (64.1)	254800	274360
GLICOSAMINA + CONDROITINA	200	0
GLICOSAMINA 1,5 G SACHE	850	0
GLICOSE - 50 % 10 ML (65.2)	79	87
Guaco - miKANEIA GLOMERATA	2465	1505
HALOPERIDOL - 5MG - HALDOL (371.1)	55399	5426533
HALOPERIDOL - DECANOATO 70,52 50MG/ML INJ (371.2)	966	972
HALOPERIDOL - 5MG/ML - HALDOL INJ (371.3)	30	33
HALOPERIDOL - 1 mg (371.4)	3850	6480
HALOPERIDOL - 2 MG/ML GOTAS - HALDOL (371.5)	392	492
HIDROCLOROTIAZIDA - 25 MG (67.1)	908296	787766
HIDROCORTISONA - 100 MG INJ - SOLU-CORTEF (417.1)	174	114
HIDROCORTISONA - 500 MG INJ - SOLU-CORTEF (417.2)	165	181
HIDROXIDO DE ALUMINI - 60 MG / ML (68.1)	1752	1284
IBUPROFENO - 50 MG / ML GOTAS (69.2)	5085	3779
IBUPROFENO - 600 MG (69.3)	367861	255255
IMIPRAMINA - 25MG - TOFRANIL (372.1)	53790	48400
INSULINA NPH	5353	5316
INSULINA REGULAR	1371	1511
IPRATROPIO, BROMETO - ATROVENT 20ML (425.1)	1368	1062
IPRATROPIO BOMBA ASP - 20 mcg/dose (200 doses) (508.1)	249	389

ISOSSORBIDA, DINITRA - 10 MG - ISORDIL (70.2)	8230	3735
ISOSSORBIDA, DINITRA - 5 MG - ANGIL (70.1)	9302	7704
ISOSSORBIDA, MONONIT - 20 MG - MONOCORDIL (71.1)	70671	92990
IVERMECTINA 6 MG - 6 MG (401.1)	2729	2821
LACTULOSE - 667MG/ML (435.1)	3361	2868
LEVODOPA+BENZERAZIDA - 100+25MG (464.1)	135750	151200
LEVODOPA+CARBIDOPA - 250MG+25MG (413.1)	8310	3510
LEVOMEPROMAZINA - 100MG - NEOZINE (373.2)	32460	29250
LEVOMEPROMAZINA - 25MG - NEOZINE (373.1)	20030	25290
LEVONORGESTREL - 0,75mg CONTRACEPT EMERG (393.2)	23	26
LEVONORGESTREL - 1,5mg CONTRACEPT EMERG (393.2)	24	0
LEVONORGESTREL+ETINI - 0,15 MG+0,03 MG, CICLO 21 (72.1)	149093	117604
LEVOTIROXINA SODICA - 100 MCG (73.5)	202733	192450
LEVOTIROXINA SODICA - 25 MCG (73.1)	308073	264346
LEVOTIROXINA SODICA - 50 MCG (73.2)	373047	326082
LIDOCAINA, ANESTESIC - 2% C/ VASO INJ (213.3)	70	173
LIDOCAINA, ANESTESIC - 2% GEL (676.3)	1024	1077
LIDOCAINA, ANESTESIC - 2% S/ VASO INJ (213.1)	49	139
LORATADINA - 10 MG (75.1)	105314	127079
LORATADINA - XAROPE 1MG / ML (75.2)	2548	1947
1947LOSARTANA - 50MG (409.1)	1614855	1438182
MEBENDAZOL - SUSP ORAL 20MG 30ML (77.1)	1075	354
MEDROXIPROGESTERONA - 150 MG - CONTRACEP (394.1)	824	991
METFORMINA - 500 MG (78.1)	256868	213296
METFORMINA - 850 MG (78.2)	832328	886257
METILDOPA - 250 MG (79.1)	68450	52050
METILFENIDATO - 10MG - RITALINA (374.1)	25110	28200
METOCLOPRAMIDA - INJ 5MG/ML - PLASIL (80.1)	979	871
METOCLOPRAMIDA - 10 MG - PLASIL (80.2)	40025	41884
METOCLOPRAMIDA - 4MG/ML GOTAS - PLASIL (80.3)	1148	889
METOPROLOL - SUCCINATO 25MG - SELOZOK (509.4)	78919	38330
METOPROLOL - SUCCINATO, 50MG - SELOZOK (509.2)	222970	222205
METRONIDAZOL - 250 MG (81.1)	52766	52689
METRONIDAZOL - CREME VAGINAL (81.2)	1912	1662
METRONIDAZOL - SUSP ORAL 40 MG/ML (81.3)	276	134
MICONAZOL, NITRATO 2 - CREME DEMARTOLOGICO 28g (82.2)	1617	1006
MICONAZOL, NITRATO 2 - CREME VAGINAL 80g (82.1)	1529	1445
MORFINA 10 MG/ML	8	21
MORFINA 10 MG	3769	6570
1445NEOMICINA + BACITRAC - POMADA 10G (19.1)	3907	3745
NICOTINA 14MG/24H ADESIVO	484	492
NICOTINA 21MG/24H ADESIVO	475	469
NICOTINA 7MG/24H ADESIVO	240	317
NIFEDIPINO - 20 MG - ADALAT (84.1)	31970	31520
NIMESULIDA - 100 MG (85.1)	145015	162556
NISTATINA - CREME VAGINAL (25.1)	2160	2116

NISTATINA - SUSP ORAL (25.2)	755	702
NITROFURANTOINA - 100 MG - MACRODANTINA (27.1)	20731	21693
NORETISTERONA - 0,35MG - NORESTIN (29.1)	38582	30133
NORETISTERONA + ESTR - 1ML INJ - NOREGYNA (395.1)	1728	1821
OLEO MINERAL - 100ML (36.1)	2610	1996
OMEPRAZOL - 20MG (40.1)	1549828	1171263
OXCARBAZEPINA - 600MG - TRILEPTAL (376.1)	0	1080
OXCARBAZEPINA - SUSP 6% 60MG/ML - TRILEPTAL (376.2)	0	40
OXIBUTININA 5 MG - RETINIC	0	6195
PARACETAMOL - 750MG (42.1)	342562	132815
PARACETAMOL - SUSP ORAL 200MG/ML (42.2)	6251	5524
PARACETAMOL - 500 MG (42.3)	175276	229479
PAROXETINA - 20MG - PONDERA (377.1)	165758	131720
PENTOXIFILINA - 400 MG - TRENTAL (46.1)	119510	118420
PASSIFLORA 260 MG/CAP	47880	440
PAROXITINA 20 MG	165758	131720
PERMANGANATO DE POTASSIO - 100MG (47.1)	2737	1867
PERMETRINA - 1,00% LOÇÃO (48.1)	1212	1100
PERMETRINA 5% LOÇÃO CREMOSA	0	30
PIROXICAM - 20MG (51.1)	118867	58807
PREDNISOLONA - 1MG SOL ORAL (511.1)	862	972
PREDNISOLONA - 3MG SOL ORAL (511.2)	2368	2646
PREDNISONA - 20MG - METICORTEN (87.1)	51880	53451
PREDNISONA - 5 MG - METICORTEN (87.2)	46931	47438
PROMETAZINA - 25MG - FERNEGAN (88.1)	54989	57530
PROMETAZINA - 25MG/2 ML INJ - FERNEGAN (88.2)	208	239
PROPATILNITRATO 10 M - SUSTRATE (89.1)	147307	105338
PROPRANOLOL - 40MG (90.1)	143244	104985
RANITIDINA - 150MG - ANTAQ (91.2)	105266	80515
RANITIDINA - 25MG/ML INJ - ANTAQ (91.3)	161	120
RANITIDINA XAROPE	87	118
RETINOL + COLECALCIF - SOL ORAL - ADTIL (434.1)	2582	1355
RISPERIDONA - 1MG (323.1)	165300	197230
SAIS DE REIDRATAÇÃO - ORAL - SACHES (92.1)	5606	3785
SALBUTAMOL	1586	1923
SERETIDE - 50+250 (650.2)	204	116
SERETIDE - 50+500 (650.1)	75	41
SERTRALINA - 50MG (378.1)	292092	273870
SIMETICONA - COMP 40MG (55.1)	39910	23082
SIMETICONA - GOTAS (55.2)	2068	636
SINVASTATINA - 20 MG (331.2)	866974	732816
SINVASTATINA - 40 MG (331.3)	460582	368257
SULFADIAZINA 500 MG 900	900	2250
SULFADIAZINA DE PRATO - 1% 30G (512.1)	906	1025
SULFAMETOXAZOL + TRI - 400+80 MG COMP, BACTRIN (95.1)	30145	27834
SULFAMETOXAZOL + TRI - SUSP 50ML, BACTRIN (95.2)	1033	924
SULFATO FERROSO - 125 MG/ML GOTAS (96.2)	1188	708

SULFATO FERROSO - 40 MG (96.1)	219954	218704
TABLETE DE NICOTINA MASTIGAVEL	82	57
TAMIFLU 30 MG CAP	44	608
TAMIFLU 45 MG CAP	57	678
TAMIFLU 75 MG CAP	328	1255
TENOXICAM 20 MG INJETAVEL	31	18
TERBUTALINA - 0,5 MG/ML - BRICANYL (98.1)	5	19
TIAMAZOL-TAPAZOL 10 MGCOMP	6840	5110
TIAMINA 300MG	9230	9225
TIMOLOL 0,5 %	336	441
TIOTRÓPIO, BROMETO 2,5 MCG	395	33
TRAMADOL - 50MG 1 ML (379.1)	100	89
TRAMADOL - 50MG (379.2)	128876	139700
TRMETAZIDINA 35 MG	0	8400
UMECLIDINIO+VILANTEROL PO INALANTE	0	61
VALSARTANA - 80 MG (289.1)	1110	270
VALSARTANA - 160 MG (289.2)	12990	8880
VARFARINA - 5 MG - MAREVAN (100.1)	51902	33302
VENLAFAXINA - 75MG (380.1)	210030	201430
VERAPAMIL - 80 MG - DILACORON (101.1)	28280	35290
VITAMINA COMPLEXO B - COMPRIMIDO (102.1)	185038	204053

Fonte: Almoxarifado - SMS

3.9. Vigilância em saúde

O conceito de Vigilância em Saúde tem como pressuposto não só a vigilância de doenças transmissíveis, mas também, a prevenção e o controle de fatores de risco de doenças não transmissíveis e riscos ambientais. Neste sentido, torna-se imperiosa a integração destas ações em todos os níveis do Sistema Único de Saúde

Pode-se definir vigilância como sendo a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la.

A Vigilância em Saúde busca contemplar os princípios da integralidade e da atenção, combinando diversas tecnologias para intervir sobre a realidade da saúde.

Para tal, precisamos superar a visão isolada e fragmentada na formulação das políticas de saúde e na organização das ações e dos serviços, sendo fundamental proceder a análise dos problemas de saúde da população, incorporando o maior

conhecimento possível e integrando a área da assistência ao modelo epidemiológico adotado.

3.9.1. Vigilância epidemiológica

É um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Estratégias de prevenção e programas de controle específico de doenças requerem informações confiáveis sobre a situação dessas doenças ou seus antecedentes na população atendida. Sistemas de vigilância, portanto, são redes de pessoas e atividades que mantêm esse processo e podem funcionar em níveis locais e internacionais.

O objetivo principal é fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida.

E ainda, constitui-se importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas afins.

São funções da vigilância epidemiológica:

- Coleta de dados;
- Diagnóstico de casos
- Processamento de dados coletados;
- Análise e interpretação dos dados processados;
- Recomendação das medidas de controle indicadas;
- Retroalimentação do sistema.
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes.
- Normatização.

3.9.1. Vigilância sanitária

Entende-se, por vigilância sanitária, 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: 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.

As ações de Vigilância Sanitária caracterizam-se por procedimentos de orientação, cadastramento, inspeção, investigação, notificação, controle e monitoramento e educação, os quais demandam atividades como:

- Inspeção sanitária;
- Investigação sanitária de eventos;
- Monitoramento de produtos e outras situações de risco;
- Educação sanitária;
- Atendimento ao público;
- Coleta de amostras para análise de água e produtos de consumo humano.

3.9.2. Serviço de atenção especializada

O SAE é um serviço de saúde que realiza ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS, hepatite B e C, tuberculose e hanseníase.

Sua atribuição é prestar atenção integral, por meio de equipe multiprofissional, voltada ao atendimento ambulatorial, individual e coletivo, às pessoas com as doenças acima citadas.

3.10. Rede privada de saúde contratada

Na Constituição de 1988, a saúde ganhou uma seção específica na qual foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde passou a ser definida como um direito de todos e um dever do Estado, instituindo, assim, o princípio da universalidade no atendimento à saúde. Para cumprir esse princípio constitucional da universalidade,

foi facultado aos gestores do SUS lançar mão de serviços de saúde não estatais de forma complementar à oferta pública dos mesmos. A Constituição determinou que a participação de instituições privadas no Sistema deve seguir as diretrizes deste e ser mediada por contratos de direito público ou convênios.

Os gestores municipais devem estar munidos de informações suficientes e de instrumentos de regulação e de avaliação para realizar uma contratação adequada às necessidades de serviços de saúde de sua população.

A SMS Brusque, atualmente conta com 14 prestadores de serviços contratados, conforme apresentado na Tabela 57.

Tabela 57 – Prestadores de serviço contratados, Brusque, dez de 2017.

PRESTADOR	SERVIÇO CONTRATADO
APAE	EXAMES: COLETA DO TESTE DO PEZINHO E TESTE DA ORELHINHA.
CENTRO OFTALMOLÓGICO DE BRUSQUE	ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA: EXAMES, PROCEDIMENTOS, CONSULTAS E CIRURGIAS.
CITOLABOR	EXAMES CITOPATOLÓGICO
Leandro Max Weise	PROTESES DENTÁRIAS
CORPO DE BOMBEIROS	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA.
VITALAB	EXAMES ANATOMOPATOLÓGICO, CITOPATOLÓGICO.
LABORATÓRIO SALOMÉ	EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS.
LABORATÓRIO HOFFMANN	EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS.
LABORATÓRIO VERNER	EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS.
LABORATÓRIO HEINZ	EXAMES LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS.
NEFROCLÍNICA	PROCEDIMENTOS DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA.
REDE FEMININA	AÇÕES DE PREVENÇÃO AO CÂNCER-CERVICO UTERINO E DE MAMA.
CLÍNICA DE IMAGEM BRUSQUE	EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DENSITOMETRIA ÓSSEA
HOSPITAL ARQUIDIOCESANO - AZAMBUJA	PRONTO-SOCORRO, CONSULTAS, PROCEDIMENTOS, EXAMES E INTERNAÇÕES CLÍNICA E CIRÚRGICAS EM DIVERSAS ESPECIALIDADES.
ASSOCIAÇÃO HOSPITAL E MATERNIDADE DOM JOAQUIM	PRONTO ATENDIMENTO, CONSULTAS ESPECIALIZADAS, PROCEDIMENTOS, EXAMES E INTERNAÇÕES CLÍNICA E CIRÚRGICAS EM DIVERSAS ESPECIALIDADES.

Fonte: CNES /DATASUS/MS

4 . GESTÃO DA SAÚDE

4.1. Instrumentos de planejamento, regulação, controle e avaliação

O município utiliza os instrumentos de planejamento conforme a Portaria Ministerial nº 3332, de 28 de dezembro de 2006. Esse Plano Municipal de Saúde tem vigência 2018 – 2021 e tem seu detalhamento e acompanhamento pelas Programações Anuais de Saúde (PAS) e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG/SARGSUS). São utilizados também os demais instrumentos como Plano Diretor, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), obras e equipamentos e custeios e a Lei Orçamentária Anual (LOA), previsão de receitas e despesas do ano seguinte, bem como a implementação do COAP.

Além desses instrumentos formais são desenvolvidos processos de planejamento setoriais específicos para determinados programas de atenção à saúde. A descentralização das ações de planejamento deve atingir a base da rede de atenção à saúde. Já existe um avançado processo de construção da gestão local da saúde com a utilização de alguns dados desconcentrados com definição de prioridade e atuação diferenciadas de acordo com a realidade local. Os indicadores para avaliação do impacto das ações na saúde da população são os estabelecidos pelo Ministério da Saúde e são acompanhados pela equipe de gestão composta por diretores, coordenadores, e técnicos das respectivas áreas. O resultado dessas avaliações e propostas para intervenção compõe a programação anual de saúde correspondente.

Compete à Diretoria de Planejamento, Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, promover a avaliação, o controle sistematizados e a regulação em todos os níveis de atenção, incluindo a elaboração de fluxos de acesso, a avaliação da execução da atenção, a apuração da resolubilidade do sistema, a programação das ações assistenciais em todos os serviços ofertantes ao SUS em Brusque, o controle do teto financeiro do município, disponível para a área da assistência e as ações de auditoria quando as demais ações apontarem não conformidades.

Os serviços do SUS no município são submetidos às ações de auditoria, controle e avaliação de forma sistemática, realizada por equipe de médico, enfermeiro e profissionais técnico-administrativos, com objetivo de acompanhar os serviços prestados, a ocupação de leitos SUS, elaborar e monitorar a execução dos contratos, credenciamentos e habilitações, realizando a atualização do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, verificando o uso dos protocolos, bem como a utilização de rotinas técnicas, analisando a conformidade dos procedimentos realizados, e a qualidade da assistência prestada ao usuário do SUS.

As ações de auditoria analítica e operativa visam verificar as conformidades e não conformidades sobre os procedimentos ambulatoriais e hospitalares, analisando documentos médicos, hospitalares e dos sistemas de informações disponíveis pelo DATASUS/MS. As atividades de avaliação de estrutura física dos serviços e cumprimento das normas e rotinas técnicas são realizadas em parceria com a Vigilância Sanitária.

Esta gestão visa melhorar o acesso aos serviços avaliando e dimensionando a oferta da Rede Especializada (própria, privada, consórcio) e monitoramento da Rede Hospitalar quanto a oferta e demanda para identificar vazios assistenciais.

4.2. Financiamento

O financiamento para o Sistema Único de Saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios. O Fundo de Saúde está previsto na Constituição Federal Artigos 34, 35,156,160,167 e 198 e Emenda Constituição nº 29/2000. Para acompanhamento da gestão financeira foi criado pelo Ministério da Saúde o relatório do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS que demonstra a despesa por categoria (corrente e capital), o investimento dos três níveis de governo, União, Estado e Município na Saúde, o percentual do investimento do município de acordo com a EC95/2016 e os valores arcados anualmente.

A Portaria nº 3.992, de 28/12/2017 alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28/09/2017, que contemplava o conteúdo da portaria nº 204/2017 acerca do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde.

A nova normativa estabeleceu que a transferência dos recursos financeiros federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde na modalidade fundo a fundo, passará a ser realizada em apenas uma conta financeira. Além disso os recursos para investimento serão transferidos para uma só conta-corrente específica para investimentos.

Deste modo os municípios terão flexibilização no uso dos recursos em cada conta dos blocos de custeio e investimento durante todo o exercício, no entanto, deverão demonstrar ao final do exercício financeiro a vinculação dos recursos federais repassados, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União por meio do qual foram realizados os repasses.

O Bloco de Custeio das Ações de Serviços Públicos de Saúde contem os seguintes grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação, tais como: Atenção

Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde e Gestão do SUS.

O Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde relaciona os seguintes blocos de Atenção Básica, Atenção Especializada, Vigilância em Saúde, Gestão e desenvolvimento de tecnologia em Saúde no SUS e Gestão do SUS.

A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos municípios de saúde será feito por meio do Relatório de Gestão que deverá ser elaborado e submetido ao conselho de saúde e apresentado ao Ministério da Saúde. Essa portaria separa definitivamente, de forma inequívoca, o fluxo orçamentário do fluxo financeiro do fluxo financeiro.

A assistência farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde. O bloco de financiamento da assistência farmacêutica se organiza em sub-bloco básico, sub-bloco estratégico e sub-bloco de medicamentos de dispensação excepcional. O financiamento para a gestão, destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS. O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos: Regulação, controle, avaliação e auditoria, Planejamento e orçamento, Programação, Regionalização, Educação em saúde e Incentivo à implementação de políticas específicas. No município, o orçamento tem como previsão de receita e despesas conforme os resumos das tabelas que se seguem:

Tabela 58 – Receita orçada, Brusque, 2018

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRUSQUE	
RECEITA ORÇADA	
EXERCÍCIO DE 2018	
TÍTULOS	RECEITA
Receitas correntes	R\$ 37.094.512,16
Receita tributária	R\$ 1.179.448,64
Taxas	R\$ 1.179.448,64
Taxas pelo exercício do poder de polícia	R\$ 1.179.448,64
Serviços de Saúde - Vigilância Sanitária	R\$ 1.179.448,64
Transferências intergovernamentais	R\$ 35.915.063,52
Transferências da união	R\$ 33.820.725,52
SUS/União - PAB	R\$ 2.638.800,00
SUS/União - PSF	R\$ 1.992.960,00
CEO	R\$ 231.000,00

ACS	R\$ 2.202.408,00
NASF	R\$ 480.000,00
PSER\$	R\$ 30.000,00
Saúde Bucal	R\$ 481.680,00
PMAQ	R\$ 2.636.400,00
MAC	R\$ 19.877.943,44
DST/AIDS	R\$ 102.999,96
Vigilância Sanitária	R\$ 75.486,00
Rede Saúde Mental	R\$ 875.104,56
CAPS Infantil	R\$ 459.000,00
Vigilância Ep. e Ambiental	R\$ 342.669,39
Farmácia Básica	R\$ 550.000,00
Gestão do SUS	R\$ 20.000,00
Investimentos	R\$ 326.000,00
SAMU	R\$ 265.000,00
Transferências dos estados	R\$ 2.094.338,00
PSF	R\$ 752.400,00
CEO	R\$ 66.000,00
NASF	R\$ 72.000,00
MAC	R\$ 596.000,00
CAPS Infantil	R\$ 45.000,00
DST/AIDS	R\$ 78.000,00
Farmácia Básica	R\$ 484.938,00
Receitas de capital	R\$ 4.079.000,00
Transferências de capital	R\$ 4.079.000,00
Transferências intergovernamentais	R\$ 3.109.000,00
Transferências da união	R\$ 3.109.000,00
SUS/União - Investimentos	R\$ 3.109.000,00
Transferências de convênios	R\$ 970.000,00
Transferências Convênio da união e suas entidades	R\$ 210.000,00
Transferências de Convênios - União/Saúde	R\$ 233.274,17
Transferência de convênios dos estados/df e suas entidades	R\$ 0,00
Transferências de Convênios - Estado/Saúde	R\$ 0,00
TOTAL GERAL	R\$ 37.094.512,16

Fonte: SIOPS

Tabela 59 – Despesa orçada, Brusque, 2018

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE BRUSQUE	
DESPESA ORÇADA	
EXERCÍCIO DE 2018	
VÍNCULO	CRÉDITOS
Rec.de Impostos e de Transf. imp-saúde	R\$ 53.061.272,46
Serviços de Saúde - Vigilância Sanitária	R\$ 1.179.448,64
Transferências de Convênios - União/Saúde	R\$ 233.274,17
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - PAB	R\$ 2.638.800,00
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - PSF	R\$ 1.992.960,00

Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - CEO	R\$ 231.000,00
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - ACS	R\$ 2.202.408,00
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - NASF	R\$ 480.000,00
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - PSE	R\$ 30.000,00
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - Saúde Bucal	R\$ 481.680,00
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - PMAQ	R\$ 2.636.400,00
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - MAC	R\$ 19.877.943,44
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - DST/AIDS	R\$ 102.999,96
Transferência do Sistema Único de Saúde - SUS União - Rede Saúde Mental	R\$ 875.104,56
Transferência do Sistema Único de Saúde - SUS/União - Caps infanti	R\$ 459.000,00
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - Vigilância Sanitária	R\$ 75.486,00
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - Vig. Ep. e Ambiental	R\$ 342.669,39
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - Farmácia Básica	R\$ 550.000,00
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - Gestão do SUS	R\$ 20.000,00
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - Investimentos	R\$ 326.000,00
Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS/União - SAMU	R\$ 265.000,00
Transferências de Convênios - Estado/Saúde - PSF	R\$ 752.400,00
Transferências de Convênios - Estado/Saúde - CEO	R\$ 66.000,00
Transferências de Convênios - Estado/Saúde - NASF	R\$ 72.000,00
Transferências de Convênios - Estado/Saúde - MAC	R\$ 596.000,00
Transferências de Convênios - Estado/Saúde - CAPS Infantil	R\$ 45.000,00
Transferências de Convênios - Estado/Saúde - DST/AIDS	R\$ 78.000,00
Transferências de Convênios - Estado/Saúde - Farmácia Básica	R\$ 484.938,00
TOTAL GERAL	R\$ 90.155.784,62

FONTE : SIOPS

4.3. Participação popular e controle social

Um dos princípios e diretriz norteadores do SUS é a participação social ou da comunidade e o controle social em saúde, regulamentados pela Lei nº 8.142/90, destacando-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. Para que isto ocorra há necessidade das instancias gestoras do sistema de saúde, tenham a sociedade efetivamente participando e exercendo o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde.

Desde 1990, municípios e estados passaram a constituir os seus conselhos de saúde, um colegiado, composto por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade, sendo 50% delas representantes de usuários do SUS, 25% representantes do governo e 25% por representantes de prestadores de serviços. Dentro desta

perspectiva em Brusque através da Lei nº 1739 de 16/11/1992, criou e definiu as atribuições do Conselho Municipal de Saúde – COMUSA.

O COMUSA reúne-se mensalmente em reuniões ordinárias, tendo como responsabilidade discutir as questões de saúde no município, avaliar os gastos em saúde e a qualidade da assistência prestada. Para organização das pautas e outros encaminhamentos são realizadas reuniões prévias com a secretária administrativa, comissão executiva e a comissão de avaliação e acompanhamento do Fundo Municipal de Saúde. Além da estrutura oficial do Conselho Municipal de Saúde está em desenvolvimento o processo de participação popular com contribuições efetivas por meio dos conselhos locais de saúde.

4.4. Educação Permanente em Saúde

Educação Permanente em Saúde é uma prática de ensinar e aprender, que parte da realidade vivenciada no dia a dia dos serviços de saúde e têm como pressupostos as experiências anteriores dos atores envolvidos na Aprendizagem Significativa.

Constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha.

A EPS está centrada na valorização do trabalho como fonte de conhecimento, na articulação com a atenção à saúde, no enfoque multiprofissional e interdisciplinar, com estratégias de ensino contextualizadas, participativas e orientadas para a transformação das práticas profissionais.

A Política Municipal de Educação Permanente em Saúde e Humanização opera de forma articulada e integrada aos órgãos públicos municipais, instituições privadas, educativas e sociedade civil organizada, em sinergia com outras políticas educacionais e contribuindo para o fortalecimento da gestão municipal da saúde e do SUS.

As estratégias de ação da EPS integrando ensino, gestão, atenção e controle social, ocorrerão principalmente nos seguintes eixos:

I – SUS COMO ESCOLA (Integração Ensino - Serviço e comunidade)

Eixo das relações interinstitucionais e intersetoriais da saúde e educação, que promove a integração ensino – pesquisa – extensão – serviço – comunidade e que orienta as linhas de pesquisa em saúde no âmbito da SMS.

II – DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

É o eixo responsável por organizar, divulgar e monitorar o calendário anual de qualificação e formação profissional, criando e mantendo um banco de dados dos profissionais capacitados, ordenando a participação em eventos e formulando propostas e estratégias pedagógicas, conforme o PMEPSHU.

III – OBSERVATÓRIO EM SAÚDE

É o eixo responsável pela transparência e acesso às informações sobre EPS e humanização em desenvolvimento no município de Brusque, possibilitando o monitoramento e avaliação. Agrega informações estratégicas, como projetos, pesquisas, estudos e ações, disponibilizando dados a toda sociedade civil.

Percebe-se que o aspecto central da intervenção/ação no processo de trabalho deve ter como pressuposto a interação que se estabelece entre os atores e profissionais de saúde envolvidos e nas relações sociais e de trabalho que existem entre eles. Ou seja, as mudanças têm diferentes obstáculos, mas talvez o mais desafiador decorra das diferentes visões que os componentes das equipes de saúde tenham sobre o significado da mudança em si, os seus papéis enquanto agentes de transformação das práticas de saúde e as várias subjetividades e o conflito de interesses que se manifestam no processo de interação.

Desta forma é fundamental valorizar os conceitos inerentes ao Núcleo de Educação Permanente e Humanização, utilizando seu potencial como ferramenta que possibilite mudanças no processo de trabalho e na cultura das organizações. Ou seja, que a educação permanente em saúde, seja utilizada como proposta educativa de intervenção associada ao conjunto de propostas institucionais de mudança do modelo assistencial é fundamental para que a intervenção/ação tenha como foco os determinantes fundamentais das dificuldades do sistema de saúde.

tendo como proposta de trabalho as seguintes ações:

- Ampliar o processo de promoção de ações de educação permanente em saúde, com reforço na assessoria técnica e oficinas de planejamento local em saúde;
- Apoiar curso de formação de conselheiros e divulgar as ações em parceria com o Conselho Municipal de Saúde;
- Colaborar com as instituições de ensino na elaboração de mecanismos para valorização dos movimentos populares na formação dos profissionais de saúde;
- Promover trabalho permanente de articulação entre a secretaria de saúde e a secretaria de educação e secretarias afins;
- Criar espaços de articulação e pactuação entre ensino/serviço para estimular as mudanças curriculares nos cursos de nível médio e técnico em saúde, de acordo com o perfil profissional demandado pelo SUS.

Incentivar os talentos locais para mostrar o seu trabalho e participar da humanização dos serviços por meio da disseminação das experiências exitosas em realização de Capacitações Temáticas.

4.5. Informação em saúde

As informações estão sempre presentes nas nossas vidas e participam de diversas decisões do nosso cotidiano, buscando com respostas e informações capazes de subsidiar, com a menor incerteza as decisões sobre as ações a serem desenvolvidas e alcançar os objetivos definidos.

Um Sistema Municipal de Saúde é composto por vários elementos, unidades de saúde, ambulatorios de especialidades, hospitais, farmácias, prestadores de serviços outros, produzindo várias ações, conforme normativas próprias e para considerá-lo um sistema deve haver uma interligação e interação entre todos os atores envolvidos, para resultar em uma ação organizada, respondendo as necessidades de saúde de determinada população. Este processo de gerir o setor saúde exige tomada de decisão com muita responsabilidade e relevância social, então as informações de saúde apoiam na tomada de decisão, como um meio de diminuir o grau de incerteza sobre determinada situação de saúde, apoiando a tomada de decisões daqueles envolvidos no processo de gestão do setor saúde.

As ações de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde são implementadas tanto pelo acompanhamento de indicadores oficiais e pactos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, quanto por indicadores que acompanham a reorganização de processos de trabalho internos, priorizados no município.

A SMS conta com o Sistema GMUS, um software de gestão em saúde, desenvolvido em plataforma web e utilizado como ferramenta de trabalho e gerenciamento. Atualmente são utilizados os módulos de controle de estoque e farmácias, prontuário eletrônico, agendamento, vigilância sanitária, laboratório municipal, frota, transportes e benefícios.

5. DIRETRIZES e OBJETIVOS

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo a Gestão prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

É dever da gestão de garantir a saúde que consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

As diretrizes a serem executadas, tem como objetivo, conduzir a saúde mais perto da população, por meio da implementação das Redes de Atenção à Saúde, organizando-as em todo município, reduzindo o tempo de resposta ao atendimento das necessidades de saúde e aumentando a resolubilidade dos serviços prestados, garantindo o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

DIRETRIZ I: QUALIFICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE EXECUÇÃO DIRETA, COM GERAÇÃO DE GANHOS DE PRODUTIVIDADE E EFICIÊNCIA PARA O SUS.

Programa	Objetivos	Iniciativas ou Ações	Metas
Protocolo de Regulação (novo)	Padronizar ações do setor	Elaborar o regimento interno do serviço do controle e avaliação	2018:100%
Capacitação dos servidores do controle e avaliação e Auditoria (manutenção)	Capacitar os servidores do setor	Capacitar e garantir a Educação Permanente dos servidores do serviço do controle e avaliação	2018: 100% servidores capacitados
Monitorar as unidades próprias conforme metas pré estabelecidas (manutenção)	Garantir a informação e manutenção dos serviços prestados conforme metas estabelecidas	Recebimento da produção mensal das informações das ações realizadas.	2018: 100%
Diretriz regulamentar do Componente Municipal de Auditoria do SUS (manutenção)	Regulamentar a lei de criação pegar número	Elaborar o regulamento e regimento interno do componente municipal de auditoria do sus	2018: 100%
Auditar as demanda internas e externas recebidas dos serviço de controle e avaliação (manutenção)	Averiguar a veracidade das demandas.	Executar os processos de auditoria de acordo com a demanda recebida	2018: 100%

DIRETRIZ II: QUALIFICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE EXECUÇÃO DIRETA, COM GERAÇÃO DE GANHOS DE PRODUTIVIDADE E EFICIÊNCIA PARA O SUS.

Programa	Objetivos	Iniciativas ou Ações	Metas
Diretriz regulamentar do Componente Municipal de Auditoria do SUS	Regulamentar a lei de criação pegar número	Elaborar o regulamento e regimento interno do componente municipal de auditoria do sus	2018: 100% 2019: 100% 2020: 100% 2021: 100%
Transparência aos usuários	Informatização da fila única com transparência aos usuários	Disponibilizar ferramenta na internet para que o usuário acompanhe o andamento de seu atendimento.	2018 à 2020

DIRETRIZ III: QUALIFICAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE EXECUÇÃO DIRETA, COM GERAÇÃO DE GANHOS DE PRODUTIVIDADE E EFICIÊNCIA PARA O SUS.

Programa	Objetivos	Iniciativas ou Ações	Metas
Adequação do PPI	Adequar as ofertas de serviço dos municípios de referência conforme serviços disponíveis no município sede (Brusque).	Avaliação de metas e indicadores mensais.	2018 – 12 encontros 2019- 12 encontros 2020- 12 encontros 2021- 12 encontros
Transparência aos usuários	Informatização da fila única com transparência aos usuários	Disponibilizar ferramenta na internet para que o usuário acompanhe o andamento de seu atendimento.	2018 à 2020

Capacitação dos profissionais envolvidos nos processos de trabalho TFD e SISREG	Facilitar e agilizar os processos	Capacitação dos profissionais envolvidos nos processos de trabalho TFD e SISREG	2018- 100% 2019- Manter 2020- Manter 2021- Manter
Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção a saúde do SUS	Garantir cirurgias eletivas (mutirão) aos usuários do SUS.	Ampliar a realização de cirurgias através de Recurso MAC ou próprio.	2018 – Ampliar em 2% 2019- Manter 2020- Manter 2021- Manter
Recurso Próprio Cirurgias	Garantir Cirurgias aos usuários do SUS		2018- 2019- 2020- 2021-

DIRETRIZ IV : GARANTIR A INFORMATIZAÇÃO E A MODERNIZAÇÃO NO ATENDIMENTO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Programa	Objetivos	Iniciativas ou Ações	Metas
Informatização da Saúde	Informatizar e modernizar o atendimento na rede municipal de saúde	Manter a locação e o funcionamento do software de gestão municipal de saúde	Unidade Medida: Percentual 2018 – 100% 2019 - 100% 2020 – 100% 2021 – 100%

Telefonia Fixa	Manter o serviço de telefonia fixa da secretaria municipal de saúde	Realizar novo processo licitatório pra contratação de linhas telefônicas	Unidade Medida: Percentual 2018 – 100% 2019 - 100% 2020 – 100% 2021 – 100%
Prontuário Eletrônico	Implantar o módulo de prontuário eletrônico em toda a rede municipal de saúde	Implantar o módulo de prontuário eletrônico em toda a rede municipal de saúde	Unidade Medida: Percentual 2018 – 100% 2019 - 100% 2020 – 100% 2021 – 100%
Mobilidade ACS	Modernizar o processo de trabalho e coleta de dados dos agentes comunitários de saúde	Implantar o sistema de informação móvel para os agentes comunitários de saúde	Unidade Medida: Percentual 2018 – 50,00% 2019 – 100,00% 2020 – 100,00% 2021 – 100,00%
Modernização do Parque de Informática	Manter o funcionamento da infraestrutura de hardware da rede municipal de saúde	Adquirir novos equipamentos para substituição dos equipamentos obsoletos	Unidade Medida: Unidade 2018 – 40 2019 – 40 2020 – 30 2021 – 20
Capacitação dos Profissionais da Saúde	Capacitar os profissionais, a fim de torná-los aptos para a utilização dos sistemas	Realizar qualificações, capacitações, certificações e nivelamento	Unidade Medida: Percentual 2018 – 100% 2019 - 100% 2020 – 100% 2021 – 100%
Aplicativo Móvel	Desenvolver um aplicativo móvel	Disponibilizar através de aplicativo móvel serviços da secretaria de saúde	Unidade Medida: Percentual 2018 – 100% 2019 - 100% 2020 – 100% 2021 – 100%

Internet	Manter o serviço de acesso a internet da secretaria municipal de saúde	Realizar novo processo licitatório pra contratação de links de internet assimétricos	Unidade Medida: Percentual 2018 – 100% 2019 - 100% 2020 – 100% 2021 – 100%
Locação de Impressoras	Manter, melhorar e ampliar o serviço de outsourcing de impressão	Realizar novo processo licitatório pra contratação de fornecedor	Unidade Medida: Percentual 2018 – 100% 2019 - 100% 2020 – 100% 2021 – 100%

DIRETRIZ V: IMPLANTAR AÇÕES DE ESTRUTURAÇÃO E FORTALECIMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Programa	Objetivos	Iniciativas ou Ações	Metas
NEPSHU	- Oficializar a criação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização por meio de decreto municipal; Descrever sua composição e atribuições; Responsabilizar pela elaboração das políticas públicas municipais na Educação Permanente em Saúde e Humanização.	Fortalecer a articulação com a gestão, trabalhadores, usuários, assistência social, educação, e diversas instituições conveniadas, bem como ampliar parceria com outras instituições de ensino e COMUSA.	2018 – 100%
SUS COMO ESCOLA: Integração Ensino, Serviço e Sociedade	- Padronizar as relações inter e intra institucionais da saúde e educação, que promove a integração ensino pesquisa extensão serviço e comunidade e orienta as linhas de pesquisa em saúde no âmbito da SMS; - Instituir a padronização dos estágios, residências multiprofissionais, médicas e afins na SMS; - Formalizar a instrução normativa sobre todas as capacitações, formações e demais cursos na SMS; - Realizar diagnóstico qualificado da rede municipal.	- Elaborar documentos que padronizam os contratos/convênios de estágios, residências e afins na SMS e após formalizar esses, documentos junto a procuradoria e câmara de vereadores; - Elaborar instrução normativa sobre capacitações, formações e demais cursos na SMS e formalizar documento junto a procuradoria e RH geral; - Criar e implementar o fluxo com a gestão e o Rh geral; - Realizar diagnóstico da situação de saúde da população de Brusque.	2018 – 50% 2019 – 50%

		Readequar a delimitação das áreas e microáreas. Criar o grupo de trabalho e cronograma de execução.	
Desenvolvimento profissional	Instituir Protocolos Clínicos e Fluxogramas (Cadernos MS)	- Elaborar cronograma de prioridades de implantação dos mesmos; - Adequar a realidade local, aprovar, capacitar e monitorar a aplicação dos protocolos; - Estabelecer fluxos claros, objetivos e efetivo.	2018 – 100%
Qualificação profissional	Mediar as capacitações descritas no PAS 2017 SMS:	Territorialização; Tabagismo: AB, CAPS AD e II; SISVAN, SISPRENATAL, SISCOLO E SIS-MAMA, E-SUS, PSE, Bolsa Família e demais sistemas de informação; Fitoterápico na AB (PICs); TELESSAÚDE/TELEMEDICINA; Notificações na Rede; Tuberculose; HIV, sífilis e hepatites; Gestão de insumos e medicamentos; Manejo das doenças crônicas não transmissíveis; Acolhimento e classificação de risco na AB (oficina); Saúde do trabalhador; Curso introdutório ESF; Ostomizados: mapear, acompanhar e capacitar a rede;	2018 – 100%
Formação do NEPSHU e Gestão	- Capacitar os integrantes do Núcleo sobre Educação Permanente em Saúde e Humanização	- Organizar cronograma de formação UNIVALI e SMS Brusque.	2018 – 100%
Observatório em saúde: transparência e monitoramento	- Integrar a rede;	- Integrar novos servidores;	2018 – 100%

		- Apresentação dos serviços aos servidores que estão na rede;	
Programas em capacitação	- Divulgar capacitações, eventos, campanhas e outros para todos os serviços e população em geral.	- Elaborar cronograma de todos eventos, formações, capacitações dos serviços SMS; - Elaboração do boletim Informativo mensalmente e disponibilizar em e-mail e demais meios de comunicação. - Elaborar vídeos de curta duração (forma simplificada) com as rotinas e fluxos dos serviços da rede e disponibilizar nos locais de acesso direto dos usuários. - Divulgar por meios de comunicação campanhas e materiais educativos sobre o funcionamento da rede de saúde.	2018 – 100%
Valorização do trabalhador	Implantar Banco de Competências na SMS	Elaborar banco de dados dos profissionais da SMS.	2018 – 100%

DIRETRIZ VI : GARANTIA DO ACESSO DA POPULAÇÃO A SERVIÇOS DE QUALIDADE, COM EQUIDADE

E EM TEMPO ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE, MEDIANTE APRIMORAMENTO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA.

Programa	Objetivos	Iniciativas ou ações	Metas
Ampliar a rede física da atenção básica em saúde	Construir unidade básica de saúde Ema II (Investimento)	Acompanhar o desenvolvimento das obras conforme licitado.	2018: 100% início obra 2019: 100% concluída
	Concluir as unidades básicas de saúde Zantão, Limeira alta , Rio Branco, São Pedro; (Investimento)		
	Reformar o espaço que acolherá a unidade básica de saúde Santa Luzia (Investimento)	Acompanhar o desenvolvimento das obras conforme licitado.	2019: 100% início da obra 2020: 100% concluída
	Transferir a Unidade básica central para outra estrutura da secretaria de saúde.	Definir novo local dentro de estrutura própria da secretaria.	2019: 100% concluída

	Concluir o pólo da academia da saúde Santa Luzia;	Acompanhar o desenvolvimento da obra conforme licitado.	2018: 100% concluída 2019: 100% manutenção 2020: 100% manutenção 2021: 100% manutenção
	Ampliar o pólo da academia da saúde Santa Terezinha;	Solicitar junto ao ministério da saúde alteração da modalidade do pólo existente para avançado. Solicitar ao ministério da saúde recurso para a ampliação do espaço. Acompanhar o desenvolvimento da obra conforme licitado	2018: 100% concluída 2019: 100% manutenção 2020: 100% manutenção 2021: 100% manutenção
	Reformar/instrumentalizar as academias para todas as idades (ATI).	Acompanhar o desenvolvimento das obras conforme licitado.	2018: reforma e compra dos equipamentos 2019: manutenção 2020: manutenção 2021: manutenção
Fortalecer as ações, estratégias e programas da atenção básica	Efetivar a atenção básica como ordenadora do cuidado;	Manter o grupo de trabalho condutor;	2018: efetivar 2019: manutenção 2020: manutenção 2021: manutenção
		Implementar o plano de gestão da direção de atenção básica;	2018: efetivar 2019: manutenção 2020: manutenção 2021: manutenção
		Aderir ao programa de residência de medicina de família e comunidade;	2018: 100% efetivada 2019: 100% manutenção 2020: 100% manutenção

			2021: 100% manutenção
		Desenvolver em conjunto com o nepshu programas de treinamento/desenvolvimento visando a qualificação das equipes;	2018: 100% efetivada 2019: 100% manutenção 2020: 100% manutenção 2021: 100% manutenção
		Implantar os protocolos/fluxos de sistematização dos processos de trabalho;	2018: efetivar 2019: manutenção 2020: manutenção 2021: manutenção
	Ampliar a cobertura da estratégia de saúde da família;	Realizar remapeamento dos territórios e da população adscrita de atendimento das unidade básica de saúde;	2018: efetivar 2019: manutenção 2020: manutenção 2021: manutenção
		Cobrir 47% das microáreas descobertas com agentes comunitários de saúde;	2018: 22,19% 2019: 24,33% 2020: 25,93% 2021: 27,54%
		Implantar novas equipes de estratégias de saúde da família conforme portaria vigente (portaria 2488 de 2012, ms), considerando levantamento epidemiológico e território;	2018: 100% implantação 2019: 100% implantação 2020: 100% implantação 2021: 100% efetivado
		Implantar 5 equipes ESF	

		(manter 30 equipes existentes	<p>PA: 2271</p> <p>2018: 22,56%</p> <p>2019: 24,11%</p> <p>2020: 25,77%</p> <p>2021: 27,55%</p>
		Ampliar número de equipes de NASF modalidade 1, conforme portaria vigente e considerando levantamento epidemiológico;	<p>PA: 2271</p> <p>2018: 22,56%</p> <p>2019: 24,11%</p> <p>2020: 25,77%</p> <p>2021: 27,55%</p>
Fortalecer os programas e sistemas de informação da atenção básica	Consolidar os programas inseridos na estratégia de saúde da família (Sisvan, Sis prenatal, Siscole e Sismama, PSE, Bolsa Família entre outros);	Qualificar os registros em todos os sistemas de informação da atenção básica;	<p>2018: 100% efetivada</p> <p>2019: 100% manutenção</p> <p>2020: 100% manutenção</p> <p>2021: 100% manutenção</p>
		Implantar protocolos de atendimentos na atenção básica.	<p>2018: 100% efetivada</p> <p>2019: 100% manutenção</p> <p>2020: 100% manutenção</p> <p>2021: 100% manutenção</p>

		Garantir registro de produção no E-SUS de 100% das ações das equipes;	2018: 100% efetivada 2019: 100% manutenção 2020: 100% manutenção 2021: 100% manutenção
		Sustentar a utilização do prontuário eletrônico por 100% das equipes;	2018: 100%
		Informatizar o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde;	2018: 100%
Programa saúde na escola (PSE)	Implementar ações do programa saúde na escola	Ampliar a equipe responsável pelo programa na saúde; Realizar junto aos NASF, matriciamento com os atores da educação; Retomar os encontros do GTI-m para decisões quanto pactuações; Elencar os articuladores nos serviços de saúde e educação; Capacitar os articuladores para o desenvolvimento das atividades referentes ao programa; Realizar encontros municipais regulares entre os articuladores; Fortalecer a articulação e comunicação entre os setores sociais, com vistas a garantir a educação e saúde integral dos educandos;	2018: 23,63% 2019: 24,49% 2020: 25,41% 2021: 26,47%

		<p>Realizar ações de educação em saúde no âmbito escolar, visando a promoção de saúde e prevenção de doenças;</p> <p>Implementar projeto local PSE;</p> <p>Realizar capacitações referentes aos sistemas de monitoramento do PSE (E-SUS);</p> <p>Participar dos conselhos municipais referentes à saúde da criança e adolescente;</p> <p>Efetivar ações que promovam a participação das famílias no processo de educação e saúde dos educandos;</p>	
Política nacional de práticas integrativas e complementares	Implementar ações da política das práticas integrativas e complementares na atenção básica	<p>I</p> <p>Incluir ações de qualificação profissional para o desenvolvimento de práticas integrativas e complementares na atenção básica;</p> <p>Incorporar e implementar as práticas integrativas e complementares na atenção básica, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde (homeopatia, plantas medicinais e fitoterápicos) entre outros.</p>	<p>2018: 100% efetivada</p> <p>2019: 100% manutenção</p> <p>2020: 100% manutenção</p> <p>2021: 100% manutenção</p>

DIRETRIZ VII: GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SUS

Programa	Objetivos	Iniciativas ou ações	Metas
----------	-----------	----------------------	-------

Assistência Farmacêutica	Implementar a gestão da Assistência Farmacêutica.	Inserir a Assistência Farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde;	(2018 – 2021) Assistência farmacêutica inserida no organograma da SMS.
		Criar e Instituir a Comissão de Farmácia e Terapêutica;	(2018 – 2021) Grupo de trabalho Farmácia e Terapêutica implementada e atuante.
	Qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica por meio do monitoramento de indicadores que determinem a eficiência do serviço	Garantir o custeio dos Serviços de Assistência Farmacêutica.	(2018 – 2021) Garantir o funcionamento dos serviços de Assistência Farmacêutica
		Estabelecer indicadores de avaliação da Assistência Farmacêutica (gráficos, relatórios, planilhas, dentre outros.)	(2018 – 2021) Definir processo de avaliação que aponte para resultados na área da saúde.
		Elaborar e validar POPs;	(2018 – 2021) 70% de POPs elaborados
	Revisar, atualizar e publicar a REMUME de acordo com as necessidades população;	Realizar reuniões com multiprofissionais da saúde para avaliar as solicitações de inclusão/exclusão de medicamentos da REMUME	(2018 – 2021) Publicar a REMUME 2018
	Qualificar os processos de trabalho desenvolvidos no âmbito do ciclo da Assistência Farmacêutica para garantir acesso e uso racional dos medicamentos da REMUME.	Realizar palestras de conscientização quanto à prescrição dos medicamentos da REMUME e quanto às normas de prescrição.	(2018 – 2021) Realizar uma palestra anual.
		Rever, publicar normas e capacitar os recursos humanos em todas as etapas da Assistência Farmacêutica.	(2018 – 2021) Rever Manual da Assistência Farmacêutica e realizar uma capacitação anualmente.
		Definir prazos e fluxos de aquisição de medicamentos conjuntamente com a Gerência de Compras.	(2018 – 2021) 95% dos medicamentos da REMUME adquiridos através da modalidade de licitação pregão
		Definir cronograma de entrega e os recursos necessários para seu cumprimento.	(2018 – 2021) 100% dos medicamentos distribuídos pelo almoxarifado central de acordo com o cronograma de entrega.

		Monitorar a aquisição de medicamentos para atender ao consume médio mensal.	(2018 – 2021) 100% dos medicamentos da REMUME distribuídos às farmácias das Unidades.
	Garantir a aquisição regular dos medicamentos da REMUME.	Viabilizar a aquisição dos medicamentos em tempo adequado para atender ao consumo médio mensal e manter os estoques para regularidade do atendimento.	(2018 – 2021) 100% dos medicamentos da REMUME adquiridos em tempo adequado para atender ao consumo médio mensal.
	Adequar e manter as áreas de armazenamento e distribuição/dispensação de medicamentos do almoxarifado, da farmácia básica municipal e das Unidades de saúde da Atenção Básica e Especializada.	Prover equipamentos, estrutura física e outros recursos necessários a manutenção da estabilidade dos medicamentos.	(2018 – 2021) Almoxarifado, farmácia básica municipal e 50% das farmácias das Unidades equipadas e estruturadas de acordo com as boas práticas de armazenamento de medicamentos

DIRETRIZ: VIII GARANTIR ACESSO AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS COM QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE

Programa	Objetivos	Iniciativas ou Ações	Metas
Oferta de consultas médicas especializadas (manutenção)	Aumentar cobertura nas demandas médicas mais represadas além de ampliar serviços em especialidades inexistentes.	Realizar processo seletivo para: Contratar Médico Ginecologista 20 hrs Contratar Médico Endocrinologista 40hs Contratar Médico Psiquiatra 40 hrs Contratar Médico Neuropediatra 20hrs Contratar Médico Cirurgião Vascular 40 hrs	2018- 100%
Protocolos Clínicos Assistenciais (novo)	Reorganizar e sistematizar o processo de trabalho com o intuito de padronizar o cuidado, diminuir encaminhamentos	Discutir com os especialistas e equipe multiprofissional todos os protocolos	Pré natal Saúde da mulher Puericultura Cardiologia

	através de uma conduta qualificada dos profissionais de saúde.	assistências das especialidades da policlínica	Endocrinologia Reumatologia Saúde mental Neurologia Urologia Otorrinolaringologia Gastroenterologia Nefrologia 2018-80% 2019-20%
Rede de Apoio as pessoas com deficiência (novo)	Fortalecer articulação com as áreas da Saúde e Assistência Social para desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta.	Oficializar a criação do grupo por meio de decreto; Descrever sua composição e atribuições; Responsabilizar o grupo pelas políticas públicas das pessoas com deficiência.	100% até dez/2019
Manter Grupo de Apoio as Mulheres com Câncer (Polivalentes) (manutenção)	Proporcionar apoio e multiplicar a troca de experiências as mulheres portadoras e recuperadas com câncer	Realizar encontros mensais contendo informações que desmistificam os tipos de câncer proporcionando apoio para as usuárias e seus familiares	Mensal até 2020
Grupo de Apoio as Pessoas Ostomizadas (manutenção)	Proporcionar encontros para explicar os cuidados e multiplicar a troca de experiências as pessoas portadoras de ostomias.	Realizar encontros mensais contendo informações sobre os direitos dos ostomizados além do apoio psicológico necessário.	Mensal até 2020

DIRETRIZ IX : IMPLANTAR AÇÕES DE REESTRUTURAÇÃO E FORTALECIMENTO DA REDE DE SAÚDE MENTAL

Programa	Objetivos	Iniciativas ou Ações	Metas
CAPSad III	Alterar a habilitação do CAPSad para o CAPSad III	Aumentar a capacidade e qualidade do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas em razão do aumento da população; Ampliar a atenção 24 horas para os usuários de álcool e outras drogas dos municípios de Brusque, Botuverá e Guabiruba disponibilizando leitos para desintoxicação.	2018 – 70% 2019 – 80% 2020 – 90% 2021 – 100%
Unidade de Acolhimento	Implantar a Unidade de Acolhimento junto ao CAPSad III	Aumentar maior capacidade de atenção e resolutividade aos dependentes químicos.	2018 – 80% 2019 – 100% 2020 – 100% 2021 – 100%
(CIDESOL) Cidadania à Dignidade – economia solidaria	- desenvolver cidadania aos participantes do CAPS, com inserção social e possibilitando dignidade aos que precisam; - possibilitar aos necessitados respeito e valorização através dos reintegrados a sociedade	Produzir um número suficientes de fraldas descartáveis para suprir demanda no município dos menos favorecidos, resgatando dignidade; Desenvolver a consciência no trabalho com materiais polietilenos sem consequências nocivas ao homem e meio ambiente; Valorizar a terapêutica, reabilitação com foco na boa ação ao ser humano.	2018 – 80% 2019 – 90% 2020 – 100% 2021 – 100%
Grupo Condutor em saúde mental municipal	- Oficializar a criação do grupo Condutor por meio de decreto municipal; - Descrever sua composição e atribuições; - Responsabilizar pela elaboração das políticas públicas municipais em saúde mental	Fortalecer a articulação com as áreas: previdência social, educação, esporte, cultura, lazer, habitação, judiciário, PROERD, COMAD, no que se refere a pessoas com transtornos mentais.	2018 – 100% 2019 – 100% 2020 – 100% 2021 – 100%

Janeiro Branco	- dedicar o mês de janeiro aos cuidados com a saúde mental	Promover ao longo do mês palestras, bate-papos, caminhadas, rodas de conversa e diversas atividades para mostrar a importância de cuidar da mente. Quem cuida da mente cuida da vida.	2018 – 100% 2019 – 100% 2020 – 100% 2021 – 100%
Projeto de Saúde Mental no Território	Mapear as áreas de maior vulnerabilidade em saúde mental	Identificar as áreas de maior vulnerabilidade, subsidiando a implantação de políticas públicas em saúde mental e as ações de prevenção e promoção nas populações vulneráveis.	2018 – 10% 2019 – 30% 2020 – 80% 2021 – 100%
Prevenção em Saúde Mental	Promover campanhas preventivas em saúde mental	Subsidiar a implantação de políticas públicas em saúde mental e as ações de prevenção e promoção nas populações vulneráveis; Intensificar as ações de prevenção e promoção da saúde mental em relação a álcool e outras drogas para usuários sem quebra de vínculo familiar. Instituir o mês de maio para luta antimanicomial e junho combate as drogas; Realizar campanha de mídia para esclarecimento e orientação da população em relação a doença mental, reduzindo preconceitos e estigmas associados aos portadores de transtornos mentais	2018 – 20% 2019 – 50% 2020 – 80% 2021 – 100%
Matriciamento em Saúde Mental	Matriciar permanentemente as unidades básicas de saúde em saúde mental	Definir e promover o apoio matricial como estratégia com a finalidade de interagir e orientar as equipes de atenção básica em seu território, capacitando as UBS e demais setores que possam auxiliar no enfrentamento	2018 – 20% 2019 – 50% 2020 – 80%

		da doença mental e a dependência de álcool e outras drogas.	2021 – 100%
Supervisão Clínico Institucional	Instituir o calendário para realização de supervisão clínico institucional	Disponibilizar profissional especializado que semestralmente realizará supervisão dos CAPS (II, I, e AD além da UA), conforme instrução normativa do MS, promovendo a formação permanente, com finalidade educativa de sustentar a responsabilidade compartilhada da equipe.	2018 – 100% 2019 – 100% 2020 – 100% 2021 – 100%
Serviço de Avaliação em Saúde Mental	Zelar pela qualidade de vida e bem-estar mental dos funcionários da saúde.	Disponibilizar avaliação e acompanhamento em saúde mental aos funcionários da saúde; Diminuir desconforto dos profissionais no ambiente de trabalho; Diminuir atestados, dispensas e consultas rotineiras em horário de trabalho; Diminuir indicativos de doenças do trabalho como estresse, enxaqueca, agressividade, gastro intestinal, baixa imunidade, doenças do sono...	2018 – 100% 2019 – 100% 2020 – 100% 2021 – 100%

DIRETRIZ X: IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL

Programa	Objetivos	Iniciativas ou Ações	Metas
Ações em Saúde Bucal (novo)	Ampliar o número de equipes básicas de Saúde Bucal nas UBS Ema II, Zantão, Limeira Alta, e Rio Branco	Contratar recursos humanos necessários;	2018 -100%

		Adquirir mobiliário e equipamentos, inclusive de informática.	
Equipe de saúde bucal. (novo)	Ampliar Equipe de Saúde Bucal na Unidade de Saúde do ESF Azambuja	Contratar recursos humanos necessários; Adquirir mobiliário e equipamentos, inclusive de informática	2018 -100%
Escovação Supervisionada (manutenção)	Ampliar a atividade de Escovação Supervisionada com distribuição dos kits de saúde bucal.	Realizar a escovação supervisionada para todos os alunos até 11 anos (3 a 4 vezes ao ano) em parceria com o PSE; Distribuir kits e escovas dentais avulsas.	2018- 50% 2019 – 50%
Levantamento Epidemiológico (manutenção)	Realizar levantamento epidemiológico da cárie dental.	Realizar levantamento epidemiológica da cárie dental em alunos da rede municipal, estadual e particular com até 12 anos.	2018- 50% 2019- 50%
Programa Atenção Recém-nascido	Manter programa de atenção especializada em odontológica ao RN do município	Garantir consulta especializada para avaliação e teste da linguinha no RN.	Manter até 2021
Programa Prótese para Idoso	Manter a oferta prótese ao idoso.	Garantir prótese ao idoso.	Manter até 2021
Volte à Sorrir (novo)	Reabilitação de pacientes com próteses sobre implantes ósseo-Integrados.	Realizar triagem para pacientes aptos a receber implantes. Instalar implantes e próteses sobre implantes.	01/2019 50% 01/2020 50%

DIRETRIZ XI: IMPLANTAR AÇÕES DE ESTRUTURAÇÃO E FORTALECIMENTO DA REDE MATERNO INFANTIL

Programa	Objetivos	Iniciativas ou Ações	Metas
----------	-----------	----------------------	-------

Coordenação Materno Infantil. (novo)	Articular e fortalecer com a rede todas as ações que envolve a Área Materno Infantil.	Envolver todos os atores no planejamento, execução e avaliação das ações propostas. Ampliar a equipe de acordo com a implantação dos programas e ações.	Elencar estratégias para garantir acesso aos serviços com qualidade e resolutividade do atendimento.
Grupo Condutor de Saúde Materno Infantil Municipal. (novo)	Oficializar a criação do Grupo Condutor por meio de decreto municipal; Descrever sua composição e atribuições; Responsabilizar pela elaboração das políticas públicas municipais na Saúde Materno Infantil;	Fortalecer a articulação com as áreas: assistência social, educação, previdência social, esporte, cultura, lazer, habitação, judiciário, CMDCA no que se refere a mulheres e crianças.	2018 – 100%
Projeto de Saúde Materno Infantil no Território. (novo)	Mapear as áreas de maior vulnerabilidade na saúde materno infantil.	Identificar as áreas de maior vulnerabilidade, subsidiando a implantação de políticas públicas em saúde materno infantil e as ações de prevenção e promoção nessas populações	2018 – 100%
Ações de prevenção em Saúde Materno Infantil. (manutenção)	Promover campanhas preventivas em saúde materno infantil.	Subsidiar a implantação de políticas públicas municipais na Saúde Materno Infantil. Realizar ações de prevenção e promoção em parceria com os diversos setores e serviços da rede. Instituir e programar ações no município nos meses de março em comemoração ao dia Internacional da Mulher, mês de maio em comemoração ao dia Internacional de Doação do Leite Humano, mês de agosto em comemoração a Semana Mundial da Amamentação e mês de outubro em comemoração a Prevenção do Câncer de Mama. Realizar campanhas educativas de mídia para esclarecimento e orientação	2018 – 100%

		<p>da população em relação as principais doenças materno infantil.</p> <p>Realizar mutirões e busca ativa de mulheres em idade recomendada para realização de citopatológico e mamografia em parceria com a rede.</p>	
Matriciamento em Saúde Materno Infantil (manutenção)	Matriciar permanentemente as Unidades Básicas de Saúde em Saúde Materno Infantil	<p>Definir e promover o apoio matricial como estratégia com a finalidade de interagir e orientar as equipes de Atenção Básica em seu território, capacitando as UBS e demais setores para que possam qualificar os atendimentos visando a resolutividade das demandas levantadas.</p> <p>Sistematizar o processo de trabalho buscando a padronização e qualificação nos atendimentos. Manter atualizado os protocolos da área materno infantil.(saúde da mulher, pré-natal, saúde da criança, planejamento familiar em outros)</p>	2018 –100%
PRIMEIRO ABRAÇO (novo)	Implantar o Programa PRIMEIRO ABRAÇO em Brusque.	Acolher de maneira qualificada e integral todas as crianças do município desde o nascimento até um ano de vida.	2018 – 100%
SAVS BRUSQUE (novo)	Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual.	Implantar no município o serviço de referência ao atendimento as vítimas de todas violências em especial as sexuais.	<p>2018 – 25%</p> <p>2019 – 50%</p> <p>2020 – 75%</p> <p>2021 – 100%</p>

DIRETRIZ XII: APRIMORAR A REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS COM EXPANSÃO SAMU E CONSTRUÇÃO DA UPA

Programa	Objetivos	Iniciativas ou Ações	Metas
Grupo condutor Rede de Urgência e Emergência (RUE)- (novo)	Oficializar a criação do grupo por decreto municipal.	Fortalecer ações na RUE, EAB, Hospitais, UPA, SAMU.	2018- 100%
Manutenção do Samu (manutenção)	Atendimento básico em urgência e emergência	Garantir atendimento de urgência e emergência para a população.	2018- 100%

DIRETRIZ XIII: REDUÇÃO DOS RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO, POR MEIO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

Programa	Objetivos	Iniciativas ou Ações	Metas
Garantir o Custeio dos serviços de Vigilância Epidemiológica em todos os seus eixos e Programas (manutenção)	Garantir ações de prevenção, educação, investigação e de manejo rápido e/ou ações previsíveis a curto prazo de acordo com as demandas dos Programas de competência da Vigilância Epidemiológica	Garantir o número mínimo de recursos humanos devidamente treinado e capacitado para exercer as funções inerentes ao setor; Repasse da verba ministerial para execução das ações propostas conforme orçamento estimado	P/A: 2274 2018: R\$ 1.202.945,82 (22,88%) 2019: R\$ 1.274.144,64 (24,24%) 2020: R\$ 1.349.843,38 (25,68%) 2021: R\$ 1.430.336,88 (27,21%)
Alimentar semanal do Programa SIM, SINASC e SINAN conforme portaria do Ministério da Saúde através do Programa Excel da Microsoft o qual a plataforma é compatível (manutenção)	Alimentação dos sistemas descritos e gerar relatórios para análise e estudo da Vigilância Epidemiológica proporcionando ações focadas e estratégicas deste setor; Digitar e transmitir os dados para o Ministério da Saúde com idoneidade das informações em plataforma compatível garantindo repasse adequado.	Compra da Licença Microsoft Excel para alimentação dos sistemas com dados para o Ministério da Saúde (o MS só trabalha com este software não aceitando tabulação dos dados em outro programa similar); Instalar o software em, pelo menos, quatro máquinas dentro da Vigilância Epidemiológica.	Aquisição/compra da licença da Microsoft excel para instalação nos computadores onde são digitados os Sistemas a serem alimentados

<p>Adquirir veículos automotores para auxiliar nas investigações a campo e ações inerentes a Vigilância Epidemiológica (novo)</p>	<p>Aquisição de veículo automotor utilitário quatro portas modelo completo e veículo com sete lugares modelo completo, garantindo a saúde do trabalhador, bem como a segurança de quem está dirigindo, considerando que temos plantão vinte e quatro horas da Vigilância Epidemiológica para o Município de Brusque.</p>	<p>Compra de três veículos utilitários e um veículo sete lugares para ações já descritas dos Programas pertencentes a DVE</p>	<p>2018: 01 veículo utilitário 2019: 01 veículo para 7 lugares 2020: 01 veículo utilitário 2021: 01 veículo utilitário</p>
<p>Criar Comitê Municipal de Prevenção dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal (COMPOMIFE) (novo)</p>	<p>Criação do Comitê Municipal de Prevenção dos Óbitos materno, Infantil e Fetal como órgão técnico-científico, interinstitucional, multiprofissional, de caráter confidencial, responsável pela proposição de medidas de prevenção e controle das mortalidades materna, infantil e fetal</p>	<p>Formulação da proposta para a Criação do Comitê para apreciação da Procuradoria Municipal;</p> <p>Decreto-Lei Municipal feita pelo Prefeito vigente oficializando esta criação;</p> <p>Convite aos municípios vizinhos como Botuverá e Guabiruba a participar do Comitê com reuniões mensais para análise dos óbitos e possíveis intervenções preventivas e educativas;</p> <p>Manter vínculo com o Comitê Regional da 15ª Regional em Blumenau</p>	<p>Considerando que a Proposta já foi enviada a Procuradoria; considerando a urgência da criação deste Comitê Municipal; considerando que a oficialização do mesmo deva ocorrer ainda em 2017</p> <p>2017: formação do Comitê e convocação dos membros participantes</p> <p>2018: discussão dos casos de óbitos já existentes no Município e dos outros municípios integrantes para ações conjuntas;</p> <p>2019 a 2021: ações preventivas focadas em óbitos considerados evitáveis pelo Comitê; Investigação completa dos óbitos bem como discussão e análise crítica e científica dos mesmos pelo Comitê</p>
<p>Garantir Recursos Humanos de acordo com o dimensionamento necessário para a manutenção do serviço de vigilância Epidemiológica e de informação (manutenção)</p>	<p>Encerrar oportunamente em 97% as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN Portaria nº 204 17/02/2016</p>	<p>Utilizar a proporção de casos de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após a notificação; Realizar ações educativas de sensibilização para o preenchimento</p>	<p>2018 a 2021: Realizar ações educativas com o público-alvo para a sensibilização quanto ao processo e notificação, bem como Oficinas de reciclagem destes profissionais para o</p>

		das notificações, bem como o preenchimento adequado, contemplando a Rede de atenção Básica e Especializada, tanto pública e particular.	tema abordado. Este processo é contínuo e sistematizado.
Articular junto as Instituições emissoras das Declarações de óbito (Hospital e IML) mecanismos eficazes para a vigilância dos óbitos, bem como o preenchimento correto e adequado conforme legislação vigente deste documento (manutenção)	Manter em 99% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida no Município	Utilizar proporção de registro de óbitos com causa básica definida; Articular junto as instituições o preenchimento correto das Declarações de óbito, conforme CID10 para diminuição de causa óbito não definida ou mal definida; Realizar Oficinas educativas e de debate com os responsáveis pelo preenchimento das DO no intuito de diminuir declarações com causa mal definidas.	2018 a 2021: Realizar ações/oficinas educativas e instrutivas baseadas na legislação vigente com o público-alvo para o preenchimento adequado das Declarações de óbitos, bem como Oficinas de reciclagem destes profissionais para o tema abordado. Este processo é contínuo e sistematizado.
Promover Campanhas de Vacinação anuais propostas pelo Ministério da Saúde obedecendo calendário próprio do MS (manutenção)	Atingir/manter cobertura vacinal de no mínimo 95% do público-alvo das Campanhas Nacionais de Vacinação estipulados pelo Ministério da Saúde	Promover campanhas de divulgação, visando alcançar a meta de cobertura vacinal de 95% (público-alvo) nas Campanhas de vacinação do Calendário Nacional, garantindo o controle das doenças imunopreveníveis	2018 a 2021: Manter/aderir 100% as campanhas Nacionais de Vacinação Anual conforme Calendário do Ministério da Saúde, obedecendo os dias D estipulados para todo o território Nacional
Garantir acesso a população aos imunobiológicos disponíveis pelo Sistema Único de Saúde e através do Programa de Imunobiológicos Especiais CRIE (manutenção)	Garantir o quantitativo de imunobiológicos para as salas de vacinas da Rede Pública Municipal conforme calendário Nacional de Vacinação da população.	Realizar pedido mensal ou extra se necessário ao Estado de imunobiológicos contemplados no Calendário Nacional de Vacinação; Garantir a busca destes imunobiológicos e insumos em Blumenau na 15ª Regional, bem como a distribuição destes na rede de	2018 a 2021: Garantir a distribuição dos imunobiológicos e insumos a rede pública Municipal, garantindo recursos humanos para esta ação bem como recursos financeiros para aquisição e manutenção dos veículos. Adquirir materiais de consumo diário como caixas térmicas, gelox, termômetros para o transporte das vacinas.

		atenção Básica, considerando recursos humanos e logística de veículos.	
Ampliar a Rede de frios e aumento dos recursos humanos do setor de Imunização Municipal (manutenção)	<p>Ampliar a estrutura física da Rede de Frios e armazenamento dos imunobiológicos considerando o aumento demográfico do Município bem como a ampliação das salas de vacinas da nossa Rede Pública.</p> <p>Ampliar recursos humanos que atuam no sistema de Imunização, considerando as vacinas de Rotina e do CRIE (imunobiológicos especiais) para funcionamento adequado do setor quanto a solicitações, distribuição, atuação nas campanhas, fiscalização das salas de vacinas, treinamento e reciclagem dos vacinadores e rotina diária de vacinação dos recém-nascidos na rede hospitalar de Brusque</p>	<p>Solicitar a compra da segunda Câmara fria para armazenamento dos imunobiológicos;</p> <p>Atuar junto ao DGI para ampliação das salas utilizadas pelo setor de Imunização e Rede de Frios;</p> <p>Contratação / remanejamento de técnico de enfermagem para atuar neste setor otimizando as atribuições e atuando de forma integrada e adequada com a atenção Básica nas salas de vacinas e atendimento ao usuário.</p>	<p>2018:</p> <p>Aquisição da segunda Câmara fria conforme memorando já enviado ao setor de Compras;</p> <p>Aquisição de bens móveis como bancada de preparo para a Rede de Frios;</p> <p>2017-2018:</p> <p>Aprovação da planta arquitetônica de reforma do espaço destinado a Vigilância Epidemiológica, adequando o espaço físico para o setor de Imunização.</p> <p>2018-2019;</p> <p>Ampliação dos recursos humanos para o setor.</p>
Vigilância, prevenção e controle da DENGUE. (manutenção)	Manter o programa do agente mirim da dengue.	<p>Realizar curso, promovendo de forma educativa a participação direta dos estudantes da Rede Municipal de Educação, denominados Agentes Mirins no combate ao mosquito Aedes Aegypti, por meio de material bibliográfico e atividades práticas de prevenção, visando a sensibilização e motivação destes, quanto a importância da participação no projeto e vincular o PSE nas ações;</p> <p>Ministrar cursos e palestras aos estudantes, dando oportunidade aos mesmo de conhecer, aprender e participar diretamente de uma ação efetiva no combate à Dengue e ao mesmo tempo propiciar valores e conhecimento necessários para o</p>	30 Agentes Mirim formados anualmente.

		<p>aprimoramento de uma relação saudável com o meio ambiente.</p> <p>Oficializar e manter o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização;</p> <p>Capacitar os servidores nas diferentes áreas da saúde conforme as necessidades expressas no diagnóstico dos serviços;</p> <p>Disponibilizar recursos humanos, financeiro e tecnológicos necessários.</p>	<p>10 estabelecimentos públicos e privados/ano</p>
<p>Política Municipal de Educação Permanente em Saúde, com os temas Dengue, Vírus Zika, Febre da Chigunkunya e Zoonoses; (manutenção)</p>	<p>Aumentar o Número de capacitações realizadas.</p>		
<p>Laboratório de Entomologia (novo)</p>	<p>Implantar laboratório de Entomologia</p>	<p>Contribuir com as ações da vigilância epidemiológica no controle das principais zoonoses urbanas;</p> <p>Firmar parceria com os municípios vizinhos (Botuverá e Guabiruba) referente ao Programa de Controle da Dengue.</p>	<p>Implantar o laboratório de Entomologia até o 1º semestre de 2018.</p>
<p>Vigilância, prevenção e controle da DENGUE. (manutenção)</p>	<p>Executar as ações do Plano e Contingência da Dengue Conforme situação epidemiológica (endêmica ou epidêmica)</p>	<p>Manter a estrutura operacional para os agentes de Endemias;</p> <p>Enquanto o município permanecer infestado manter equipe de Agentes de Endemias em no mínimo 14 agentes ou mais conforme necessidade das ações solicitadas pelo Estado;</p> <p>Realizar levantamento amostral anual de índice de infestação de larvas em todo município (LIRAs) nos meses de abril e novembro.</p>	<p>Executar as ações do Plano e Contingência da Dengue Conforme situação epidemiológica (endêmica ou epidêmica)</p>

Vigilância, prevenção e controle da DENGUE. (manutenção)	Atender 100% das denúncias/reclamações e solicitações registradas pelo Programa de Endemias e Zoonoses.	Atender 100% das denúncias/reclamações e solicitações registradas pelo Programa de Endemias e Zoonoses, desde que esteja de acordo com as funções exercidas pelo Programa de Endemias e Zoonoses. Encaminhar ao setores responsáveis toda denuncia/solicitação que não são pertence ao programa.	Atender 100% das denúncias/reclamações e solicitações registradas pelo Programa de Endemias e Zoonoses.
Vigilância, prevenção e controle da DENGUE. (manutenção)	Pesquisa Vetorial Especial	Realizar 100% das PVE conforme demanda.	Realizar 100% da PVE.

III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do conjunto de ações estabelecidas nesse Plano Municipal de Saúde para o período de 2018 a 2021 deverá garantir o alcance das metas para a melhoria da saúde da população. As diretrizes, objetivos, metas e ações propostas tem se baseado na necessidade de compatibilizar as propostas da Conferência Municipal de Saúde além de outras conferências setoriais, as definições das políticas ministeriais e estaduais, demandas locais, análises técnicas e proposições do próprio serviço dentro dos limites orçamentários e financeiros e a legislação vigente. O resultado final a ser alcançado dependerá de determinantes da saúde dentro da conjuntura política e econômica. As programações anuais de saúde deverão detalhar, ajustar e redefinir as ações estabelecidas nesse Plano Municipal de Saúde buscando o aperfeiçoamento do

serviço de saúde para o alcance das metas com o devido acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde. Após a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, esse Plano substituirá o Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017.

ANEXO 1

. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde

