



PLANO MUNICIPAL SAÚDE



SALTO/SP
2022 – 2025



LAERTE SONSIN JÚNIOR
Prefeito Municipal

EDEMÍLSON PEREIRA DOS SANTOS
Vice-Prefeito

MÁRCIO CONRADO
Secretário Municipal de Saúde

ARILDO GUADGNINI
Chefe de Gabinete – Secretaria Municipal de Saúde

Gestão 2021 – 2024



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
2. BASES LEGAIS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE	06
3. CICLO DE PLANEJAMENTO NO SUS	06
4. PLANO DE SAÚDE	07
5. SALTO - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	09
5.1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	09
5.1.1. Histórico	09
5.1.2. Localização Físico-Territorial	12
5.1.3. População	14
5.2. ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS	16
5.2.1. Economia	16
5.2.2. Emprego	17
5.2.3. Educação	18
5.2.4. Saúde	20
5.2.5. Território e Ambiente	21
5.2.6. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH	22
6. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	22
6.1. MORTALIDADE	22
6.1.1. Taxa de Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) - (22)	
6.1.2. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados – (23)	
6.1.3. Proporção de registro de óbitos com causa definida – (23)	
6.1.4. Taxa de mortalidade infantil – (23)	
6.1.5. Covid-19 – (24)	
7. SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	26
7.1. INFRAESTRUTURA	26
7.2. ORGANOGRAMA	28
7.3. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	28
7.3.1. Atenção Primária à Saúde	28
7.3.1.1. Estratégia Saúde da Família	29
7.3.1.2. Atenção à Saúde Bucal	29
7.3.1.3. Programa Saúde na Escola	31



7.3.2. Atenção de Urgência e Emergência	32
7.3.3. Atenção Especializada	32
7.3.3.1. Atenção Especializada em Odontologia	32
7.3.3.2. Consultas Especializadas	33
7.3.4. Demais Serviços	35
7.3.4.1. Fonoaudiologia	35
7.3.4.2. Assistência Social	35
7.3.4.3. Transporte Sanitário	35
7.3.4.4. Fisioterapia	35
7.3.5. Atenção Hospitalar	35
7.3.6. Suporte Diagnóstico	39
7.3.6.1. Exames Laboratoriais	39
7.3.6.2. Demais Exames	39
7.3.7. Vigilância em Saúde	39
7.3.7.1. Vigilância Epidemiológica	39
7.3.7.2. Vigilância Sanitária	41
7.3.7.3. Vigilância Ambiental	43
7.3.8. Assistência Farmacêutica	44
7.4. GESTÃO	46
7.4.1. Regiões de Saúde	46
7.4.2. Redes de Atenção à Saúde	46
7.4.3. Organograma da Secretaria da Saúde	47
7.4.4. Áreas de Apoio a Gestão e Desenvolvimento Institucional – (48)	
7.4.4.1. Planejamento em Saúde	48
7.4.4.2. Central de Regulação	50
7.4.4.3. Avaliação, Auditoria e Controle	52
7.4.4.4. Sistema de Informatização	55
7.4.4.5. Apoio Administrativo e Logístico	56
7.4.5. Recursos Humanos	57
7.4.6. Financiamento	58
7.4.7. Educação em Saúde	61
7.4.8. Ouvidoria	62
7.4.9. Participação Social	62
8. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	63



1. INTRODUÇÃO

Conforme a Portaria de Consolidação nº 1, de 28/09/2017, o Plano de Saúde é o instrumento central do planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos. E explicita os compromissos do governo para o setor saúde refletindo, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Sendo assim, o Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade da atenção.

Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Os instrumentos referidos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização ascendente, integrada, solidária e sistêmica do SUS.

O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde.

Apesar dos avanços identificados, a consolidação de uma cultura de planejamento em saúde ainda representa um enorme desafio para os gestores do SUS, tendo em vista que se trata de um processo que envolve mudança de postura individual e coletiva, visando a mobilização e o engajamento dos gestores e profissionais da saúde.

O planejamento consiste em um processo que resulta em instrumentos de gestão a serem empregados para definir os objetivos, organizar as ações, facilitar o acompanhamento, a fiscalização, o controle dos gastos e a avaliação dos resultados obtidos.

O estabelecimento de responsabilidades de municípios, estados e federação quanto ao planejamento, institui a necessidade permanente de informações, que favoreçam a reflexão dos gestores sobre os modos de operar as atividades de planejamento e os auxiliem na tomada de decisão para ajustá-las às necessidades do SUS. Necessita, para tanto, utilizar instrumentos que permitam identificar as necessidades e organizar as ações a serem desenvolvidas para atendimento dessas necessidades.



2. BASES LEGAIS DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, *que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.*
- Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, *que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.*
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, *que regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.*
- Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, *que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 03 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.*
- Portaria de Consolidação nº 01, de 28 de setembro de 2017, *que aborda a Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.*
- Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019, *que altera a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.*

3. CICLO DE PLANEJAMENTO NO SUS

O ciclo de planejamento do SUS inicia-se no âmbito local, e deve ocorrer de forma ascendente e integrada, até o nível federal, orientado por problemas e necessidades de saúde em cada região de saúde e com transparência e visibilidade, mediante incentivo de participação da comunidade.



O processo de planejamento regional integrado, coordenado pela gestão estadual, deverá ser elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos Planos Municipais de Saúde e pactuado, monitorado e avaliado pelas Comissões Intergestores Regionais. O Plano Estadual de Saúde, por sua vez, deverá ter como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade interregional.

Os instrumentos básicos de planejamento instituídos Portaria de Consolidação nº 1 de 2017, são o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), os quais devem possuir compatibilização.

Segundo as bases legais que regem o planejamento no âmbito do SUS, o Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde, guardando relação importante com outros instrumentos de gestão tais como Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), PAS e RAG.

4. PLANO DE SAÚDE

No âmbito de Sistema de Planejamento do SUS, Plano de Saúde é o instrumento que a partir de uma análise situacional apresenta as intenções e os resultados a serem buscados ao longo dos próximos quatro anos.

O Plano de Saúde é um documento que sistematiza o conjunto das propostas de ação em relação aos problemas e às necessidades de saúde da população, em consonância com os princípios e diretrizes gerais que regem a política de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal, expressando a responsabilidade da gestão com a saúde da população e a síntese de um processo de decisão para enfrentar um conjunto de problemas.

Desta forma, é um importante instrumento de gestão e seu conteúdo deve revelar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos, metas e ações.

O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e, após aprovação, ser disponibilizado em meio eletrônico no sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP.



Segundo a Lei n.º 8.080, de 1.990 é vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas no Plano de Saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área da saúde.

A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

I - Análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas:

- a) estrutura do sistema de saúde;
- b) redes de atenção à saúde;
- c) condições socio sanitárias;
- d) fluxos de acesso;
- e) recursos financeiros;
- f) gestão do trabalho e da educação na saúde.

II - Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI);

III - Processo de monitoramento e avaliação.

A elaboração do Plano de Saúde se dá no primeiro ano de gestão do governo em curso, com discussão e aprovação no Conselho de Saúde. Sendo a sua execução, a partir do segundo ano do governo em curso até o primeiro ano da gestão subsequente, conforme detalhamento no quadro abaixo.

2021	2022	2023	2024	2025
4º ano PMS 2018-2021 e Elaboração PMS 2022- 2025 (1º ano de gestão)	1º ano PMS 2022-2025 (2º ano de gestão)	2º ano PMS 2022-2025 (3º ano de gestão)	3º ano PMS 2022-2025 (4º ano de gestão)	4º ano PMS 2022-2025 e Elaboração PMS 2026- 2029 (1º ano de gestão subsequente)

Alguns eixos norteadores podem orientar a organização da apresentação da análise situacional e das diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI):

- Atenção primária em saúde;
- Vigilância em saúde;
- Atenção média e alta complexidade;
- Gestão do SUS;
- Assistência farmacêutica.



5. SALTO – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

5.1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

5.1.1. Histórico

A região onde se insere a cidade de Salto está entre as primeiras no processo de penetração do território, desde a segunda metade do século XVI. Registros históricos dão conta da presença de uma aldeia dos índios guaianás ou guaianazes, do tronco Tupi-Guarani, nas imediações da cachoeira, à qual chamavam Ytu Guaçu, Salto Grande em língua nativa. Esses índios, assim como outros das margens do Tietê, foram repelidos ou aprisionados nas investidas das primeiras bandeiras paulistas, que os levaram para abastecer de mão-de-obra as roças nas vilas do planalto.

O rio Tietê foi, desde o início, indicador natural de caminhos para exploradores, missionários e autoridades coloniais. A cachoeira, hoje cercada pelo centro da cidade de Salto, aparece em mapa primitivo do governador espanhol Luís de Céspedes Xeria, nos primeiros anos do século XVII. Também ao seu redor a grande bandeira de Nicolau Barreto, em 1601, aldeou grande número de indígenas cativos. E foi a uma légua do salto que Domingos Fernandes e seu genro, Cristóvão Diniz, saídos de Santana de Parnaíba, fundaram o povoado de Nossa Senhora da Candelária do Ytu Guaçu, a atual cidade de Itu, em 1610.

Já no final do século XVII, o atual território de Salto era uma propriedade particular, o Sítio Cachoeira, parte de sesmaria da Capitania de São Vicente, adquirido pelo capitão Antônio Vieira Tavares (sobrinho do bandeirante Raposo Tavares) e de sua mulher, Maria Leite (filha de Borba Gato). O capitão obteve permissão para construir e mandar benzer uma capela em seu sítio, que o livrasse de ir a Itu para assistir missa. A bênção do templo e a primeira celebração deram-se em 16 de junho de 1698, data que é considerada como a de fundação da cidade de Salto. Por disposição testamentária, no ano de 1700, o casal fez a doação de suas terras, escravos e índios à Capela de Nossa Senhora do Monte Serrat. A localidade, com poucas casas e lavoura circundante, permaneceria por bom tempo na condição de bairro rural da vila de Itu.

Com o descobrimento de ouro em Cuiabá, no início do século XVIII, a região ituana funcionou como trampolim para aquelas regiões interiores da colônia. Nos seus

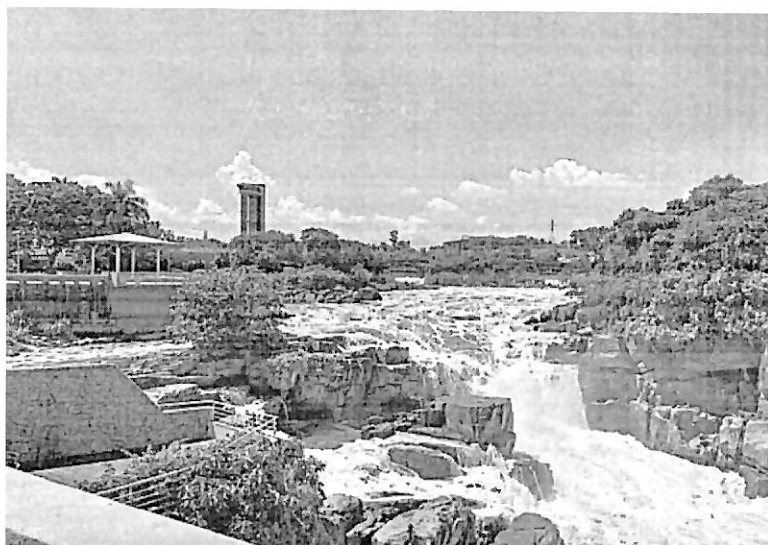


arredores eram organizadas as monções, expedições fluviais que abasteciam de víveres as minas, levavam e traziam homens e garantiam o fluxo do ouro. Parte dos capitais gerados com a atividade mineradora foi aplicada na compra de terras, escravos negros, plantio de vastos canaviais e montagem de engenhos, a partir de meados do século XVIII. O povoado de Salto de Ytu, como então se chamava, passou a integrar o quadrilátero do açúcar (delimitado por Mogi-Guaçu, Jundiaí, Sorocaba e Piracicaba), a mais rica região produtora daquele produto em São Paulo, situação que se estendeu pela primeira metade do século XIX. Nesta altura, havia mais de quatrocentos engenhos de açúcar e aguardente em São Paulo, cem dos quais na região ituana.

Foi o capital acumulado com a lavoura da cana-de-açúcar e, em menor escala, do café e do algodão, que propiciou o despertar do lugarejo, na segunda metade do século XIX. A posição geográfica privilegiada, junto à queda d'água, foi fator decisivo para os primeiros investimentos fabris, assim como a chegada da ferrovia, com a instalação dos trilhos da Companhia Ituana de Estrada de Ferro, em 1875. Nesse mesmo ano, o empresário José Galvão da França Pacheco Júnior inaugurou a primeira fábrica de tecidos na margem direita do Tietê, batizando-a de Júpiter. Pouco depois, em 1882, o Dr. Francisco Fernando de Barros Júnior, político republicano cognominado Pai dos Saltenses, inaugurou a sua tecelagem, à qual deu o nome de Fortuna, poucos metros mais abaixo daquela pioneira. Em 1885, seria a vez da Fábrica de Meias de José P. Tibiriçá, e, em 1887, a Fábrica de Tecidos Monte Serrat, de Octaviano Pereira Mendes. Ainda no último ano da monarquia, 1889, inaugurava-se na margem oposta do rio a primeira fábrica de papel da América Latina, de Melchert & Cia.



Crédito da Foto: Arquivo pessoal



Crédito da Foto: Jornal de Itu

A esse despertar industrial correspondeu o aporte de trabalhadores europeus, desviados em parte da lavoura do café e de outros produtos. No caso saltense, foram, sobretudo italianos, atraídos em grande número pelas tecelagens, mas fixando-se também em pequenas propriedades rurais e no comércio miúdo pela cidade. Mesmo o capital italiano se fez presente, já que as duas fábricas pioneiras acabaram se aglutinando numa unidade maior e transferindo-se para a propriedade de europeus, através da Societá Per L'Industria e Comercio Ítalo-Americana. Pouco depois, em 1919, esta daria lugar à Brasital, indústria que marcou a vida da comunidade por décadas, como maior empregadora e responsável pelo surgimento de vilas operárias e de todo um modo de vida, com profundas raízes na cultura local.

No campo político, a chegada da República coincidiu com a separação do município de Itu, passando a cidade a ter autonomia administrativa. O nome foi simplificado para Salto já em 1906.

A entrada do século XX trouxe mais indústrias e benefícios como a iluminação elétrica, os serviços de água e esgoto, telefone, o primeiro grupo escolar, bandas de música e a segunda usina hidrelétrica instalada no rio Tietê, a de Lavras, construída a partir de 1904. Pelos anos seguintes, a cidade, dada a concentração de indústrias, passa a merecer o apelido de Pequena Manchester Paulista, em referência ao centro industrial britânico.



Um segundo surto industrial verificou-se na década de 1950, quando isenções de impostos atraíram empresas de porte considerável para a época, como a Eucatex, Emas, Picchi e Sivat, que juntas chegaram a oferecer mais de 3.500 empregos, firmando de vez o perfil industrial da cidade. Esse caminho teve seguimento já nos anos 1970, com a criação de distritos industriais e novos incentivos à vinda de indústrias. Cerca de vinte unidades se instalaram no município, justificando a chegada de grandes contingentes de migrantes provenientes de vários estados da Federação, com destaque para os paranaenses. O surgimento de novos bairros, em ritmo acelerado, alterou a paisagem e, em grande parte, o ritmo de vida e as características sócio-culturais da cidade.

Ao entrar no século XXI, Salto conta com mais de 98% de sua população (de aproximadamente 116 mil habitantes) na zona urbana. Embora boa parte dos empregos esteja nos setores de serviços e comércio, a cidade não perdeu sua característica industrial, concentrando dezenas de empresas nos seus distritos industriais, espalhados no pequeno território de 133 km². Existem na cidade importantes empresas de vários segmentos, como o metalúrgico, o automotivo, de mineração, cerâmico, químico, têxtil, de papel, moveleiro, etc, mas ao se transformar em Estância Turística pela Lei Estadual 10.360 de 02 de Setembro de 1999, ganhou força no segmento turístico, explorado superficialmente no passado, mas que agora passa a merecer atenção crescente, com a instalação de parques municipais, que somam-se a outros atrativos, como o Complexo da Cachoeira, o Memorial do Tietê, o Pavilhão das Artes, os Parques Ilha da Usina, Lavras, Lago e Rocha Moutoneé, o Monumento à Padroeira, a Estação do Trem Republicano, museu, igrejas e jardins. Esse conjunto de possibilidades garantiu à cidade o título de Estância Turística, que remete a novos caminhos de crescimento e progresso.

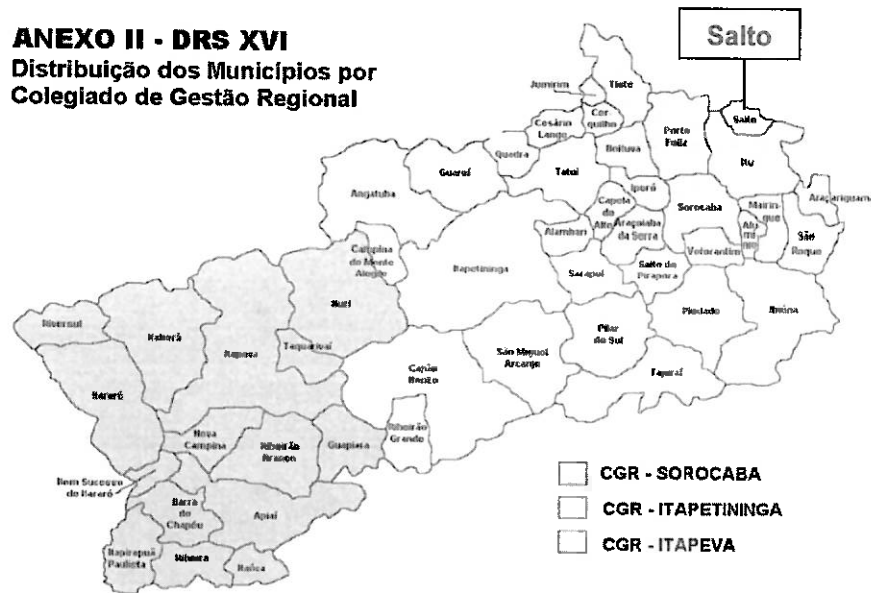
5.1.2. Localização Físico-Territorial

Salto está localizado a 104 km de São Paulo (distância rodoviária), sendo que a área da unidade territorial é de 133,057 Km² e sua população é de 116.089 (SEADE 2021) habitantes, estando o município de Salto inserido na região do Departamento Regional de Sorocaba - DRS-16, mais precisamente no Colegiado Gestão Regional (CGR) de Sorocaba, que engloba 20 municípios (Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Boituva, Capela do Alto, Ibiúna, Iperó, Itu, Jumirim, Mairinque, Piedade, Pilar

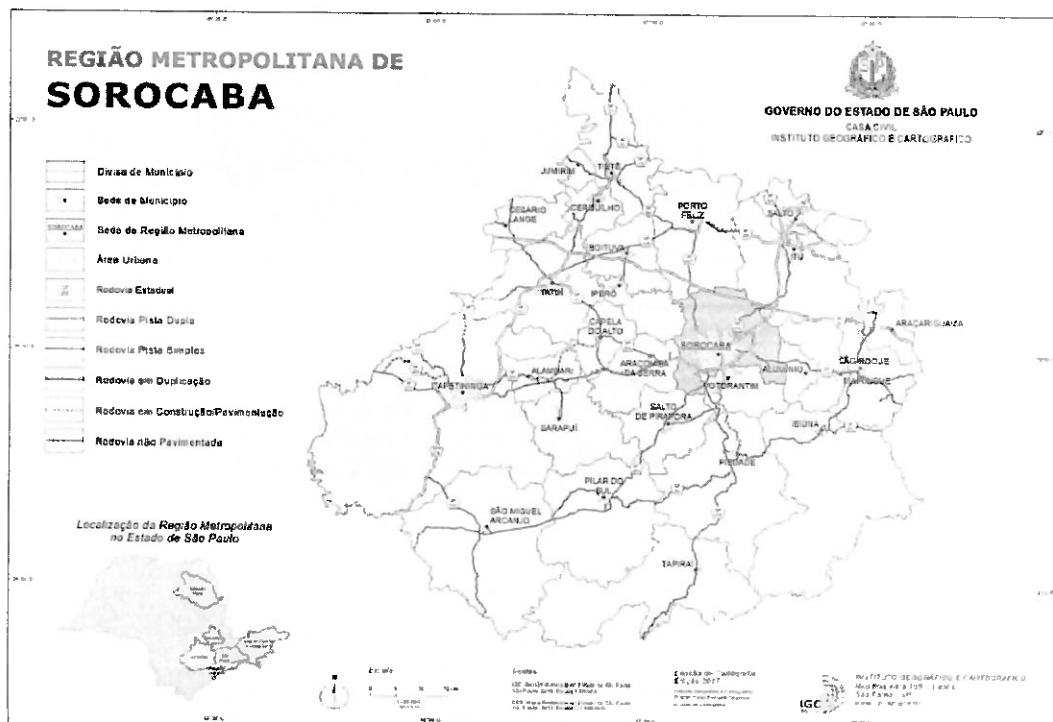


do Sul, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tapiraí, Tietê, Votorantim), que constitui espaço regional de planejamento e cogestão.

ANEXO II - DRS XVI
Distribuição dos Municípios por
Colegiado de Gestão Regional



Salto é privilegiado também por malha viária duplicada importante e de ótima qualidade que possibilita o acesso aos grandes centros urbanos de forma segura e rápida, bem como está localizada próximo do Aeroporto Viracopos, de reconhecimento nacional embora o mesmo não pertença à Região Administrativa, uma vez que Salto está vinculado a Sorocaba.





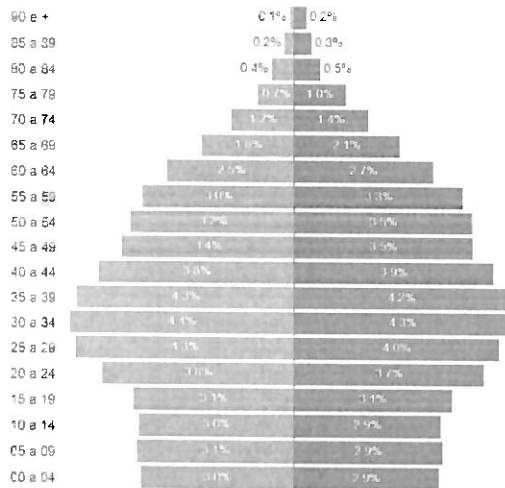
5.1.3. População

De acordo com estimativa da Fundação SEADE (2020), o município de Salto possui uma população estimada de 116.089 habitantes, conforme pode ser observado na figura abaixo:

Município	Estado de SP	180,9	96,6	2,9	163,703
Salto	44.892.912 População	Dens. Demográfica (hab./km ²)	Grau de Urbanização (%)	Hab/Domicílio	
População	População Masculina	População Feminina	Densidade demográfica (hab./km²)	Grau de urbanização (%)	Habitantes por domicílio
116.089	57.226	58.863	872,5	99,3	2,9

População por idade e sexo*

● Homens ● Mulheres



Idade média da população (em anos)

■ De 34,0 a 37,9



População por idade e sexo*

Idade	Homens	Mulheres	Total
90 e +	86	260	346
85 a 89	208	377	585
80 a 84	494	586	1.080
75 a 79	809	1.178	1.987
70 a 74	1.418	1.680	3.098
65 a 69	2.101	2.399	4.500
60 a 64	2.879	3.165	6.044
55 a 59	3.464	3.859	7.323
50 a 54	3.722	4.069	7.791
45 a 49	3.930	4.075	8.005
40 a 44	4.447	4.564	9.011
35 a 39	4.960	4.924	9.884
30 a 34	5.121	4.975	10.096
25 a 29	4.985	4.700	9.685
20 a 24	4.373	4.352	8.725
15 a 19	3.646	3.616	7.262
10 a 14	3.524	3.363	6.887
05 a 09	3.571	3.400	6.971
00 a 04	3.488	3.321	6.809
Total	57.226	58.863	116.089

Idade média da população (em anos)

■ De 34,0 a 37,9

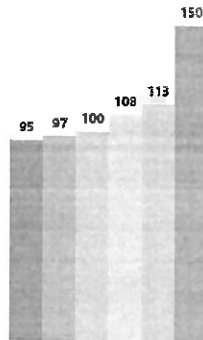




Razão de sexo por grupos de idade**

● 00 a 14 ● 15 a 29 ● 30 a 44 ● 45 a 59 ● 60 a 74 ● 75 e +

Razão de sexo total**
102,9



Municípios por porte populacional

● De 100.001 a 500.000

Fonte: Fundação Seade. *Em alguns municípios, a estrutura populacional fica alterada por influência da população prisional. **Número de mulheres para cada 100 homens.

Já segundo o IBGE temos o seguinte panorama:

Código do Município
3545209

Gentílico
saltense

Prefeito
LAERTE SONSIN JÚNIOR

POPULAÇÃO

População estimada [2020]	119.736 pessoas
População no último censo [2010]	105.516 pessoas
Densidade demográfica [2010]	792,13 hab/km²

TRABALHO E RENDIMENTO

EDUCAÇÃO

ECONOMIA

SAÚDE

TERRITÓRIO E AMBIENTE

Notas & Fontes

População

População no último censo [2010]
105.516 pessoas

Comparando a outros municípios

No país
5570º

1º

No Estado
645º

258º

Na região geográfica imediata
22º

72º

1º

[Acessar página de ranking](#)

Densidade demográfica [2010]
792,13 hab/km²

População no último censo



Legenda

até 5 152 pessoas até 12 799 pessoas até 38 695 pessoas mais que 38 695 pessoas

Dado inexistente para este município

Local selecionado

Pirâmide Etária - 2010

100 ou mais

95 a 99

90 a 94

85 a 89

80 a 84

75 a 79

70 a 74

65 a 69

60 a 64

55 a 59

50 a 54

45 a 49

40 a 44

35 a 39

30 a 34

25 a 29

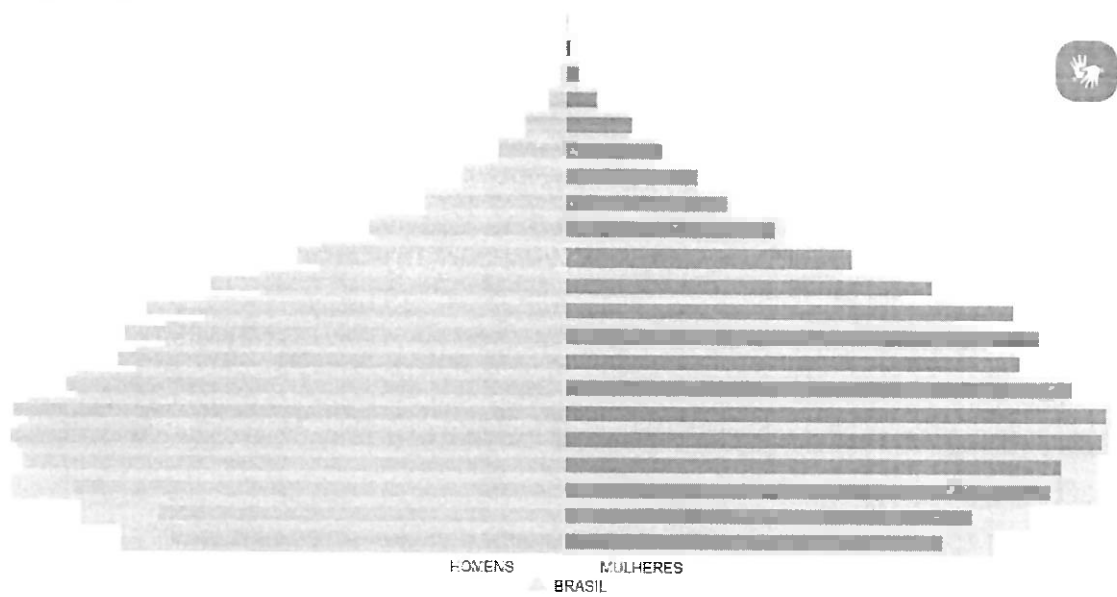
20 a 24

15 a 19

10 a 14

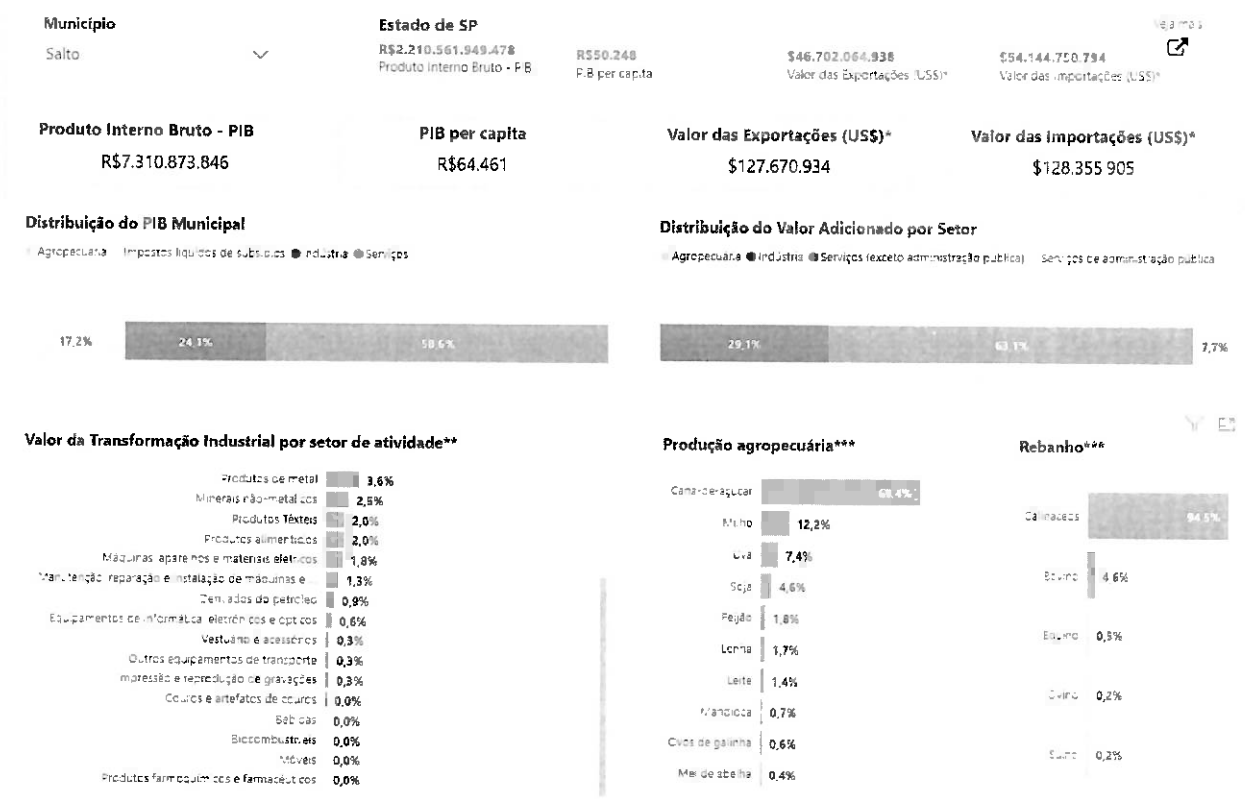
5 a 9

0 a 4



5.2. ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

5.2.1. Economia

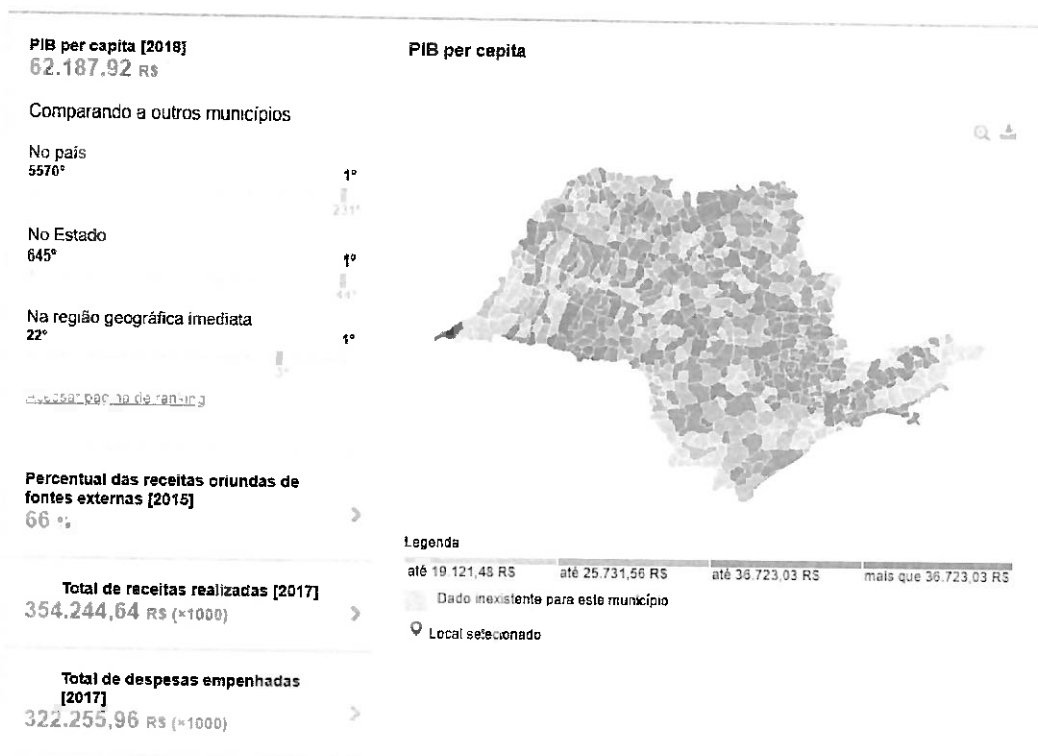


Fonte: Fundação Seade, IBGE. Dados de 2018. Valores em reais correntes. *Dados de 2020. **Dados de 2017, ***Dados de 2019.

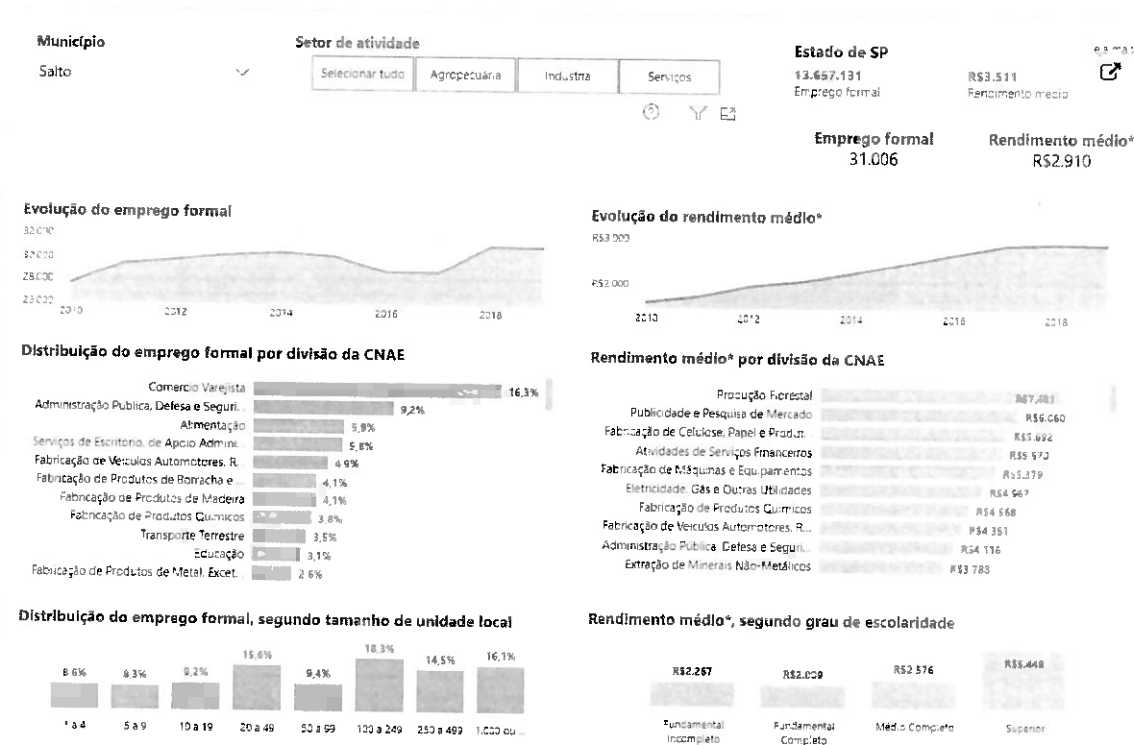


Segundo IBGE:

Economia



5.2.2. Emprego



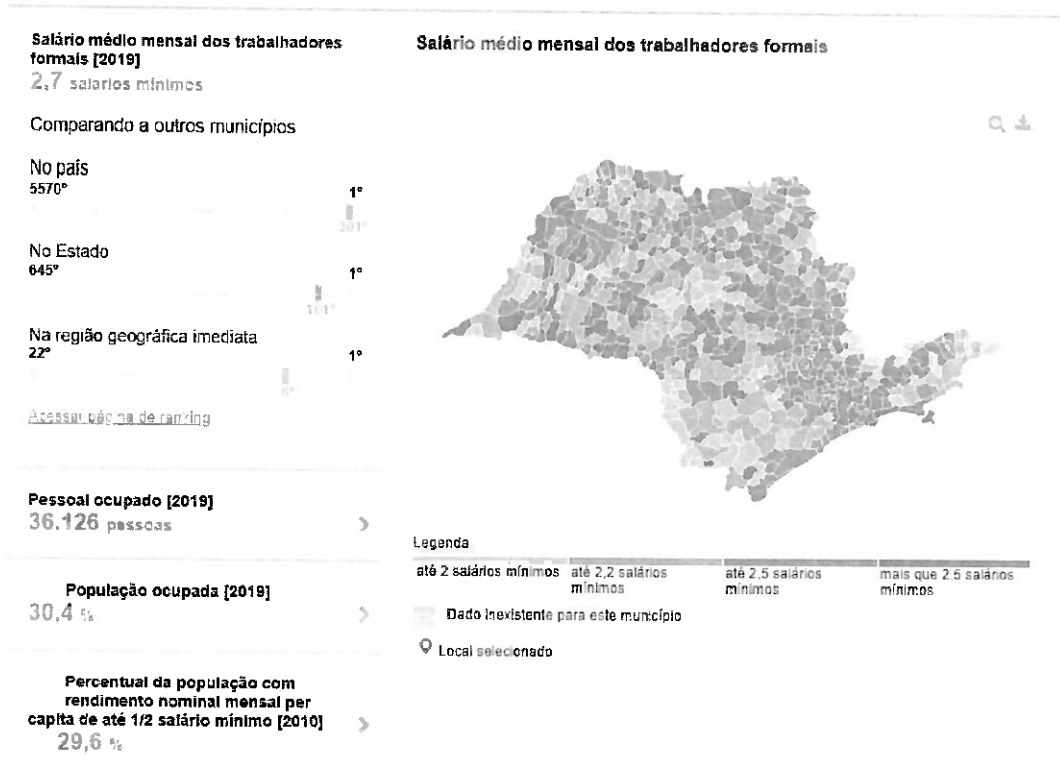
Fonte: Fundação Seade, Ministério da Economia. Dados de 2019. *Em valores correntes de 2019.



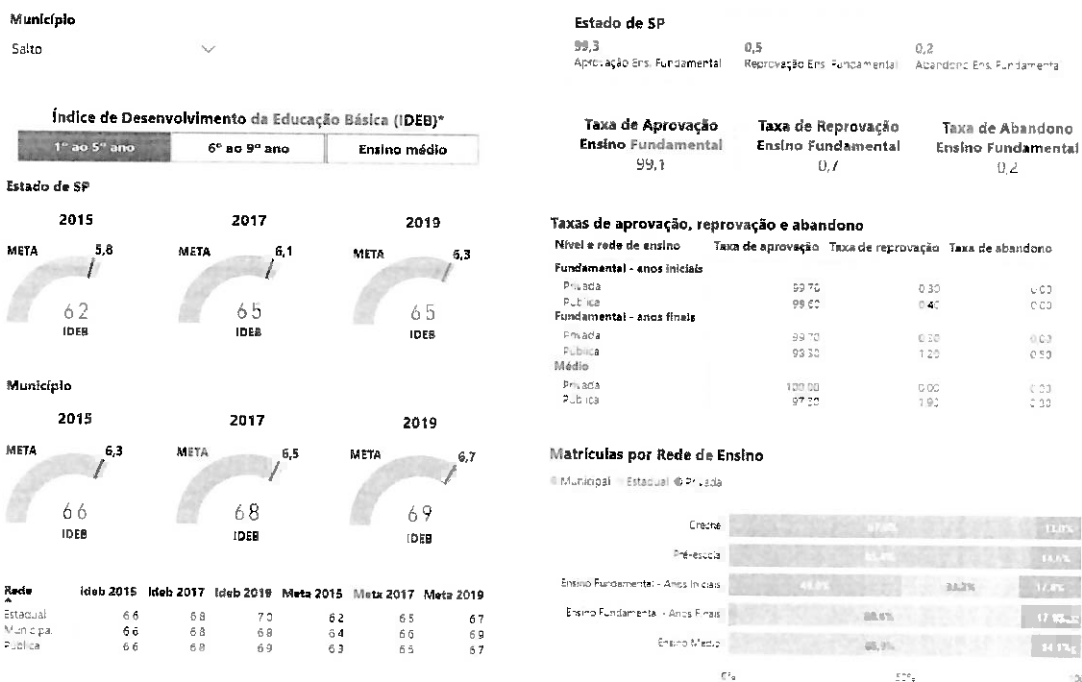
Segundo dados do IBGE:

Trabalho e Rendimento

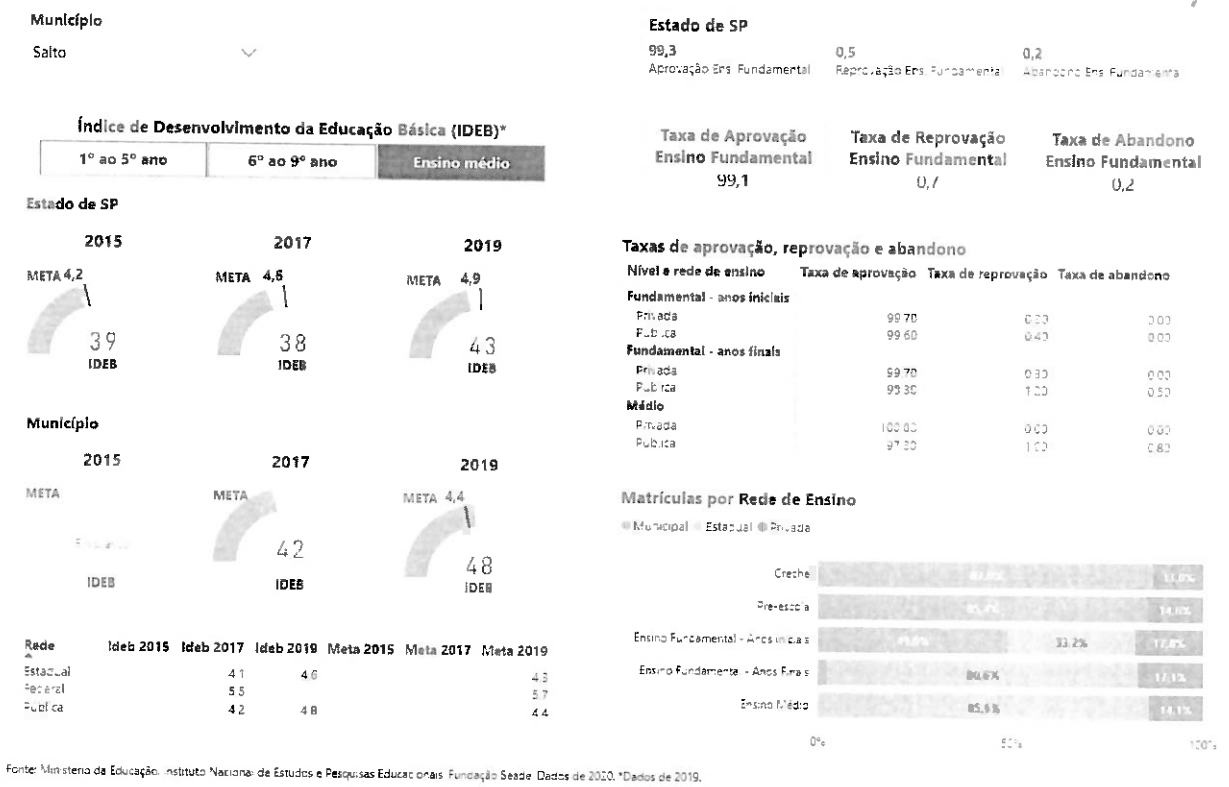
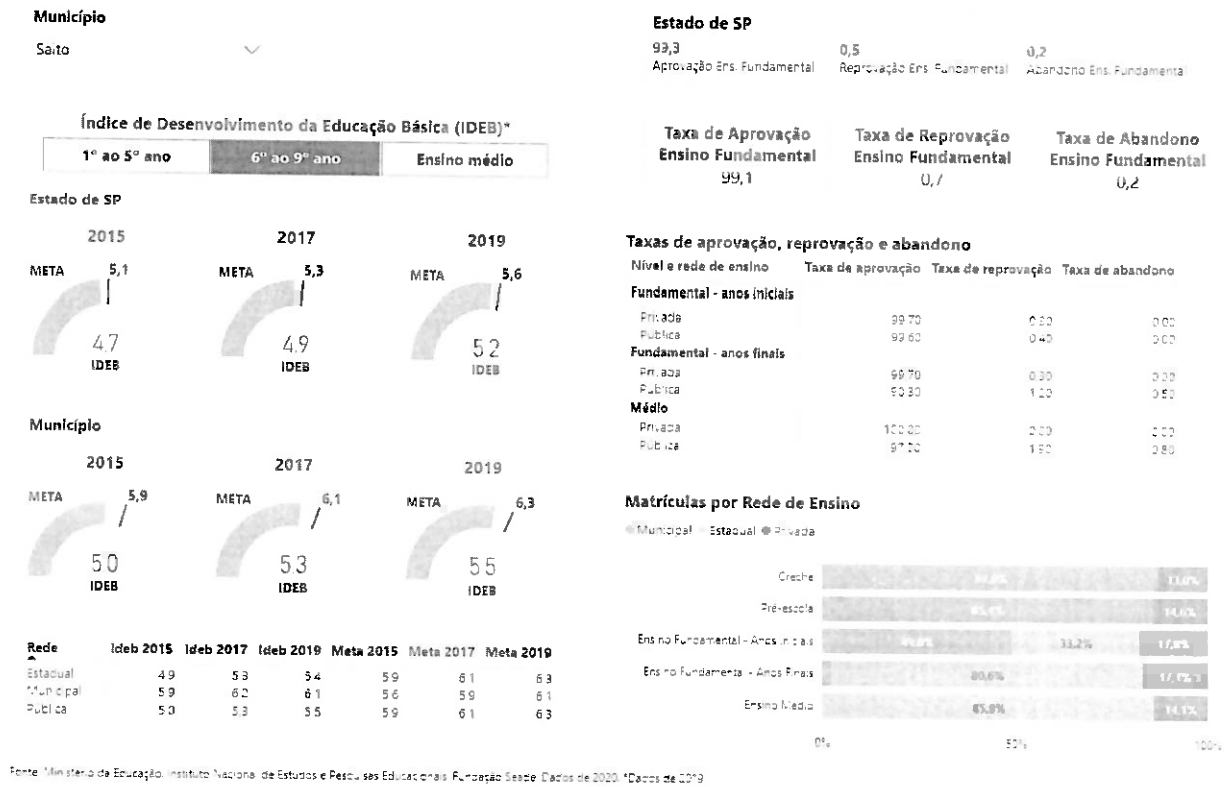
Em 2019, o salário médio mensal era de 2,7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 30,4%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 101 de 645 e 128 de 645, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 301 de 5570 e 434 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 29,6% da população nessas condições, o que o colocava na posição 435 de 645 dentre as cidades do estado e na posição 4751 de 5570 dentre as cidades do Brasil.



5.2.3. Educação



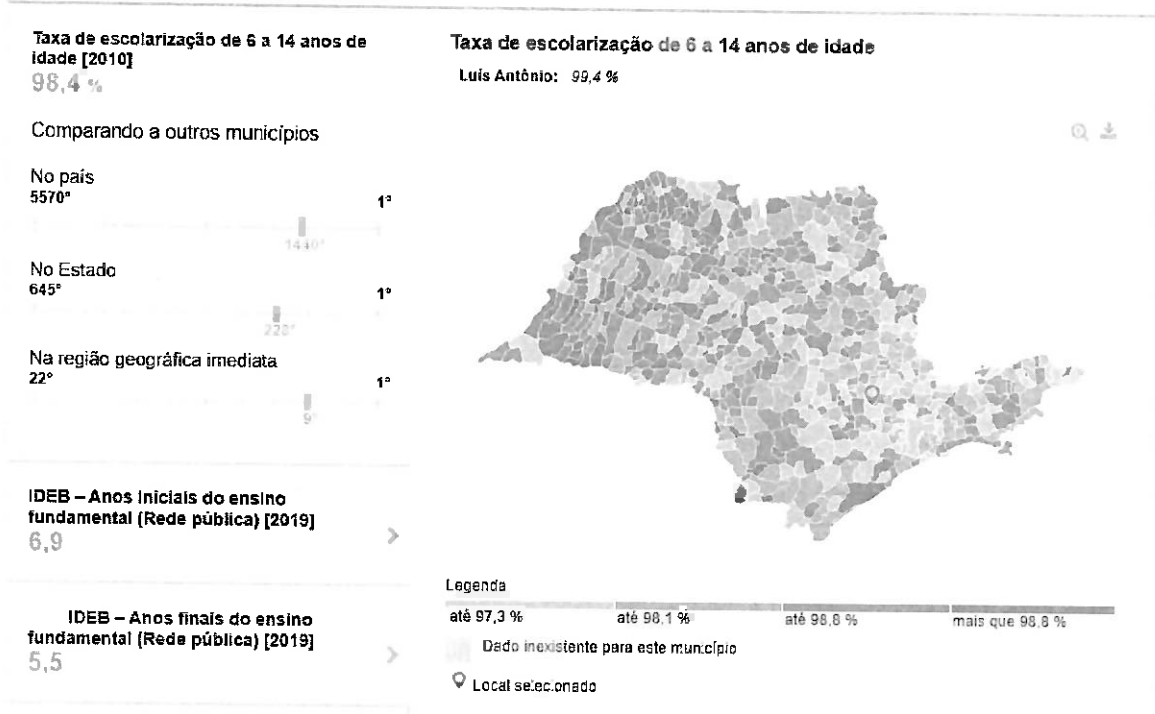
Fonte: Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - Fundação Getúlio Vargas. Dados de 2020. *Dados de 2019



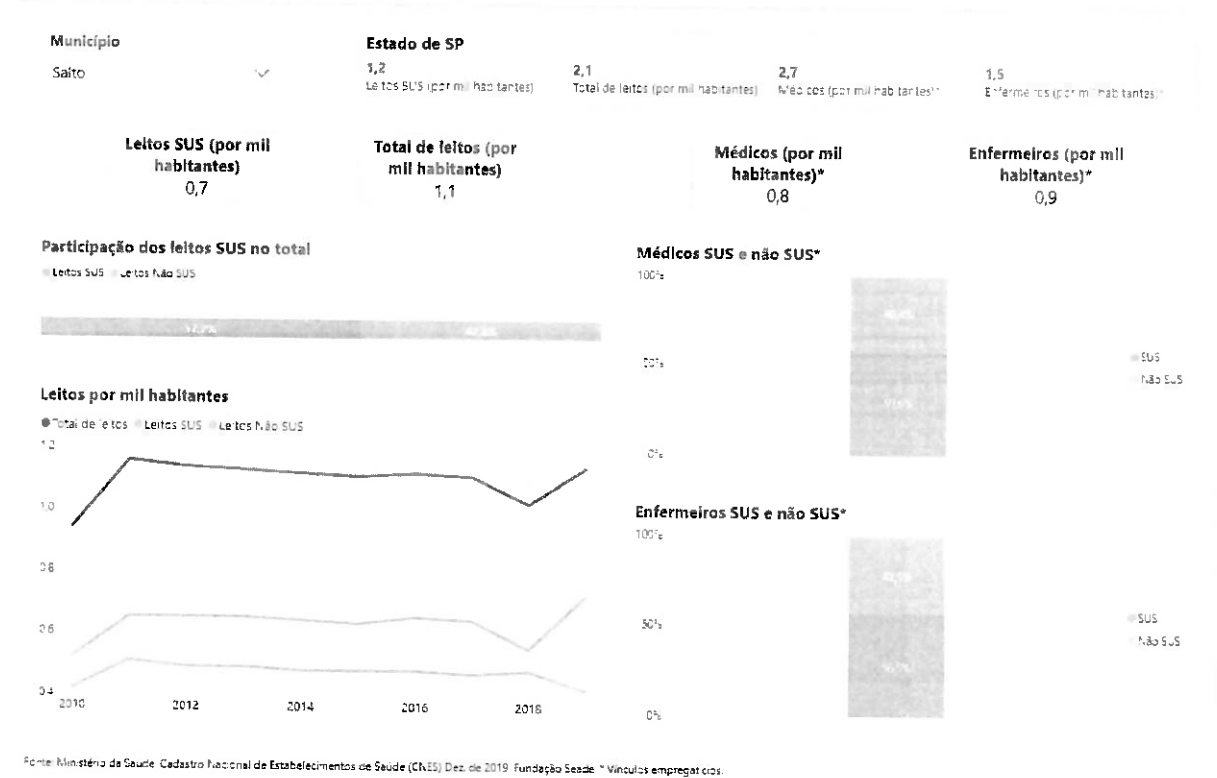


Segundo dados do IBGE:

Educação



5.2.4. Saúde

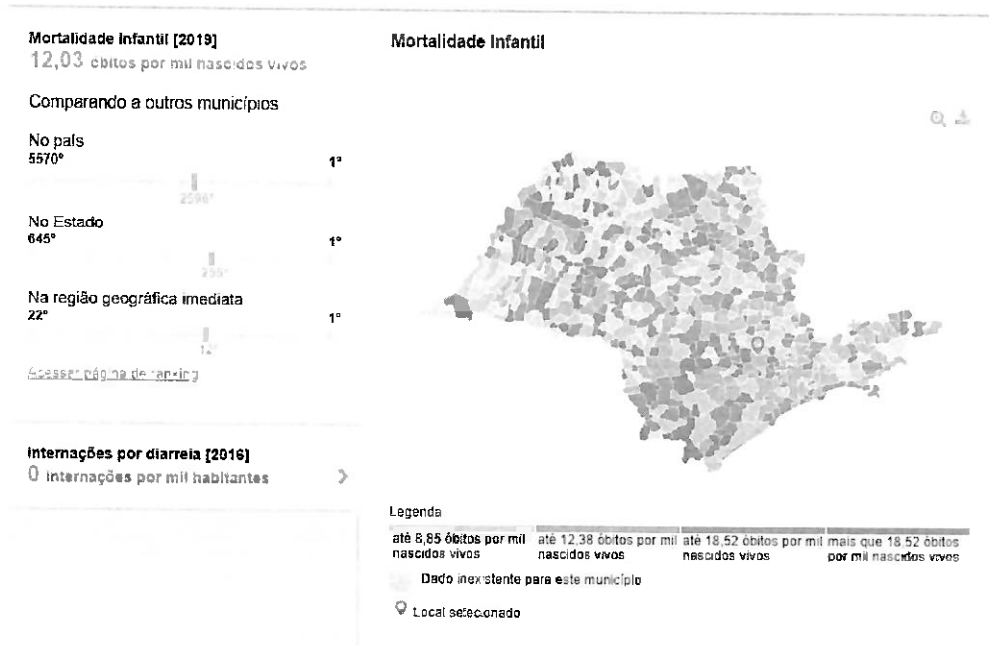




Segundo dados do IBGE:

Saúde

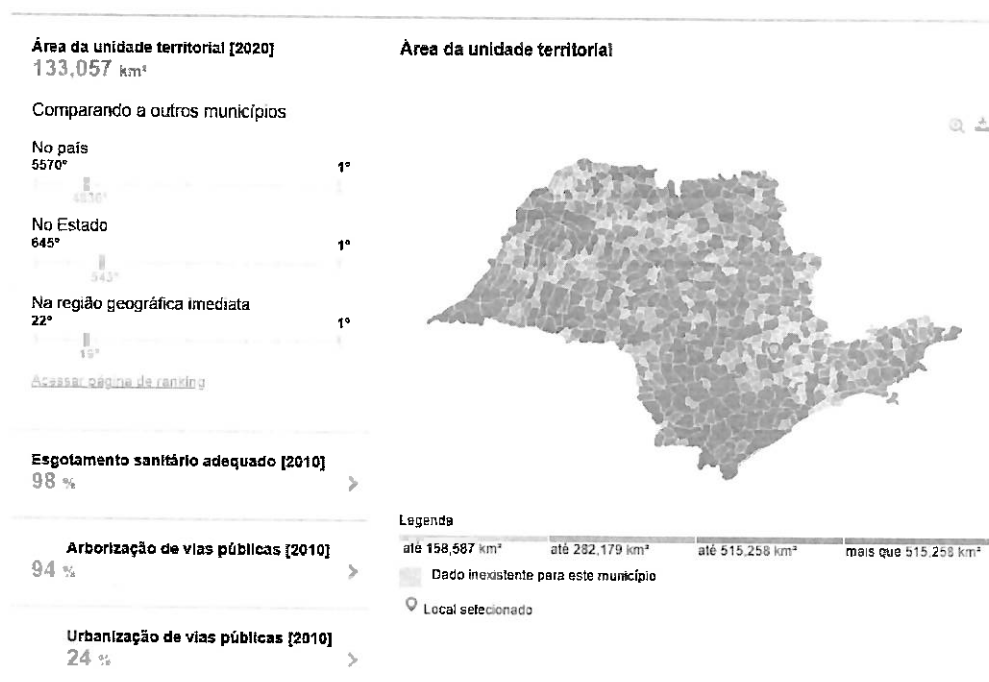
A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 12,03 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 255 de 645 e 553 de 645, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2595 de 5570 e 5076 de 5570, respectivamente.



5.2.5. Território e Ambiente

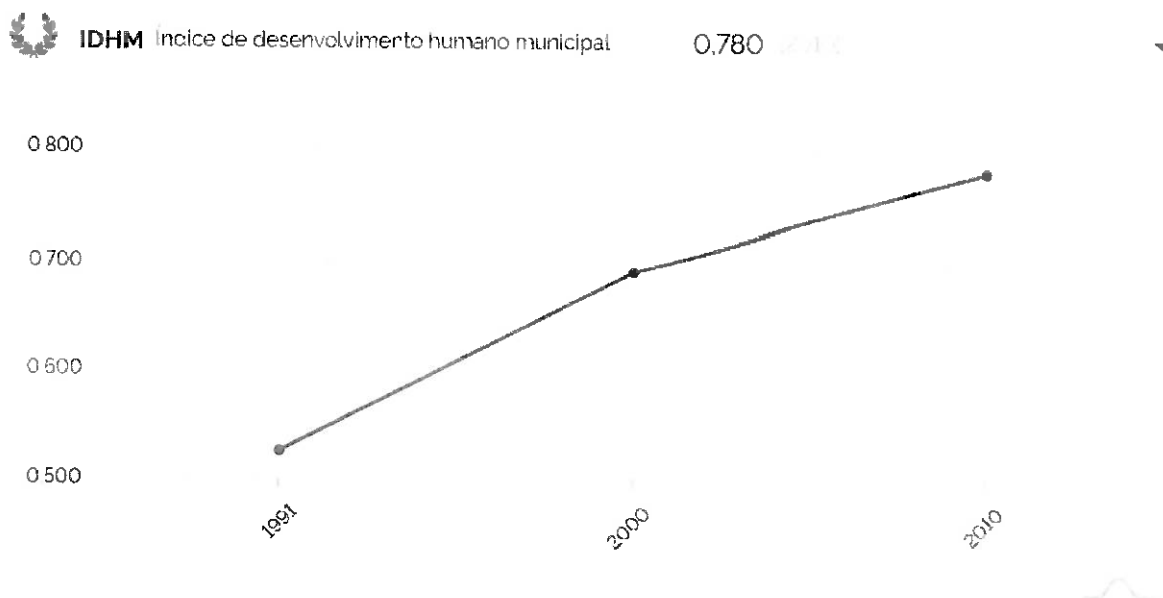
Território e Ambiente

Apresenta 98% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 94% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 24% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 60 de 645, 344 de 645 e 311 de 645, respectivamente. Já quando comparado a todas as cidades do Brasil, sua posição é 67 de 5570, 1050 de 5570 e 1577 de 5570, respectivamente.





5.2.6. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH



6. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

6.1. Mortalidade

6.1.1. Taxa de Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Ano	Numerador - número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID- 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 - E14, em determinado ano e local.	Denominador - população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.	Resultado do indicador - Taxa óbitos prematuros por DCNT
2015	196	56.955	344,13
2016	164	56.955	287,95
2017	189	56.955	331,84
2018	175	56.955	307,26
2019	142	56.955	249,32
2020	152	56.955	266,88



6.1.2. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.

Ano	Numerador - total de óbitos de MIF investigados	Denominador - total de óbitos de MIF	Resultado do indicador - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados
2015	28	28	100,00
2016	28	31	90,32
2017	32	32	100,00
2018	36	37	97,30
2019	16	19	84,21
2020	0	31	0,00

6.1.3. Proporção de registro de óbitos com causa definida

Ano	Numerador - número total de óbitos não fetais com causa básica definida, em determinado ano e local.	Denominador - total de óbitos não fetais.	Resultado do indicador - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
2015	579	746	77,61
2016	695	728	95,47
2017	748	785	95,29
2018	726	769	94,41
2019	625	790	79,11
2020	713	878	81,21

6.1.4. Taxa de mortalidade infantil

Ano	Numerador - número de óbitos em menor de 1 ano em determinado ano e local.	Denominador - número de nascidos vivos de mãe residentes, em determinado ano e local.	Resultado do indicador - Taxa de mortalidade infantil
2015	22	1.663	13,23
2016	15	1.620	9,26
2017	13	1.520	8,55
2018	17	1.710	9,94
2019	20	1.663	12,03
2020	15	1.433	10,47



6.1.5. COVID-19

Em dezembro de 2019, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) da China identificou um surto de doença respiratória em trabalhadores de um mercado de alimentos de Wuhan, capital da província de Hubei. Posteriormente, identificou-se como causador da doença um novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2. O vírus pertence à família *Coronaviridae* e provoca uma doença respiratória, chamada de Covid-19. A doença disseminou-se rapidamente na província de Hubei e, desde então, atingiu mais de 100 países dos cinco continentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Covid-19 uma pandemia em 11 de março de 2020.

Em decorrência desta situação epidemiológica de escala global ocasionada pela infecção humana do novo Coronavírus, o Ministério da Saúde declarou que o Brasil entrou em situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional e orientou que estados e municípios estejam preparados para uma possível chegada da doença a seus territórios, o que infelizmente ocorreu ocasionando óbitos em larga escala.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em razão da disseminação do coronavírus, após reunião com especialistas. Naquele momento, havia 7,7 mil casos confirmados e 170 óbitos na China, principal local de disseminação do vírus, e 98 casos em outros 18 países.

Em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), por meio da Portaria MS nº 188, e conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011.

Conforme declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS), desde o dia 11 de março de 2020, o mundo enfrenta uma pandemia em razão da doença COVID-19, transmitida pelo vírus SARS-CoV-2. Dentre as diversas ações governamentais para mitigar os transtornos causados pela epidemia, está a preocupação com a disponibilidade de recursos hospitalares para garantir o atendimento à população. Frente a isso, fez-se necessário um planejamento adequado de recursos hospitalares para o combate à doença, em especial leitos de internação e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).



Em âmbito nacional, foi publicada a Lei Federal nº 13.979/2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do “coronavírus”, como também, publicado o Decreto Federal nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020, e as Portarias nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, e 356, de 11 de março de 2020, ambas do Ministério da Saúde, que dispõe, respectivamente, sobre a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.

Em âmbito estadual a Resolução SS-27, de 13-3-2020, que dispõe sobre o Centro de Operações do Coronavírus e dá providências correlatas, resolveu atribuir ao Centro de Contingência do Coronavírus, instituído pelo Governo do Estado em 26/02/2020, a responsabilidade de auxílio no monitoramento e planejamento das ações contra a propagação do novo coronavírus, junto à Secretaria de Estado da Saúde, a quem compete a organização e normatização de ações de prevenção, vigilância e controle referentes à infecção humana pelo coronavírus.

O Plano de Contingência Estadual para a Doença Respiratória Aguda pelo SARS-CoV2, que é o Plano seguido pelos municípios do estado de São Paulo, foi elaborado e atualizado em consonância com o Plano de Contingência Nacional e define o nível de resposta e a estrutura de comando correspondente, em cada esfera e nível de complexidade, apresentando os aspectos relacionados à gestão do surto implicando no estabelecimento de compromissos, cadeia de comando, estruturas, organização de serviços para a execução e acompanhamento de ações planejadas de resposta proporcional e restrita aos riscos.

Ademais, em termos constitucionais, a assistência aos usuários é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como toda a linha de cuidado, desde a atenção primária até os procedimentos mais complexos, de forma organizada e hierarquizada, e a atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada. Deve contar com recursos humanos e técnicos adequados e oferecer os serviços de saúde apropriados, segundo o grau de complexidade da assistência requerida e sua capacidade operacional, sendo assim, mesmo com a vacinação, o qual deve ser dada continuidade conforme normas estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde, as ações de prevenção devem ser dadas seguimento pelo município.

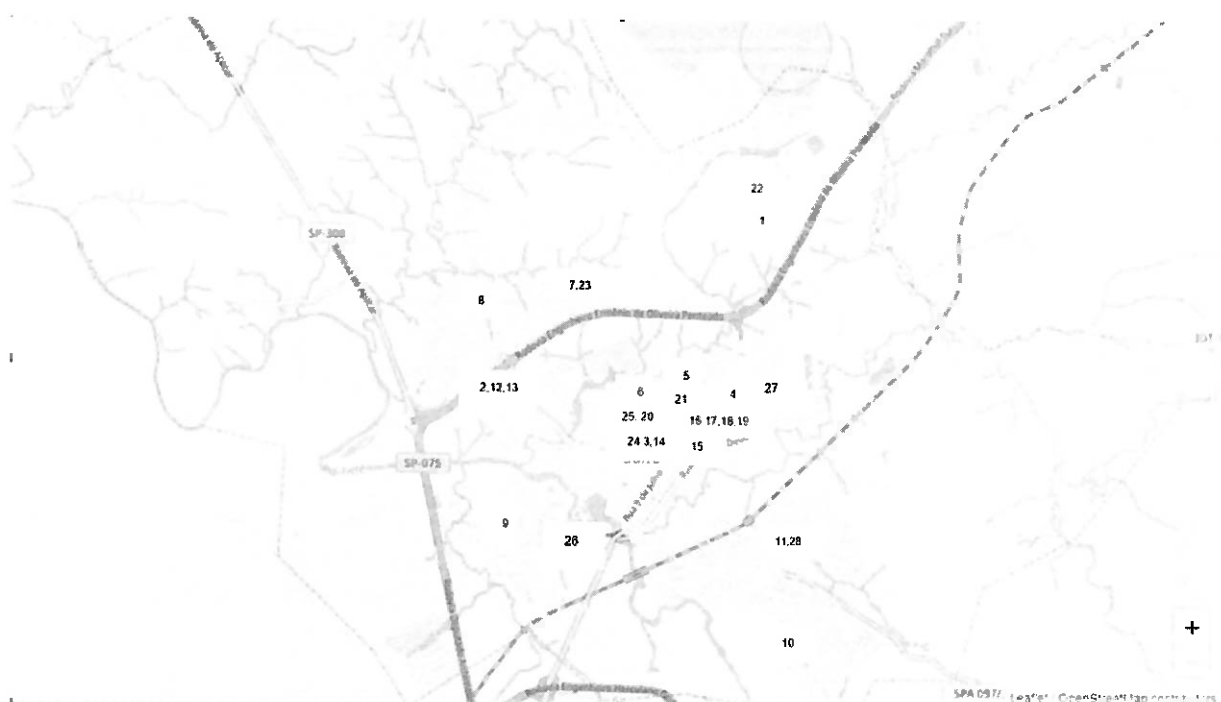
7. SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

7.1. INFRAESTRUTURA

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado na Constituição Brasileira de 1988 é um conjunto de ações e serviços de atenção à saúde prestados por órgãos públicos (administração direta, indireta e fundações) e, complementarmente, pela iniciativa privada conveniada e contratada, bem como das ações dos órgãos de gestão (Lei Federal nº 8.080/90 art. 4). As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; - Atendimento Integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e, - Participação da Comunidade.

O sistema de saúde municipal está organizado em Unidades Básicas e Especializadas, e conta com o programa Estratégia Saúde da Família. Conta com uma unidade hospitalar (maternidade e pronto socorro) onde funciona também o Ambulatório Médico de Especialidades (AME). Dentre a sua estrutura possui serviços de Vigilância em Saúde (Sanitária, Epidemiológica e Zoonoses), serviços de Assistência Farmacêutica, Centro de Reabilitação Fisioterápica e conta com 2 almoxarifados (Farmácia e Suprimentos de Saúde).

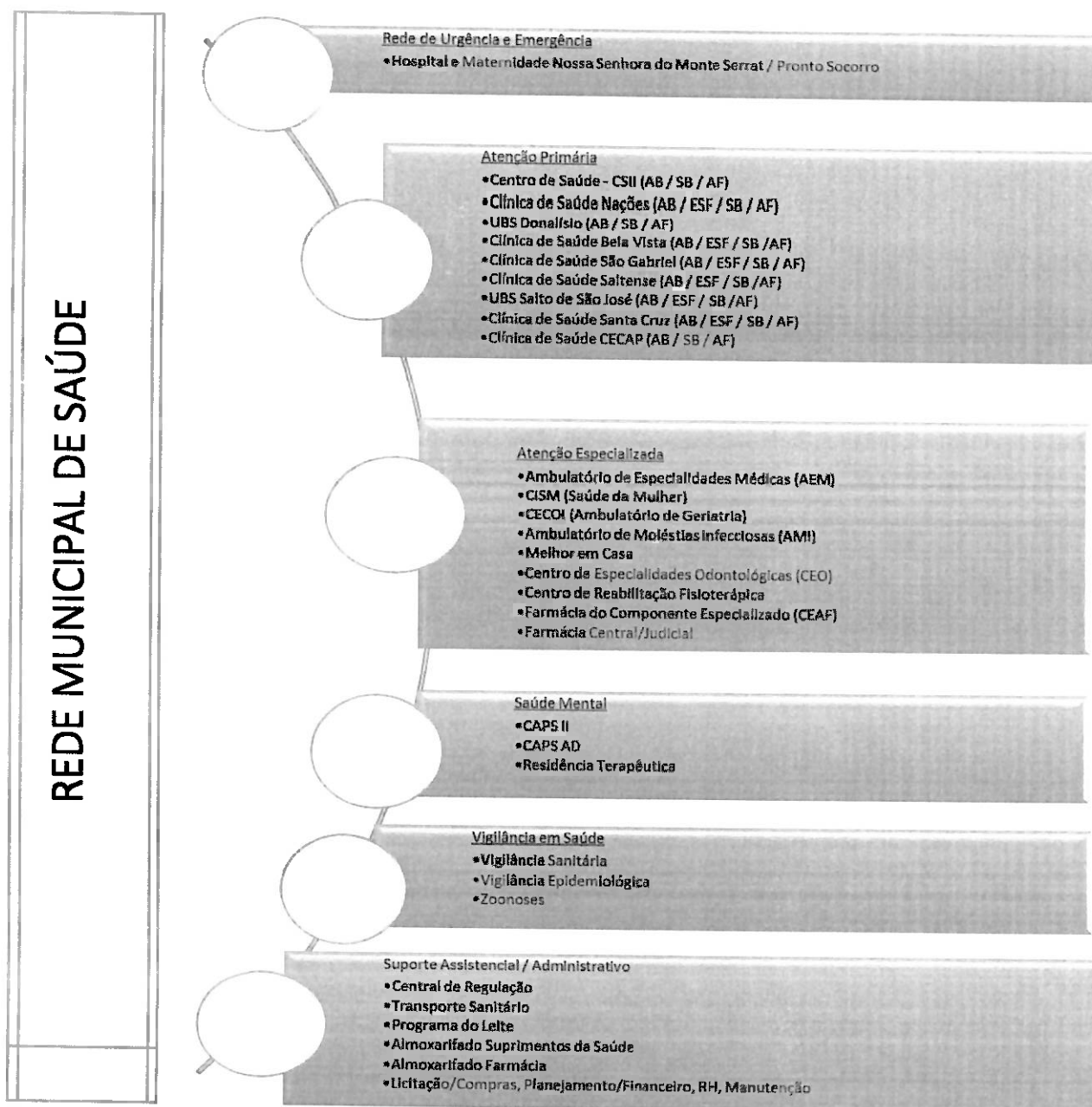




Legenda:

- 1 – Secretaria Municipal de Saúde (Avenida Tranquilo Giannini, 861 – Distrito Industrial Santos Dumont)
- 2 – Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Monte Serrat (Rua Europa, 1571 – Jardim Celani)
- 3 – Centro de Saúde – CSII (Rua Rodrigues Alves, 655 – Centro)
- 4 – Clínica de Saúde Nações (Avenida dos Migrantes, 4 – Jardim das Nações) + ESF
- 5 – UBS Donalísio (Rua Vicente Donalísio, 252 – Jardim Donalísio)
- 6 – Clínica de Saúde Bela Vista (Rua Emílio Ribas, 380 – Parque Bela Vista) + ESF
- 7 – Clínica de Saúde São Gabriel (Rua São José, s/n – Jardim São Gabriel) + ESF
- 8 – Clínica de Saúde Saltense (Rua André Telha, 255 – Jardim Saltense) + ESF
- 9 – UBS Salto de São José (Rua dos Bagres, 57 – Salto de São José) + ESF
- 10 – Clínica de Saúde Santa Cruz (Rua Rangel Pestana, 71 – Jardim Santa Cruz) + ESF
- 11 – Clínica de Saúde Cecap (Avenida das Bandeiras, s/n – Cecap)
- 12 – Ambulatório de Especialidades Médicas (Rua Oceania, 80 – Jardim Celani)
- 13 – CISM/CECOI (Rua Oceania, 80 – Jardim Celani)
- 14 – Ambulatório de Moléstias Infecciosas (Rua Rodrigues Alves, 655 – Centro)
- 15 – Centro de Reabilitação – Fisioterapia (Rua José Revel, 160 – Centro)
- 16 – Vigilância Sanitária (Rua Floriano Peixoto, 1.122 – Vila Nova)
- 17 – Vigilância Epidemiológica (Rua Floriano Peixoto, 1.152 – Vila Nova)
- 18 – Zoonoses (Rua Floriano Peixoto, 1.132 – Vila Nova)
- 19 – Farmácia Central/Programa do Leite (Rua Floriano Peixoto, 1.142 – Vila Nova)
- 20 – Almoxarifado Assistência Farmacêutica (Rua General Glicério, 900 – Centro)
- 21 – Farmácia CEAF (Rua John Kennedy, 446 – Parque Bela Vista)
- 22 – Almoxarifado Suprimentos da Saúde (Rua Otto Halter, 630 – Distrito Industrial Santos Dumont)
- 23 – Centro de Especialidades Odontológica – CEO (Rua São José, s/n – Jardim São Gabriel)
- 24 – Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II (Rua Pio XII, 70 – Vila Teixeira)
- 25 – Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD (Rua José de Arruda Melo, 19 – Jardim Maria José)
- 26 – Clínica de Saúde Moutonné (Avenida Rocha Moutonné) – a funcionar
- 27 – Clínica de Saúde Nações II – em construção
- 28 – Melhor em Casa (Rua Estácio de Sá, 5 – Cecap)

7.2. ORGANOGRAMA



7.3. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

7.3.1. Atenção Primária à Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, define que a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde

é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. A Atenção Primária será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (PNAB, 2017).

A rede de serviços da Atenção Primária no município é formada por 9 estabelecimentos de atenção primária, distribuídos nas regiões do município, dos quais em 6 dessas UBS há equipes do Estratégia Saúde da Família (ESF); em todas as unidades de atenção primária há equipes de saúde bucal, assistência farmacêutica e acompanhamento multidisciplinar.

7.3.1.1. Estratégia Saúde da Família

A Política Nacional da Atenção Básica - PNAB 2017 tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão, consolidação e qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS). Recomenda-se, por meio dela, a conversão das unidades de saúde tradicionais em Estratégia Saúde da Família.

As principais atribuições da Equipe de Saúde da Família (ESF) são: a atuação no cadastramento de indivíduos e domicílios, compondo um diagnóstico situacional da população pela qual a equipe é responsável, a fim de desenvolver ações tendo como foco as necessidades de saúde para um cuidado realizado de forma integral, abrangendo promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, cura, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos. Além disso, espera-se da ESF a busca pela integração de instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias e a disponibilização de espaços democráticos de construção da cidadania.

Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que busca um equilíbrio entre a qualidade dos atendimentos e a demanda dos profissionais de saúde.

7.3.1.2. Atenção à Saúde Bucal

O serviço odontológico do município de Salto está alinhado à Política Nacional de Saúde Bucal. O serviço constitui-se em uma série de medidas que possibilitam



ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos munícipes, refletindo na saúde geral e qualidade de vida da população. A reorganização da prática, a humanização do processo de trabalho e a qualificação das ações e serviços oferecidos são os principais objetivos do serviço odontológico municipal, o qual oferece uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do SUS. As principais linhas de ação são a reorganização da atenção primária em saúde bucal, com ênfase na ampliação das equipes de Saúde Bucal (ESB), na Estratégia Saúde da Família (ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada, através dos Centros de Especialidades Odontológicas e o credenciamento de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. A atenção terciária também se encontra estabelecida no fluxo do serviço odontológico em Salto compondo assim a integralidade das ações. A Coordenadoria de Procedimentos Coletivos e Preventivos em Odontologia é responsável pela realização de ações educativas, preventivas, promotoras de saúde e curativas que são realizadas individual e coletivamente nas unidades escolares, nas unidades de saúde e espaços sociais. Ações Educativas e Coletivas nas Escolas, Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce de Câncer Bucal, Programa Saúde na Escola (Programa Interministerial) e Levantamentos Epidemiológicos são algumas das ações planejadas e desenvolvidas. A ESB (Equipe de Saúde Bucal) na ESF (Estratégia de Saúde da Família) representa a possibilidade de um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho. Na ESF, a ESB assume olhar ampliado frente aos agravos de saúde e também fortalece o caráter educativo e preventivo no âmbito dos serviços, contribuindo e atuando efetivamente na composição multiprofissional da equipe 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. 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 referência territorial são fundamentais para que se concretize a humanização da atenção, co-responsabilização nas ações e vínculo profissional. O processo de trabalho das ESF deve estar centrado no trinômio território-família-comunidade.



7.3.1.3. Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. A intersetorialidade das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. A articulação entre Escola e Atenção Primária à Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. As ações deverão ser desenvolvidas mediante planejamento intersetorial e gestão compartilhada entre a saúde e a educação, tendo como diretrizes:

- I – Descentralização e respeito à autonomia federativa;
- II - Integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde, por meio da junção das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, dos equipamentos e dos recursos disponíveis;
- III - Territorialidade, respeitando as realidades e as diversidades existentes no espaço sob responsabilidade compartilhada;
- IV - Interdisciplinaridade e intersetorialidade, permitindo a progressiva ampliação da troca de saberes entre diferentes profissões e a articulação das ações executadas pelos sistemas de Saúde e de Educação, com vistas à atenção integral à saúde dos estudantes;
- V - Integralidade, tratando a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos, fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades, que possam comprometer o pleno desenvolvimento do estudante;
- VI – Cuidado ao longo do tempo, atuando, efetivamente, no acompanhamento compartilhado durante o desenvolvimento dos estudantes, prevendo a reorientação dos serviços para além de suas responsabilidades técnicas;



VII - Controle social, buscando promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção das políticas públicas da Saúde e Educação;

VIII – Monitoramento e avaliação permanentes, visando o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas, de vislumbre das implicações propagadas nos cenários que envolvem a intervenção, e das estratégias empregadas na macro e micropolítica.

7.3.2. Atenção de Urgência e Emergência

A Rede de Urgência e Emergência tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. A organização municipal da rede de urgência e emergência é realizado no PS do Hospital e Maternidade Municipal Nossa Senhora do Monte Serrat que conta com espaço físico adequado para o desenvolvimento dos serviços de urgência e emergência, acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, protocolos clínicos e outras ferramentas de apoio à decisão clínica, e havendo necessidade de intervenção especializada é buscado referência regional através do sistema CROSS.

7.3.3. Atenção Especializada

7.3.3.1. Atenção Especializada em Odontologia

Em Salto o acesso aos serviços de saúde de média complexidade ambulatorial e hospitalar em odontologia se dá a partir das Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Serviços/Unidades de Pronto-Atendimento, sendo estes posteriormente e dependendo do grau de gravidade referenciados aos serviços especializados em âmbito regional com regulação de protocolos clínicos.

O serviço odontológico especializado existentes no município é um serviço próprio, através do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) que funciona junto à Clínica de Saúde São Gabriel; acrescente-se que o município se encontra em processo de credenciamento de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).



7.3.3.2. Consultas Especializadas

O município disponibiliza consultas médica especializadas nas seguintes unidades de saúde: o AEM (Ambulatório de Especialidades Médicas) nas especialidades cardiologia, dermatologia, endocrinologia, ortopedia, cirurgia geral, oftalmologia, urologia, gastroenterologia, cirurgia vascular, anestesiologia, cirurgia plástica, pneumologia, neurocirurgia, neurologia, otorrinolaringologia, reumatologia, alergologia, nefrologia, oncologia, hematologia e acidente de trabalho; o CISM (Centro Integrado de Saúde da Mulher) nas especialidades ginecologia e mastologia; e o CECOI (Ambulatório de Geriatria) nas especialidades clínica médica e geriatria.

As solicitações de consultas especializadas são submetidas a uma regulação médica que tem como prioridade dar o fluxo adequado para cada caso, direcionando para os locais com habilitação para as necessidades do paciente. Quando constatado uma prioridade “alta” o agendamento torna-se prioritário e é realizado na próxima vaga disponível. Assim, o processo otimiza as vagas disponíveis e atende com equidade a população.

Mesmo com toda a otimização das vagas, a oferta de consultas especializadas não supre a necessidade do município, sendo necessário encaminhar parte desta demanda para os serviços estaduais (regionalizados), no entanto, mesmo assim, há demanda reprimida em algumas especialidades.

As ações do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) ocorrem através do Programa Melhor em Casa (MEC) do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS 2.029/2011), que regulamentou a atenção domiciliar no SUS e o município de Salto foi contemplado com essa política, passando a contar com repasse de verba pelo Ministério da Saúde. A Atenção Domiciliar passa a ser indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitem de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, da família e do cuidador. As equipes de atenção domiciliar que compõem o SAD são: EMAD (Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar), que pode ser constituída como EMAD Tipo 1 ou EMAD Tipo 2; e EMAP (Equipes Multiprofissionais de Apoio).

Os atendimentos no município são realizados por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social.



Já os serviços de IST/Aids, Tuberculose e Hepatites Virais são unidades de referência com equipe multidisciplinar composta por médicos infectologistas, enfermeiro, psicólogo, assistente social, farmacêutico, cirurgiões dentistas e/ou outras especialidades. Esses serviços têm por objetivo garantir melhor qualidade de vida às pessoas infectadas, promovendo o acesso a procedimentos diagnósticos, medicamentos e tratamento adequado. O município conta com uma única unidade especializada em IST/Aids, Tuberculose e Hepatites Virais que é o AMI (Ambulatório de Moléstias Infecciosas) que oferta consultas e acompanhamentos nas especialidades hanseniologia, infectologia, pneumologia e odontologia.

Os serviços de saúde relacionados à Saúde Mental no município estão organizados territorialmente, buscando favorecer um cuidado em saúde em consonância com as necessidades específicas de cada comunidade local e articulada com a rede intersetorial de serviços mais próximos. Existem atualmente 3 serviços especializado em saúde mental que é referência para o atendimento da população adulta com transtorno mental que reside nesse território. Desses 2 serviços especializados de saúde mental para populações e demandas específicas que são referências para atendimento em Salto:

- CAPS AD (Álcool e outras drogas) – atendimento das pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, maiores de 18 anos;
- CAPS II – atendimentos em 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.

O fluxo de encaminhamento para atendimento nesses serviços funciona dentro da chamada lógica da porta aberta, através de horários diários disponibilizados para acolhimento da demanda, seja ela encaminhada de outros dispositivos ou através da procura espontânea. Nesses espaços de acolhimento, um profissional de nível superior realiza uma escuta qualificada da demanda trazida pelo paciente e acompanhante, se houver, e a partir dessa escuta direciona o paciente para o tipo de cuidado mais indicado para a sua problemática, que pode ser desde a consulta médica, o atendimento psicológico, grupos terapêuticos e oficinas, atendimento social, orientação e suporte ao familiar e cuidador, ou o encaminhamento para outros dispositivos da rede.

Com relação ao componente da RAPS referente à desinstitucionalização, ou seja, a inserção dos moradores de hospitais psiquiátricos em residências inseridas na



comunidade, promovendo sua cidadania e inclusão social, o município possui uma residência terapêutica (SRT) com regulação realizada pela Secretaria Estadual de Saúde.

7.3.4. Demais Serviços

7.3.4.1. Fonoaudiologia

Atendimentos e terapias audiológicas com realização de consultas e procedimentos.

7.3.4.2. Assistência Social

Responsável pelos atendimentos aos pacientes que demandam de atendimento diferenciado em suas solicitações, bem como realiza o estudo sócio-econômico para fins de concessão de serviços custeados exclusivamente pelo município.

7.3.4.3. Transporte Sanitário

Gerencia a regulação de tratamento fora do domicílio com disponibilização de transporte sanitário intermunicipal, bem como gerenciamento da rede de urgência e emergência (192), que atualmente é terceirizado.

7.3.4.4. Fisioterapia

O Centro Municipal de Reabilitação em saúde em Salto é composto por uma equipe multidisciplinar, responsável pelos atendimentos em reabilitação fisioterápica e terapia ocupacional. A nova sede atualmente oferece os serviços de forma adequada e planejada, porém o maior desafio da gestão atual e a melhoria do quadro de recursos humanos, no objetivo de suprir a demanda reprimida existente.

7.3.5. Atenção Hospitalar

A atenção hospitalar é realizada no Hospital e Maternidade Municipal Nossa Senhora do Monte Serrat com expansão na rede regionalizada e hierarquizada.

O Hospital e Maternidade Municipal Nossa Senhora do Monte Serrat é um hospital geral; atualmente, mediante contratação emergencial, está sob administração da Organização Social Sociedade Beneficente Caminho de Damasco. É contratualizado SUS para realização de procedimentos de baixa e média



complexidade, sendo o único hospital público do município, para uma população estimada para o ano de 2020 de 119.736 pessoas .

(<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/salto/panorama>).

Sua atual natureza jurídica é pública com administração por Organização Social na área da Saúde, de esfera administrativa privada e gestão municipal. A contratualização de serviços SUS envolve recursos Federais, Estaduais e Municipais, com o Contrato de Gestão para atendimento a urgências e emergências, ambulatório e exames.

É credenciado SUS para procedimentos de baixa e média complexidade.

O Ambulatório Médico de Especialidades – AME Salto é um serviço estadual estando o município de Salto na gestão do mesmo por meio de Convênio junto à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Plano Operativo próprio), sendo que tal Convênio permite a terceirização desta gestão. O AME Salto atende aos municípios da região administrativa da DRS – XVI – Sorocaba e a regulação da entrada dos pacientes é feito via sistema CROSS e DRS – XVI – Sorocaba.

O AME Salto é um anexo do Hospital Municipal, estando ambos instalados em imóvel de propriedade do município de Salto, em terreno de 15.000 m² de área total, edificado em prédio de alvenaria, estando destinado ao atendimento médico-hospitalar 8.899,18 m² de área construída.

O presente plano operativo foi elaborado em consonância com as diretrizes previstas na Portaria GM/MS nº 3.410, de 30/12/2013, que estabelece as diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 3.390, de 27/12/2013, com a Portaria GM/MS nº 142, de 27/01/2014, que institui o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar – IGH, todas atendendo ao prazo disposto na Portaria GM/MS nº 2.839, de 29/12/2014.

O hospital mantém 123 leitos planejados para internação, estando 113 deles disponibilizados ao SUS, subdivididos em alas (cirúrgicos, obstétricos, pediátricos, clínicos, psiquiátricos, hospital dia e isolamento) mais 10 leitos de UTI Adulto – Tipo II.

Fonte: <http://cnes2.datasus.gov.br>.

Possui também um Pronto Socorro adulto e infantil, apoio diagnóstico terceirizado para exames bioquímicos, radiografia, ultrassonografia, tomografia, mamografia, endoscopia, ressonância magnética. Tem anexo o Ambulatório Médico de Especialidades - AME Salto, integrado, e que atende à região da DRS-XVI Sorocaba



nas especialidades cirúrgicas de ginecologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia plástica, urologia, oftalmologia.

Realiza mensalmente uma média de 364 internações e dessas 110 são cirúrgicas (urgências e eletivas) e o Pronto Socorro tem capacidade para até de 15.000 mil atendimentos mensais, sendo que sua média atual é de 11.500 atendimentos/mês, sendo porta de entrada para quase todas as internações.

O hospital possui serviço de atendimento ao público junto ao SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatístico) e Recepção Central e mantém pesquisa de opinião junto aos usuários, assim como projeto de educação continuada e treinamento de seus colaboradores.

Sua principal missão é promover saúde integrada, assegurando assistência sistematizada, humanizada e individualizada, com qualidade e competência no atendimento.

Informações Cadastrais Condensadas:

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação Data: 05/02/2021

CNES: 3774554 Nome Fantasia: HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL N S DO MONTE CNPJ: --

Nome Empresarial: PREFEITURA DA ESTANCIA TURISTICA DE SALTO Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: EUROPA Número: 1571 Complemento: --

Bairro: JARDIM CELANI Município: 354520 - SALTO UF: SP

CEP: 13328-110 Telefone: (11)4602-9000 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 218

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Genete/Administrador: RENATO CASSANI

Cadastrado em: 27/01/2008 Atualização na base local: 06/01/2021 Última atualização Nacional: 19/01/2021

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Data desativação: -- Motivo desativação: --

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação Data: 05/02/2021

CNES: 7255806 Nome Fantasia: AMBULATORIO MEDICO DE ESPECIALIDADE AME SALTO CNPJ: --

Nome Empresarial: PREFEITURA DA ESTANCIA TURISTICA DE SALTO Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RUA EUROPA Número: 1571 Complemento: --

Bairro: JD CELANE Município: 354520 - SALTO UF: SP

CEP: 13328-110 Telefone: 46028000 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 218

Tipo de Estabelecimento: CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE Subtipo: OUTROS Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Genete/Administrador: RENATO CASSANI

Cadastrado em: 13/06/2013 Atualização na base local: 06/01/2021 Última atualização Nacional: 19/01/2021

Horário de Funcionamento:

Dia semana	Horário
SEGUNDA-FEIRA	08:00 às 17:00
TERÇA-FEIRA	08:00 às 17:00
QUARTA-FEIRA	08:00 às 17:00
QUINTA-FEIRA	08:00 às 17:00
SEXTA-FEIRA	08:00 às 17:00

Data desativação: -- Motivo desativação: --



Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br>

No hospital municipal a oferta de leitos no município de Salto está distribuído conforme tabela abaixo:

Dados Estabelecimento

CNES	CNPJ Próprio	Nome Fantasia	
3774554	---	HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL N S DO MONTE SERRA	
Tipo de Estabelecimento	Gestão	Natureza Jurídica(Grupo)	
HOSPITAL GERAL	MUNICIPAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	
CNPJ Mantenedora	Nome da Mantenedora		
46.634.507/0001-06	PREFEITURA DA ESTANCIA TURISTICA DE SALTO		
Cadastrado em	Atualização na Base Local	Última atualização Nacional	
27/01/2006	06/07/2021	08/08/2021	

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
75 - UTI ADULTO - TIPO II	10	10
ESPEC - CIRURGICO		
03 - CIRURGIA GERAL	20	20
06 - GINECOLOGIA	10	10
ESPEC - CLINICO		
33 - CLINICA GERAL	50	50
41 - NEONATOLOGIA	7	7
OBSTETRICO		
10 - OBSTETRICA CIRURGICA	6	6
43 - OBSTETRICA CLINICA	4	4
OUTRAS ESPECIALIDADES		
47 - PSIQUIATRIA	5	5
PEDIATRICO		
68 - PEDIATRIA CIRURGICA	2	2
45 - PEDIATRIA CLINICA	9	9

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/3545203774554>



7.3.6. Suporte Diagnóstico

7.3.6.1. Exames Laboratoriais

Os exames são realizados no serviço conveniado com monitoramento e avaliação pela Secretaria Municipal de Saúde, onde com esse atual serviço além da economia do recurso financeiro, o município obteve ganhos com o aumento da qualidade e na agilidade na obtenção dos resultados; alguns exames relacionados aos agravos de notificação são realizados pelo Instituto Adolfo Lutz.

7.3.6.2. Demais Exames

A rede municipal de saúde oferta os seguintes exames em sua rede própria: radiografia, ultrassonografia, eletrocardiograma e alguns outros exames de imagem. Os demais exames são realizados por serviços estaduais e também por serviços conveniados e contratados pelo município.

Quando o médico solicita um exame especializado, o pedido é encaminhado para o Complexo Regulador como "exame solicitado". A guia é analisada e passa a ser definida como "guia regulada", sendo caracterizada como prioridade ou rotina. As guias de prioridade são agendadas para atendimento de acordo com as vagas disponibilizadas nas agenda nos diversos serviços contratualizados e conveniados.

7.3.7. Vigilância em Saúde

As ações de Vigilância em Saúde devem ser objeto de ações de todas as profissões da área da saúde. O Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento tem como responsabilidade as ações técnicas de controle e prevenção, organizadas de modo a cumprir as normatizações e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde, tanto para agravos doenças, em que as práticas requerem à intervenção sobre coletivos, como também na garantia sanitária de produtos e serviços.

7.3.7.1. Vigilância Epidemiológica

A Lei Orgânica da Saúde define a Vigilância Epidemiológica como "um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva,



com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

Em Salto as ações desenvolvidas pela equipe da vigilância epidemiológica têm como referência as normas e diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde.

As doenças de notificação compulsória estão definidas na Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, e os sistemas de informação utilizados são os do Ministério da Saúde e os da Secretaria de Estado da Saúde.

As principais atribuições da Vigilância Epidemiológica são:

✓ Notificação de doenças de notificação compulsória e de interesse do município;

✓ Preenchimento de fichas epidemiológicas;

✓ Investigação dos casos, incluindo visitas aos locais, quando necessário;

✓ Acompanhamento dos casos notificados;

✓ Busca ativa e controle de comunicantes;

✓ Coleta e processamento de dados;

✓ Análise e interpretação dos dados processados;

✓ Recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas;

✓ Promoção das ações de prevenção e controle indicadas;

✓ Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;

✓ Análise e acompanhamento do comportamento epidemiológico das doenças e agravos;

✓ Participação na formulação de políticas, planos e programas de saúde e na organização da prestação de serviços, no âmbito municipal;

✓ Promoção de educação permanente dos recursos humanos e o intercâmbio técnico-científico com instituições de ensino, pesquisa e assessoria;

✓ Comunicação com Centros de Informações de Saúde ou assemelhados das administrações municipal e estadual, visando o acompanhamento da situação epidemiológica, a adoção de medidas de controle e a retroalimentação dos sistemas de informação;

✓ Trabalhar com populações em situações de vulnerabilidade;



- ✓ Divulgação de informações pertinentes.

O objetivo geral da vigilância epidemiológica é a análise permanente da situação da saúde da população por meio de ações de vigilância, proteção, prevenção, controle das doenças e agravos à saúde e promoção da saúde. Os objetivos específicos são:

- ✓ Fortalecer a integração das ações de vigilância epidemiológica com as ações de vigilância ambiental em saúde e atenção primária em saúde;

- ✓ Implementar a vigilância de agravos não transmissíveis (acidentes e violências) com os Programas em Saúde e Instituições/Órgãos envolvidos nas ações;

- ✓ Implantar a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis em parceria com o Programa de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas;

- ✓ Manter as ações de vigilância das Doenças de Notificação Compulsória e de interesse municipal;

- ✓ Manter as ações necessárias para o controle das doenças imunopreveníveis do Programa Nacional de Imunização – PNI;

- ✓ Fortalecer as ações de vigilância hospitalar e de controle de infecções hospitalares;

- ✓ Coordenar os programas de DST/Aids, tuberculose e hepatites virais e programa de Imunização;

- ✓ Manter fluxo permanente de informações epidemiológicas para as unidades de saúde, programas de saúde e comunidade.

7.3.7.2. Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (VISA) é uma Divisão do Departamento de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde, que tem o papel de guardião dos direitos do consumidor e provedor das condições de saúde da população, com a missão de proteger e promover a saúde, garantindo segurança sanitária de produtos e serviços.

É uma atividade multidisciplinar que controla as práticas de fabricação, produção, transporte, armazenagem, distribuição e comercialização de produtos e a prestação de serviços de saúde e de interesse da Saúde Pública, usando instrumentos legais de orientação e de aplicação de penalidades, tais como: advertência, multa, apreensão e inutilização de produtos, interdição parcial e total do estabelecimento e



cancelamento da licença para funcionamento de estabelecimentos, com o objetivo de coibir práticas que coloquem em risco a saúde da população.

A VISA dispõe de três esferas administrativas: federal, estadual e municipal, com competências distintas, e suas ações apresentam duas grandes vertentes:

- A técnica normativa, que compreende o planejamento e edição de normas técnicas, com maior atuação das esferas federal e estadual; e,

- A técnica operacional, que compreende a execução da fiscalização, isto é, o efetivo exercício do poder de polícia sanitária, realizada principalmente pelo município.

O foco principal das ações da VISA é na prevenção, para evitar riscos e agravos à saúde da população, e também na atuação ativa na correção e eliminação da origem dos danos. Como parte integrante da Vigilância em Saúde, a VISA atua em conjunto com a Vigilância Epidemiológica (VE) e a Vigilância Ambiental.

Anualmente tem suas ações pactuadas com o Estado, através do Centro de Vigilância Sanitária (CVS-SP), com as metas descritas no Plano de Ação de Vigilância Sanitária - PAVISA.

Atividades implementadas pela VISA:

- ✓ Participação ativa em campanhas em diversas áreas de atuação.
- ✓ Disponibilizar as Licenças de Funcionamento através do SIVISA.
- ✓ Avaliação de projetos para a emissão de Laudo Técnico de Avaliação (LTA), pré-requisito para o protocolo de licenciamento das atividades econômicas definidas na Portaria CVS 1/2020.
- ✓ Integração do Sistema de Informação de Vigilância Sanitária – SIVISA com outras redes de informação.
- ✓ Inspeções nos estabelecimentos para o licenciamento sanitário.
- ✓ Elaboração de protocolos sanitários que institui as medidas de prevenção de agravos, como por exemplo no controle da Covid-19.
- ✓ Intensificação, durante a pandemia, das inspeções de estabelecimentos para verificar o cumprimento dos protocolos sanitários para o controle da Covid-19.
- ✓ Intensificação, durante a pandemia, das inspeções nas Instituições de Longa Permanência de Idosos.
- ✓ Atendimento de demandas do Ministério Público.



7.3.7.3. Vigilância Ambiental

A Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde é responsável pela vigilância dos fatores de risco relativos às zoonoses, aos acidentes causados por animais peçonhentos e ao controle de animais de relevância para a saúde pública, visando garantir a prevenção, promoção e proteção à saúde humana.

Atribuições da Vigilância Ambiental:

- Vigilância e Controle da Raiva Aérea
 - ✓ Recolhimento e identificação de morcegos em situação suspeita;
 - ✓ Vacinação antirrábica e observação de cães e gatos que tiveram contato com morcegos;
 - ✓ Vistoria e orientações.
- Vigilância e Controle da Raiva Urbana
 - ✓ Observação domiciliar de cães e gatos agressores no período de 10 dias;
 - ✓ Vacinação antirrábica de cães e gatos agressores;
 - ✓ Monitoramento de animais em área de risco para alguma zoonose;
 - ✓ Recolhimento de animais vivos de zoorrelevância para a saúde pública;
 - ✓ Campanha de vacinação antirrábica animal;
 - ✓ Recolhimento e recebimento de animais mortos de zoorrelevância;
 - ✓ Coleta e encaminhamento de amostras de animais suspeitos de zoonoses de relevância para a saúde pública.
- Vigilância e Controle da Dengue, Zika e Chikungunya
 - ✓ Visitas casa a casa;
 - ✓ Bloqueios de Controle de Criadouros em casos suspeitos e/ou confirmados de Dengue/Zika/Chikungunya;
 - ✓ Bloqueios de Nebulização em casos suspeitos e/ou confirmados de Dengue/Zika/ Chikungunya;
 - ✓ Vistorias periódicas em Pontos Estratégicos;
 - ✓ Vistorias periódicas em Imóveis Especiais;
 - ✓ Avaliação de Densidade Larvária (ADL) – pesquisa dos níveis de infestação larvária;



- ✓ Vistorias periódicas de obras de construção civil.
- Vigilância e Controle das Leishmanioses
 - ✓ Realização de pesquisa entomológica no município, a fim de detectar a presença de *Lutzomyia longipalpis* (vetor da Leishmaniose Visceral Americana - LVA);
 - ✓ Realização de pesquisa entomológica no entorno de caso canino ou humano positivo de LVA;
 - ✓ Coleta de amostras biológicas de cães suspeitos de Leishmaniose para diagnóstico laboratorial;
 - ✓ Realização de exame parasitológico de Leishmania.
- Vigilância e Controle da Febre Maculosa Brasileira
 - ✓ Monitoramento e pesquisa acarológica em locais com risco de transmissão de Febre Maculosa Brasileira (FMB).
 - Atendimento de Notificações de Animais de Relevância para a Saúde Pública
 - ✓ Atendimento de demandas relativas a dúvidas e/ou problemas referentes aos animais que possuem relevância para a saúde pública, como mosquitos, roedores, escorpiões, pombos, aranhas, serpentes, caramujos, cães, gatos, carrapatos, inseto suspeito, avaliação ambiental, percevejo e outros.
 - IEC - Informação, Educação e Comunicação
 - ✓ Ações integradas de educação em saúde, com ênfase nas temáticas relacionadas às zoonoses e aos animais de zoorrelevância.

7.3.8. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é um sistema de apoio para qualificação dos serviços de saúde, na medida em que pode melhorar a lacuna entre o potencial que os medicamentos essenciais têm para oferecer e a realidade das pessoas que precisam dos medicamentos, levando em consideração principalmente a questão da equidade, como objetivo de propiciar o acesso, a segurança e o uso racional dos medicamentos.

Pensar sobre a integralidade das ações e serviços de saúde também significa pensar sobre as ações e serviços de Assistência Farmacêutica. Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que esse uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado, é imperativo que a Assistência Farmacêutica seja vista sob ótica integral.



Não é suficiente considerar que se está oferecendo atenção integral à saúde quando a Assistência Farmacêutica é reduzida à logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir). É preciso agregar valor às ações e aos serviços de saúde, por meio do desenvolvimento da Assistência Farmacêutica. Para tanto, é necessário integrar a Assistência Farmacêutica ao sistema de saúde; ter trabalhadores qualificados; selecionar os medicamentos mais seguros, eficazes e com custo-efetividade; programar adequadamente as aquisições; adquirir a quantidade certa e no momento oportuno; armazenar, distribuir e transportar adequadamente para garantir a qualidade do produto farmacêutico; gerenciar os estoques; disponibilizar protocolos e diretrizes de tratamento, além de formulário terapêutico; prescrever racionalmente; dispensar adequadamente, entregando o medicamento ao usuário com orientação do uso; e monitorar o surgimento de reações adversas, entre outras ações.

Para garantia do acesso consideramos a organização e qualificação dos serviços e o desenvolvimento profissional como fatores determinantes. O acesso envolve várias dimensões, entre as quais destacamos: estrutura, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica, qualificação de serviços e de pessoal, utilização adequada dos recursos e promoção do uso racional. A organização da assistência farmacêutica nos moldes citados demanda recursos financeiros que são escassos para o SUS como um todo. Surge aí a necessidade de otimizar o uso dos recursos (financeiros, humanos, etc.) disponibilizados e, para tanto, o planejamento é fundamental para pensar a realidade e agir sobre ela.

A Assistência Farmacêutica na Secretaria Municipal de Saúde de Salto é coordenada por uma farmacêutica que atua junto com os demais integrantes da equipe técnica no planejamento, na seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle, regulamentação e acompanhamento da distribuição dos medicamentos.

A crescente complexidade da terapia medicamentosa, como o uso de quatro ou mais medicamentos, assim como de usuários com várias morbidades, aumentam o risco da ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, como eventos adversos e erros relacionados aos medicamentos, sendo primordial o acompanhamento farmacoterapêutico para a melhoria da adesão à farmacoterapia, a redução do número de medicamentos utilizados e uma maior racionalidade das prescrições em longo prazo.

A equipe da Assistência Farmacêutica atua nas 9 Unidades Básicas de Saúde, e também com unidades de atendimento especializado (Componente Especializado de



Assistência Farmacêutica), IST (Ambulatório de MI), estratégico e judicial (Farmácia Central), além de possuir um almoxarifado próprio.

As farmácias possuem sistema informatizado (Hórus), com dados interligados que possibilitam a dispensação do medicamento de maneira mais racional permitindo melhor gerenciamento do serviço e a garantia da manutenção dos medicamentos essenciais à população.

Possui também a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).

7.4. GESTÃO

7.4.1. Região de Saúde

O município de Salto faz parte do Departamento Regional de Saúde XVI (DRS XVI). O DRS XVI está localizado na região sudeste do Estado de São Paulo, na cidade de Sorocaba.

O DRS XVI é composto por três Regiões de Saúde: CGR Sorocaba, CGR Itapetininga e CGR Itapeva, sendo que o município de Salto pertence à CGR Sorocaba.

As Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) são uma das estratégias de superação da fragmentação da atenção e gestão nas regiões de saúde, visando assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessite, com efetividade e eficiência. As RRAS fazem parte do processo de regionalização da assistência à saúde.

7.4.2. Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com o Ministério da Saúde, são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”

As redes estão voltadas para as necessidades populacionais de cada espaço regional singular, constituindo uma estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

O objetivo principal da RAS é ofertar o cuidado integral, através da organização dos diferentes níveis de atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta



de entrada do sistema de atenção à saúde, considerando a atenção centrada nas pessoas, famílias e comunidade.

A organização das RAS temáticas foi realizada a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas ou as populações.

As redes temáticas pactuadas pelo município são:

- Rede Cegonha, que tem como objetivo propiciar um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e saúde da criança, garantindo acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e neonatal;

- Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna;

- Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas, que tem os seguintes eixos para a implementação da rede:

Eixo 1 – Ampliação do acesso da rede de atenção integral à saúde mental;

Eixo 2 – Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental;

Eixo 3 – Ações Intersetoriais para a reinserção social e reabilitação; e,

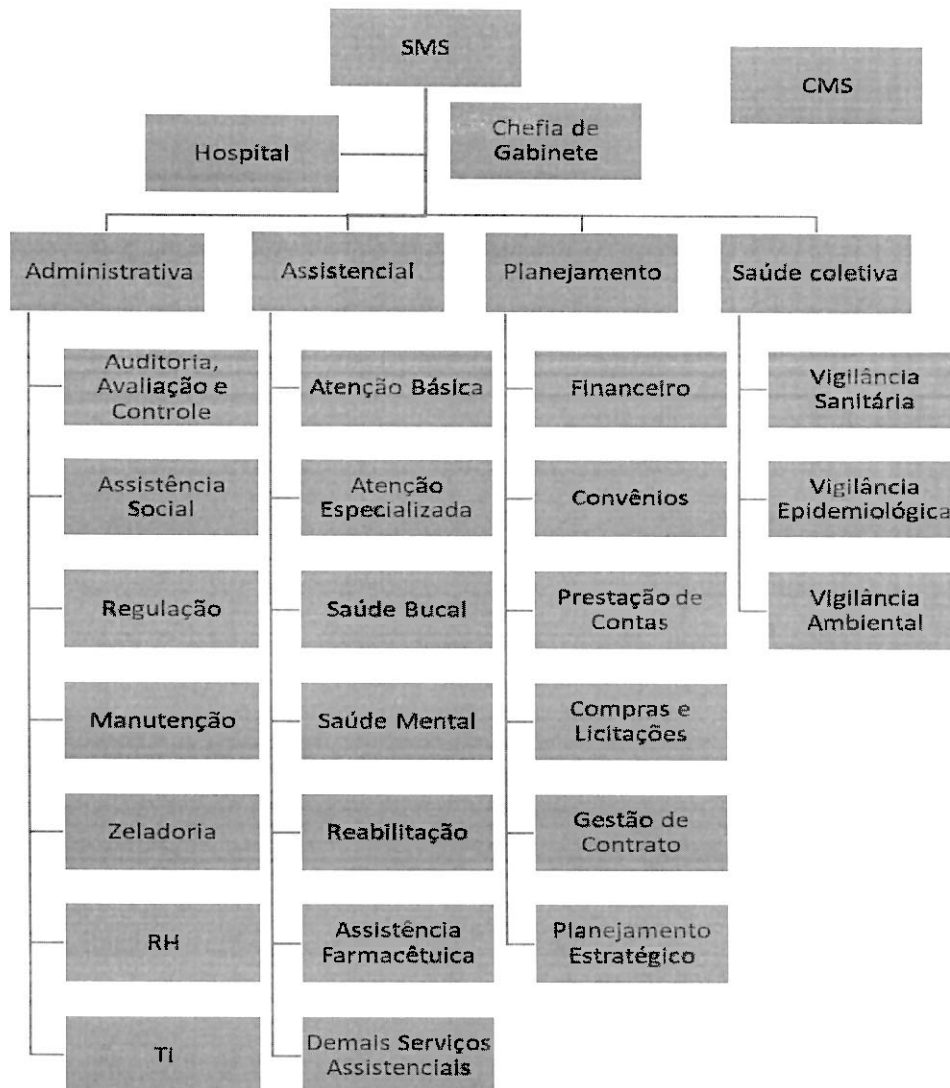
Eixo 4 – Ações de prevenção e redução de danos;

- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, iniciando-se pelo câncer, a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e do colo do útero;

- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, com os objetivos de ampliar o acesso e qualificar atendimento às pessoas com deficiência no SUS, ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos da atenção especializada, e desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta.

7.4.3. Organograma da Secretaria da Saúde

O organograma da Secretaria Municipal da Saúde está assim formatada:



7.4.4. Áreas de Apoio a Gestão e Desenvolvimento Institucional

7.4.4.1. Planejamento em Saúde

O planejamento no SUS é uma função gestora, um requisito legal e um dos mecanismos mais relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico, que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho.

O caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo o processo deve ser conduzido de



maneira ascendente, desde os municípios até a União. O desafio dos gestores municipais e estaduais é cumprir com a agenda deste macroprocesso e executá-la de forma integrada aos demais entes federados que compõem a região de saúde.

O Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, em consonância com o Conselho Nacional de Saúde, definem as diretrizes gerais de elaboração do planejamento para todas as esferas de gestão, estabelecem as prioridades e os objetivos nacionais. Os municípios, a partir das necessidades locais, das diretrizes estabelecidas pelos Conselhos Municipais de Saúde, das prioridades estaduais e nacionais, elaboram, implementam e avaliam o ciclo do planejamento municipal.

Principais regulamentações sobre o planejamento no SUS.

Art. 36 da Lei nº 8.080, de 1990 - Estabelece que o processo de planejamento e orçamento no SUS será de natureza ascendente desde a esfera municipal até a federal e deverá observar o equilíbrio financeiro dos entes da Federação, define o Plano de Saúde como instrumento básico do planejamento setorial e confere ao CNS a atribuição de estabelecer as diretrizes gerais para a elaboração dos planos de saúde

Lei nº 8.142, de 1990 - Define as conferências de saúde como instâncias para avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas, de maneira ascendente, e estabelece a elaboração dos planos de saúde como condição para o recebimento de transferências do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Emenda Constitucional nº 29, de 2000 - Institui a obrigatoriedade da aplicação por parte dos três entes da Federação de patamares mínimos de recursos fiscais para o financiamento das ações e serviços de saúde no SUS, patamares esses que deverão balizar a previsão de receitas e despesas nos processos de planejamento do SUS.

Portaria nº 4.279, de 2010 - Estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização das redes de atenção à saúde e as diretrizes para sua implementação, visando a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS e consequente garantia da integralidade do cuidado

Decreto nº 7.508, de 2011 - Regulamenta a Lei 8.080/1990 no que se refere à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Estabelece critérios para a instituição das regiões de saúde, define o planejamento como atividade obrigatória dos entes federados, de natureza ascendente e integrada e indutora das políticas para a iniciativa privada. Institui o Contrato



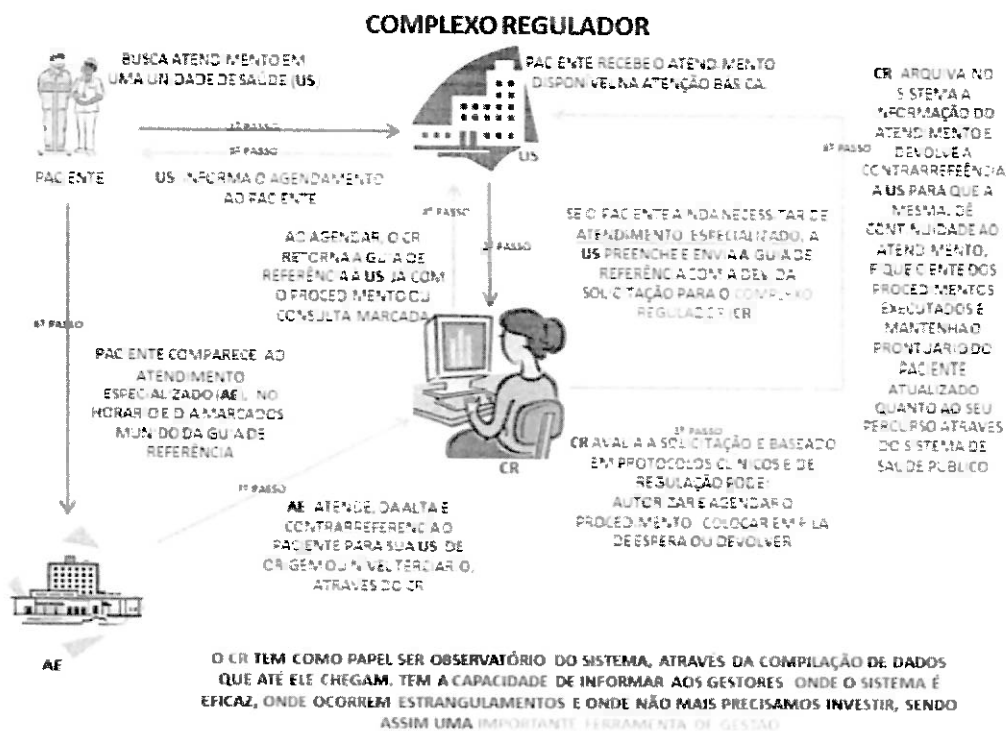
Organizativo da Ação Pública de Saúde - COAP como acordo de colaboração entre os entes da Federação, visando integrar as ações e serviços de saúde no âmbito regional. Resolução CIT nº 01/2011 - Estabelece as diretrizes gerais para a instituição das regiões de saúde no âmbito do SUS, institui a Região de Saúde como base para o planejamento dos entes federados e define as CIR, as CIB e a CIT como fóruns de pactuação de um amplo conjunto de decisões essenciais para o planejamento regional integrado no SUS.

Lei Complementar nº 141, de 2012 - Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

Portaria nº 2.135, de 2013 - Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, define o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão como os instrumentos fundamentais para o planejamento no âmbito do SUS. Estabelece ainda que o Plano de Saúde deverá observar os prazos do PPA de cada ente da Federação. Dispõe que o processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual, envolverá os três entes federados e será elaborado no âmbito das regiões de saúde.

7.4.4.2. Central de Regulação

A Central de Regulação é responsável por planejar e executar ações referentes à regulação eletiva, a fim de garantir o acesso ambulatorial e hospitalar nos serviços próprios e nos prestadores de serviços de saúde, conveniados e contratados com o SUS. Realiza a supervisão do cumprimento das normas e diretrizes de atendimento aos pacientes pelo SUS, segundo os protocolos de atendimentos do usuário SUS no município. Gerencia o recebimento, o processamento e encaminhamento das guias de referência e contrarreferência referente às consultas, exames e procedimentos e autoriza a internação hospitalar de cirurgias eletivas para os diferentes níveis de atenção à saúde. Supervisiona a regulação e o agendamento de consultas, exames e procedimentos e autorização de internação hospitalar de cirurgias eletivas.



REGULAÇÃO

É o desenvolvimento da capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-las às necessidades sociais e coletivas.

A regulação da assistência tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, pressupondo:

- Realização prévia, pelo gestor, de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere os aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência;

- Definição de estratégia de regionalização, que explicita a inserção das diversas Unidades na Rede Assistencial e responsabilização dos municípios, na rede regionalizada e hierarquizada;

- Delegação, pelo gestor competente, de autoridade sanitária ao médico regulador, quando se fizer necessário, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos clínicos e de regulação.



Objetivos específicos:

- Organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços do SUS em tempo oportuno;
- Oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando disponibilidade assistencial do momento;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Subsidiar o processo de controle e avaliação;
- Subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada - PPI.

7.4.4.3. Avaliação, Controle e Auditoria

Avaliação, Controle e Auditoria abrangem o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços, de acordo com as necessidades, legislação, faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

Seu fortalecimento deve se dar principalmente em quatro dimensões:

- a) Avaliação da organização do sistema e modelo de gestão;
- b) Relação com os prestadores de serviços;
- c) Qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- d) Resultados e impacto sobre a saúde da população.

AVALIAÇÃO

É parte fundamental no planejamento e gestão do SUS. Um sistema de avaliação efetivo pode reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. Nessa avaliação temos que garantir a participação da população, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Ações atribuídas à avaliação:

- Avaliação da relação entre programação, produção e faturamento;
- Avaliação da qualidade e satisfação dos usuários do sistema: acessibilidade, resolubilidade e qualidade dos serviços;
- Avaliação de resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população: acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde.



Instrumentos de controle, regulação e avaliação na SMS:

- SCNES: banco nacional de dados, que comporta informações atualizadas dos estabelecimentos de saúde no país, sendo base para programar, regular, controlar e avaliar.
- CNS: Cartão Nacional de Saúde é um sistema informatizado de base nacional, que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo SUS, vincula o SUS ao usuário, ao profissional que realizou o procedimento e também à unidade de saúde. O sistema é constituído pelo cartão do usuário, com um número único de identificação em âmbito nacional.
 - Central de regulação: consultas (médica, odontológica e outros profissionais afins), exames e procedimentos, internações, central de agendamentos; composto por reguladores e demais profissionais capacitados.
 - Indicadores e parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade: são padrões e medidas norteadoras do Planejamento, Programação, Controle, Regulação e Avaliação, adequados à realidade local e definidos pelo gestor com base em parâmetros Nacionais, Estaduais e Municipais.
 - Manuais dos Sistemas de Informações Hospitalares e Ambulatoriais
 - SIA e SIH.
 - Mecanismos de acompanhamento da PPI e da programação dos estabelecimentos: confrontam o executado com o programado, através da análise da suficiência dos procedimentos ofertados e da alocação de recursos, realimentando o processo da PPI (FPO X Regulação).
 - Portarias Técnicas que determinam condutas, procedimentos, estruturas, processos a serem seguidos no âmbito da gestão do SUS.
 - SIOPS (Sistemas de Orçamentos Públicos em Saúde): sistema que padroniza as informações de receitas e gastos em saúde das três esferas de governo, disponíveis no site do Ministério da Saúde, sendo importante nas áreas de controle e avaliação. Visa aperfeiçoar as políticas de financiamento e propiciar a elaboração de indicadores que reflitam a eficácia e eficiência dos gastos públicos em saúde.
 - Instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários: indicadores de qualidade nos convênios e questionários de satisfação dos usuários.

• PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde: instrumento avaliativo do Ministério da Saúde, no âmbito nacional, que avalia desde unidades de saúde até hospitais de grande porte.

- Sistema de apuração de carta aos usuários.
- Disque denúncia.
- Outros.

CONTROLE

• Cadastramento dos serviços e dos usuários deve ser fidedigno, completo e atualizado permanentemente, de forma a constituir uma base segura para o processo de programação e organização da assistência.

• Processo de compra de serviços à rede privada complementar, quando a rede pública não suprir às necessidades, obedecendo a relação entre programação, produção e faturamento.

- Controle do acesso assistencial.

AUDITORIA

A auditoria desenvolve atividades de controle e avaliação de aspectos específicos e dos processos e resultados da prestação de serviços.

O trabalho de auditoria no SUS é bastante complexo, necessitando de uma grande quantidade de informações que precisam ser cuidadosamente extraídas, trabalhadas e interpretadas, pois muitos interesses e responsabilidades estão em foco quando se audita a saúde.

A auditoria divide-se em dois grandes eixos: Ambulatorial e Hospitalar. O processo de mudanças das práticas de auditoria, na perspectiva da saúde coletiva, incorpora a avaliação da qualidade das ações de promoção, prevenção e assistência visando, especialmente, a redução de iniquidades, a garantia de direito de acesso e a eficiência das ações e serviços.

O compromisso da auditoria para o fortalecimento da gestão se estabelece na orientação ao gestor quanto à aplicação eficiente do orçamento da saúde, que objetiva a melhoria dos indicadores epidemiológicos e de bem-estar social, no acesso e na humanização dos serviços.

Compreendendo a importância da consolidação da relação com o controle social, como a forma de melhor cuidar da gestão do SUS, a auditoria deve realizar



ações de cooperação técnica com os conselhos municipal, estadual e nacional de saúde e, também, com os gestores, nas três esferas de gestão.

De forma geral as auditorias com base no Departamento Nacional de Auditoria SUS estabelece como principais diretrizes:

- Capilaridade, descentralização e integração para garantir atuação em todo território nacional, com divisão de tarefas para cada esfera de gestão SUS;
- Integração com outros órgãos das estruturas gestoras do SUS, como planejamento, controle e avaliação, regulação e vigilância em saúde;
- Foco na qualidade de ações e serviços e nas pessoas, enfatizando a mensuração do impacto das ações em saúde, respectiva aplicação de recursos, qualidade de vida e satisfação do usuário.

O relatório é o produto final da auditoria, que deve ser claro e objetivo, considerando as funções elencadas: auditoria, regulação, controle, avaliação, fiscalização, inspeção, supervisão, consultoria, acompanhamento, perícia, ação preventiva e ação corretiva.

Tendo em vista as novas atribuições da Auditoria, provenientes do Decreto nº 7.508/2011 e da Lei Complementar nº 141/2012 visando melhorar a gestão dos recursos públicos, a Divisão de Auditoria deve ser estruturada demandando:

- Organizar estrutura, com equipe multiprofissional, infraestrutura e logística que atendam às necessidades da demanda de trabalho;
- Estruturar um corpo de auditoria que consiga auditar a rede assistencial própria e contratada;
- Sugerir ao Núcleo de Educação Permanente – NEP que promova atualização e desenvolvimento de novos métodos de trabalho relacionado às novas atribuições da auditoria;
- Criar o cargos ou gratificação na função e definir as atribuições da auditoria.

7.4.4.4. Sistema de Informatização

O gestor da saúde pública, responsável por controlar, avaliar e monitorar as ações e serviços de saúde, confronta-se diariamente com processos e atividades que são baseadas em informações, sendo assim, a gestão da informação como recurso estratégico das organizações e do processo decisório na saúde pública é de suma importância.

O município de Salto dispõe de um Sistema de Gestão de Saúde Pública, o GIAP/EtheriumTech.

Perante a necessidade de gerar informações aos diversos sistemas do Ministério da Saúde, muitos deles obrigatórios para o recebimento de recursos financeiros, além dos dados necessários para funcionamento, gerenciamento, monitoramento e controle (gestão) das unidades, é imprescindível o aperfeiçoamento de sistemas informatizados, garantindo os dados mínimos necessários para a geração das informações, com centralização dos dados, evitando que ocorra o retrabalho de alimentação dos sistemas.

Outro tópico importante é garantir que a conexão dos equipamentos a esses sistemas (conexão de rede e internet) seja rápida, constante e disponível 7 dias por semana e 24 horas por dia. Para que isso ocorra é necessário um planejamento da expansão da rede física de fibra-ótica e a criação de redundâncias que permitam o funcionamento ininterrupto quando houver problema com os meios de comunicação.

Assim pretende-se o interfaceamento ou a utilização híbrida de sistemas públicos oficiais de forma:

✓ Integração com o SI - PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização;

✓ Integração com o SISCAN – Sistema de Informação de Prevenção ao Câncer;

• e-SUS – Sistema de software público de apoio a gestão que objetiva reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional, com integração e acompanhamento de vários sistemas que apoiam a gestão do trabalho;

SISTEMA HORUS – Dispensação de Medicamentos;

SISTEMA CADWEB – Cadastramento do Cartão SUS.

7.4.4.5. Apoio Administrativo e Logístico

Dentre os diversos objetivos da área de apoio administrativo e logístico, um dos principais é manter o equilíbrio financeiro, buscando atender as necessidades, em termos de abastecimento (materiais e medicamentos), recursos humanos, estrutura física (manutenção predial), transportes e equipamentos (aquisições e manutenções), em relação aos recursos financeiros autorizados para o exercício.

A área de apoio administrativo buscou a princípio identificar as necessidades, planejar as ações e realizá-las de acordo com as disponibilidades de recursos



financeiros, buscando sempre atender o conjunto, sem preferências particulares, priorizando de acordo com a avaliação técnica.

Em relação à logística de abastecimento, conhecidas as necessidades e realizado o planejamento, as ações foram no sentido de padronizar os materiais para aquisição através de Registros de Preços e contratos, buscando otimizar os recursos financeiros, espaços existentes nos almoxarifados e o número de licitações, tanto para a aquisição de bens de consumo, como para aquisição de equipamentos. Outro fator que contribuiu para agilizar os processos licitatórios é a análise prévia dos Editais de Licitações realizadas.

Considerando a necessidade de atendimento às diversas legislações vigentes e, ainda, às necessidades de agilidade de realização de consertos na rede municipal de saúde, foram formalizados diversos contratos, sendo eles:

- Contratação de empresa especializada para manutenção e higienização de todos os aparelhos de ar condicionado instalados na rede de saúde, com a realização de visitas mensais visando manter os aparelhos em perfeito estado de funcionamento, preservando as condições de saúde dos servidores e atendimento à legislação vigente;
- Fornecimento de uniformes a todos os servidores públicos municipais lotados na Secretaria;
- Análise de todos os impressos padronizados nas unidades, visando à permanência apenas dos realmente necessários e, ainda, a diminuição de custo com a confecção dos mesmos.
- Aquisição de relógios de ponto biométrico. O sistema de registro de ponto é digital e está implantado em todas as Unidades de Saúde.

7.4.5. Recursos Humanos

A Secretaria Municipal da Saúde, em julho de 2021, contava com 656 funcionários, sendo desses 635 funcionários efetivos e 21 estagiários – nível superior.

Do quadro de servidores, temos: Secretário Municipal, Chefe de Gabinete, Agentes Comunitários de Saúde (37), Agente de Controle de Endemias (20), Agente de Saneamento (5), Assistente Social (8), Auxiliar Administrativo (61), Auxiliar de Serviços Gerais (47), Auxiliar de Farmácia (19), Auxiliar de Saúde Bucal (21), Auxiliar de Enfermagem (11), Auxiliar de Saúde (2), Biólogo (4), Biomédico (2), Bioquímico (2), Chefe de Seção (1), Chefe de Setor (9), Cirurgião Dentista (35), Coordenador de Enfermagem (2), Diretor de Divisão (5), Encarregado (2), Enfermeiro (33),

Farmacêutico (10), Fisioterapeuta (8), Fonoaudiólogo (6), Gerente de Unidade (20), Médico (104), Monitor de Saúde Mental (3), Motorista (22), Nutricionista (5), Oficial de Manutenção (9), Psicólogo (15), Servente (4), Técnico de Banco de Sangue (1), Técnico em Administração (2), Técnico em Enfermagem (86), Técnico em Laboratório (3), Telefonista (5) e Terapeuta Ocupacional (4).

A Secretaria Municipal da Saúde está vivenciando um processo de decréscimo do quadro de recursos humanos, decorrente do desligamento de funcionários efetivos e da não reposição dos mesmos, os quais não poderão ser repostos neste momento decorrente de um decreto presidencial com vigência até o final do ano.

Um avanço em relação à Política de Recursos Humanos é a espera pela Plano de Cargos e Salários, que valorize e qualifique os profissionais.

7.4.6. Financiamento

O financiamento do SUS é realizado pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina o Art. 197º, parágrafo 1º da Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Os percentuais de investimento financeiro dos Municípios, Estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional nº 29. Por essa Lei, Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos Estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da Lei Orçamentária Anual – LOA

O município de Salto historicamente sempre aplicou acima de 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde. A tabela abaixo demonstra a aplicação nos últimos anos:

SIOPS	%
2016	25,35
2017	26,69
2018	24,11
2019	24,85
2020	22,34



Ainda em relação ao financiamento, historicamente, com a publicação da Portaria nº 204, do Ministério da Saúde, em 2007, foram criados cinco Blocos de Financiamento do SUS: Atenção Básica (Atenção Primária), Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Posteriormente, foi criado o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Portaria MS nº 837/2009). Em 2013, a Portaria MS nº 412, subdividiu o financiamento da assistência farmacêutica em dois blocos, o do Componente Básico e outro do Componente Excepcional. Assim, totalizaram sete blocos de financiamento do SUS.

No início de 2017, o Ministério da Saúde propôs uma série de alterações para o repasse de recursos federais à estados e municípios, o chamado de SUS Legal, que prevê a mudança na transferência de verbas federais. Os repasses, em sete blocos temáticos, passariam a ser realizados em duas modalidades: custeio e investimento.

O SUS Legal propôs uma reorganização dos planos orçamentários Municipais, Estaduais e da União. No novo modelo, investimento e custeio passam a ser as duas únicas modalidades de repasse, sem mais os blocos de financiamento até então utilizados. Estão previstas, também, mudanças estruturais em processos como planejamento integrado, programação, sistema de informação em saúde, monitoramento, avaliação e gestão dos fundos de saúde.

A evolução do orçamento municipal, da Saúde, as despesas empenhadas e pagas se encontram na tabela abaixo:

	ORÇAMENTO	ORÇ. SAÚDE	EMPENHADO	PAGO
2017	303.627.179,81	104.132.551,27	100.225.999,73	95.438.206,12
2018	335.916.238,51	107.633.524,93	102.282.602,36	96.650.210,83
2019	367.631.980,13	114.078.355,34	108.439.582,48	103.971.117,21
2020	391.854.507,71	125.255.120,92	115.716.861,68	111.197.521,14
2021 (1)	417.725.006,76	135.526.841,76		

(1) ESTIMADO

Fonte: <https://appsalto.meumunicipio.digital/>

Mesmo com os valores estimados estejam maiores que nos anos anteriores, o que se tem de concreto é que os municípios vêm atravessando uma grave crise financeira. A perspectiva para os próximos anos é de grandes dificuldades no financiamento para atender a demanda crescente dos serviços de saúde, aumentando ainda mais o desafio para sustentar o financiamento público do setor saúde.



Abaixo os valores para o PPA, quadriênio 2022-2025.

ÓRG	UND	FUN	SUBF	PROG	AÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	EXERCÍCIO				
							2022	2023	2024	2025	Total
8						Secretaria da Saúde	115.241.000	121.934.000	128.969.000	136.379.000	502.523.000
8	1					Fundo Municipal de Saúde	115.241.000	121.934.000	128.969.000	136.379.000	502.523.000
8	1	10				Saúde	115.241.000	121.934.000	128.969.000	136.379.000	502.523.000
8	1	10	122			Administração Geral	507.000	537.000	568.000	601.000	2.213.000
8	1	10	122	0014		Saúde	507.000	537.000	568.000	601.000	2.213.000
8	1	10	122	0014	2006	Publicidade Geral	200.000	212.000	225.000	238.000	875.000
8	1	10	122	0014	2031	Manutenção das atividades FMS	307.000	325.000	343.000	363.000	1.338.000
8	1	10	301			Atenção Básica	52.411.000	57.134.000	62.135.000	67.445.000	239.125.000
8	1	10	301	0014		Saúde	52.411.000	57.134.000	62.135.000	67.445.000	239.125.000
8	1	10	301	0014	1001	Reserva Orçam. Emendas Parlam.	1.325.000	1.400.000	1.500.000	1.575.000	5.800.000
8	1	10	301	0014	1008	Construção, Reformas e Adequações	2.150.000	2.258.000	2.372.000	2.493.000	9.273.000
8	1	10	301	0014	2032	Manutenção das atividades AB	48.936.000	53.476.000	58.263.000	63.377.000	224.052.000
8	1	10	302			Assistência Ambulatorial e Hospitalar	57.327.000	59.140.000	61.012.000	62.944.000	240.423.000
8	1	10	302	0014		Saúde	57.327.000	59.140.000	61.012.000	62.944.000	240.423.000
8	1	10	302	0014	2033	Manutenção das atividades MAC	57.327.000	59.140.000	61.012.000	62.944.000	240.423.000
8	1	10	303			Suporte Profilático e Terapêutico	3.778.000	3.904.000	4.033.000	4.167.000	15.882.000
8	1	10	303	0014		Saúde	3.778.000	3.904.000	4.033.000	4.167.000	15.882.000
8	1	10	303	0014	2034	Manutenção das atividades AF	3.778.000	3.904.000	4.033.000	4.167.000	15.882.000
8	1	10	304			Vigilância Sanitária	72.000	72.000	72.000	72.000	288.000
8	1	10	304	0014		Saúde	72.000	72.000	72.000	72.000	288.000
8	1	10	304	0014	2035	Manutenção das atividades VISA	72.000	72.000	72.000	72.000	288.000
8	1	10	305			Vigilância Epidemiológica	1.130.000	1.131.000	1.133.000	1.134.000	4.528.000
8	1	10	305	0014		Saúde	1.130.000	1.131.000	1.133.000	1.134.000	4.528.000
8	1	10	305	0014	2087	Manutenção das atividades VE	1.130.000	1.131.000	1.133.000	1.134.000	4.528.000
8	1	10	306			Alimentação e Nutrição	16.000	16.000	16.000	16.000	64.000
8	1	10	306	0014		Saúde	16.000	16.000	16.000	16.000	64.000
8	1	10	306	0014	2036	Manutenção das atividades Alim. Nutr.	16.000	16.000	16.000	16.000	64.000
TOTAL DO PPA							115.241.000	121.934.000	128.969.000	136.379.000	502.523.000



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SALTO

PLANO PLURIANUAL - PPA - Exercício 2022 - 2025

DEMONSTRATIVO DE FUNÇÕES, SUBFUNÇÕES, PROGRAMAS E AÇÕES - ÓRGÃO E UNIDADE



Órgão	Unidade	Função	SubFunç	Program	Ação	Especificação	Exercício				Total
							2022	2023	2024	2025	
8						Secretaria De Saúde	115.241.000,00	121.934.000,00	128.989.000,00	136.379.000,00	502.523.000,00
8	1					Fundo Municipal De Saúde	115.241.000,00	121.934.000,00	128.989.000,00	136.379.000,00	502.523.000,00
8	1	10				Saúde	115.241.000,00	121.934.000,00	128.989.000,00	136.379.000,00	502.523.000,00
8	1	10	122			Administração Geral	507.000,00	537.000,00	568.000,00	601.000,00	2.213.000,00
8	1	10	122	0014		Saúde	507.000,00	537.000,00	568.000,00	601.000,00	2.213.000,00
8	1	10	122	0014	2006	Publicidade Legal	200.000,00	214.000,00	225.000,00	238.000,00	875.000,00
8	1	10	122	0014	2031	Manutenção Das Atividades Do Fundo Municipal De Saúde	307.000,00	325.000,00	343.000,00	363.000,00	1.338.000,00
8	1	10	301			Atenção Básica	52.411.000,00	57.134.000,00	62.135.000,00	67.445.000,00	239.125.000,00
8	1	10	301	0014		Saúde	52.411.000,00	57.134.000,00	62.135.000,00	67.445.000,00	239.125.000,00
8	1	10	301	0014	1001	Reserva Orçamentária Destinada Às Emergências Parlamentares	1.325.000,00	1.400.000,00	1.500.000,00	1.575.000,00	5.800.000,00
8	1	10	301	0014	1006	Construção, Reformas E Adequações De Unidades De Saúde	2.150.000,00	2.258.000,00	2.372.000,00	2.453.000,00	9.273.000,00
8	1	10	301	0014	2032	Manutenção Das Atividades De Atenção Básica	48.896.000,00	53.476.000,00	58.263.000,00	63.377.000,00	224.052.000,00
8	1	10	302			Assistência Hospitalar E Ambulatorial	57.327.000,00	59.140.000,00	61.012.000,00	62.944.000,00	240.423.000,00
8	1	10	302	0014		Saúde	57.327.000,00	59.140.000,00	61.012.000,00	62.944.000,00	240.423.000,00
8	1	10	302	0014	2033	Manutenção Das Atividades De Média E Alta Complexidade	57.327.000,00	59.140.000,00	61.012.000,00	62.944.000,00	240.423.000,00
8	1	10	303			Suporte Profilático E Terapêutico	3.778.000,00	3.904.000,00	4.033.000,00	4.167.000,00	15.882.000,00
8	1	10	303	0014		Saúde	3.778.000,00	3.904.000,00	4.033.000,00	4.167.000,00	15.882.000,00
8	1	10	303	0014	2034	Manutenção Das Atividades De Assistência Farmacêutica	3.778.000,00	3.904.000,00	4.033.000,00	4.167.000,00	15.882.000,00
8	1	10	304			Vigilância Sanitária	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	288.000,00
8	1	10	304	0014		Saúde	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	288.000,00
8	1	10	304	0014	2035	Manutenção Das Atividades De Vigilância Em Saúde - Sanitária	72.000,00	72.000,00	72.000,00	72.000,00	288.000,00
8	1	10	306			Vigilância Epidemiológica	1.130.000,00	1.131.000,00	1.133.000,00	1.134.000,00	4.528.000,00
8	1	10	306	0014		Saúde	1.130.000,00	1.131.000,00	1.133.000,00	1.134.000,00	4.528.000,00
8	1	10	306	0014	2087	Manutenção Das Atividades De Vigilância Em Saúde - Epidemiológica	1.130.000,00	1.131.000,00	1.133.000,00	1.134.000,00	4.528.000,00
8	1	10	306			Alimentação E Nutrição	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	64.000,00
8	1	10	306	0014		Saúde	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	64.000,00
8	1	10	306	0014	2036	Manutenção Das Atividades De Alimentação E Nutrição	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	64.000,00
TOTAL DO PPA :							115.241.000,00	121.934.000,00	128.989.000,00	136.379.000,00	502.523.000,00

7.4.7. Educação em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) visa reconceituar e reorientar os processos de qualificação de trabalhadores dos serviços de saúde, tendo como eixo da aprendizagem a atuação profissional no cotidiano do trabalho em saúde, estabelecendo-se como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional.

A EPS é uma prática de ensino-aprendizagem que reconhece a produção de conhecimentos no cotidiano do trabalho, valendo-se do contexto real dos agentes envolvidos, tendo como base de questionamento e transformação os problemas da realidade de trabalho e vivências, tendo como os pilares da problematização e da aprendizagem significativa.

Para a transformação das práticas de saúde, é necessário dialogar com as práticas e concepções vigentes e problematizá-las, não hipoteticamente, mas na realidade de trabalho de cada equipe, estabelecendo novos acordos de convivência e práticas a fim de aproximar a atenção integral à saúde ao SUS que é desejado.

Para que a integralidade seja uma das características prioritárias é preciso que ocorram frequentes atividades educativas para os trabalhadores, direcionadas à articulação das ações de ascensão, prevenção e recuperação da saúde. Para isso, as atividades educativas devem ter como norte a reflexão sobre a forma e a finalidade com que as ações de promoção e prevenção vêm sendo desenvolvidas e se, realmente, procuram ampliar a compreensão de saúde e seus determinantes sociais, no qual o próprio cotidiano do trabalho é educativo para os trabalhadores.

Dessa forma as propostas tem o sentido de melhorar a comunicação entre os setores; institucionalizar a educação permanente na Secretaria Municipal de Saúde, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, proporcionando espaços que possibilitem transformações na prática profissional e na própria organização do trabalho; organizar os campos de estágio na rede; e, ampliar a composição do grupo de trabalho do NEP.

7.4.8. OUVIDORIA

O usuário do SUS pode se comunicar com a Ouvidoria através de vários canais. O acesso pode ser feito por telefone (156 – 4602-8510 – 4602-8514) ou preenchimento do Formulário Web na página da Ouvidoria, no site da Prefeitura Municipal de Salto: <https://cidadaosalto.meumunicipio.digital/apex/salto01/f?p=331:22:19030421209448::NO>

Além desses canais, a Ouvidoria recebe manifestações que foram registradas e encaminhadas pelas Ouvidorias da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde.

As manifestações dos cidadãos pode se apresentar pela busca de informações e orientações em saúde e também por meio de sugestão, elogio, solicitação, reclamação ou denúncia.

As atividades da ouvidoria são estratégicas para a gestão do SUS. Ao possibilitar o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, a Ouvidoria contribui para a participação do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde e consolidando o papel de canal de livre manifestação para os usuários do SUS. Essa forma de atividade social auxilia no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde.

7.4.9. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Com a Constituição Federal de 1988, a participação da sociedade no contexto da saúde é estabelecida, sendo regulada pela Lei Federal nº 8.142/90 e definida a

partir das conferências e dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, e também em colegiados de gestão nos serviços da área.

Em Salto, o Conselho Municipal de Saúde – CMS, constituído pela Lei Municipal nº 1.455, de 10 de abril de 1991, Lei Municipal nº 2.826, de 15 de agosto de 2007, e Lei Municipal nº 3.172, de 15 de maio de 2013, é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental da Secretaria Municipal da Saúde. Conforme determinação do inciso III do art. 198 da Constituição Federal, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, da Resolução CNS 453, de 10 de maio de 2012, é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços de saúde, dos trabalhadores de saúde e dos usuários, cujas decisões, quando consubstanciadas em resoluções e são homologadas pelo Secretário Municipal da Saúde.

As Conferências de Saúde visam a realização de debates periódicos e sistemáticos sobre a saúde no país, apontando as diretrizes de formulação de políticas para a área nas esferas de gestão municipal, estadual e nacional. As Conferências de Saúde reunir-se-ão a cada quatro anos com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.

Em Salto, em 15 de maio de 2021, foi realizada a 7ª Conferência Municipal de Saúde, tendo como tema “Gestão de Saúde e os Desafios para o Futuro”, com os eixos temáticos:

- I – Imunização: abrangência, investimento e conscientização;
- II – Implementação de políticas públicas para a saúde e qualidade de vida;
- III – Promoção de políticas públicas para o controle de natalidade precoce e doenças sexualmente transmissíveis.

Dessa Conferência foram colhidas, consolidadas e aprovadas 15 propostas pelos 54 presentes na votação; bem como eleitos delegados, para eventual e futuras etapas regional, estadual e federal.

8. DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

DEMONSTRATIVO DE PROGRAMAS E AÇÕES POR ÓRGÃO E UNIDADE – FÍSICO E FINANCEIRO

ÓRGÃO: (8) SECRETARIA DA SAÚDE

UNIDADE: (1) FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

PROGRAMA: (0014) SAÚDE

OBJETIVO: Fortalecer o sistema público de saúde através de uma rede integrada e que promova eficiência e atendimento 100% humanizado nos serviços prestados.

JUSTIFICATIVA: Ampliar o acesso a saúde com qualidade, ampliando serviços, qualificando servidores e espaços, monitorando indicadores, aprimorando a administração e humanizando os tratamentos.

PÚBLICO ALVO: População do município de Salto.

INDICADOR

(1) Acesso à rede de assistência farmacêutica

Unidade de medida: Unidade

Índice Recente: 130.000

Referência: 130.000

Metas: 2022 = 130.000 2023 = 135.000 2024 = 135.000 2025 = 135.000

(2) Acesso à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Unidade de medida: Unidade

Índice Recente: 15.000

Referência: 15.000

Metas: 2022 = 15.000 2023 = 16.000 2024 = 16.000 2025 = 16.000

(3) Atendimento na Atenção Primária em Saúde (quantidade de atendimentos prestados, pessoas atendidas)

Unidade de medida: Unidade

Índice Recente: 125.000

Referência: 125.000

Metas: 2022 = 125.000 2023 = 125.000 2024 = 130.000 2025 = 135.000

(4) Avaliação da qualidade da água (Programa Pró-Água)

Unidade de medida: Percentual (%)

Índice Recente: 90

Referência: 90

Metas: 2022 = 90 2023 = 90 2024 = 90 2025 = 90

(5) Cobertura do Programa Estratégia Saúde da Família

Unidade de medida: Percentual (%)

Índice Recente: 20

Referência: 20

Metas: 2022 = 25 2023 = 30 2024 = 35 2025 = 40



(6) Cobertura Vacinal

Unidade de medida: Percentual (%)

Índice Recente: 80

Referência: 80

Metas: 2022 = 80 2023 = 80 2024 = 80 2025 = 80

(7) Construção de Unidade de Saúde

Unidade de medida: Unidade

Índice Recente: 0

Referência: 2

Metas: 2022 = 1 2023 = 0 2024 = 1 2025 = 0

(8) Imóveis visitados em no mínimo 3 ciclos para controle da dengue, zika e chikungunya.

Unidade de medida: Percentual (%)

Índice Recente: 80

Referência: 80

Metas: 2022 = 80 2023 = 80 2024 = 80 2025 = 80

(9) Inspeções sanitárias realizadas

Unidade de medida: Unidade

Índice Recente: 1.600

Referência: 1.600

Metas: 2022 = 1.600 2023 = 1.650 2024 = 1.700 2025 = 1.750

(10) Procedimentos em saúde bucal

Unidade de medida: Unidade

Índice Recente: 25.000

Referência: 25.000

Metas: 2022 = 25.000 2023 = 25.000 2024 = 30.000 2025 = 35.000

(11) Taxa de mortalidade infantil

Unidade de medida: Taxa

Índice Recente: 14

Referência: 14

Metas: 2022 = 12 2023 = 11 2024 = 10 2025 = 10

(12) Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) pelo conjunto das 4 doenças crônicas não transmissíveis – DNCT

Unidade de medida: Taxa

Índice Recente: 242

Referência: 242

Metas: 2022 = 245 2023 = 245 2024 = 275 2025 = 275

META FISICA-FINANCEIRA

(1) Código: 1001

Ação: Reserva orçamentária destinada às emendas parlamentares



Unidade de medida: Percentual (%)

Produto: emendas impositivas realizada

2022 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 1.325.000,00

2023 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 1.400.000,00

2024 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 1.500.000,00

2025 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 1.575.000,00

(2) Código: 1008

Ação: Construção, reformas e adequações de Unidades de Saúde

Unidade de medida: Percentual (%)

Produto: Unidades construídas/reformadas

2022 Meta Física = 25

Custo estimado = R\$ 2.150.000,00

2023 Meta Física = 25

Custo estimado = R\$ 2.258.000,00

2024 Meta Física = 25

Custo estimado = R\$ 2.372.000,00

2025 Meta Física = 25

Custo estimado = R\$ 2.493.000,00

(3) Código: 2006

Ação: Ações administrativas e publicidade legal.

Unidade de medida: Percentual (%)

Produto: Ações administrativas realizadas

2022 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 200.000,00

2023 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 212.000,00

2024 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 225.000,00

2025 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 238.000,00



(4) Código: 2031

Ação: Manutenção das atividades do Fundo Municipal de Saúde

Unidade de medida: Percentual (%)

Produto: Ações realizadas

2022 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 307.000,00

2023 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 325.000,00

2024 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 343.000,00

2025 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 363.000,00

(5) Código: 2032

Ação: Manutenção das atividades da Atenção Primária em Saúde/Atenção Básica

Unidade de medida: Unidade

Produto: Ações realizadas na APS/AB

2022 Meta Física = 125.000

Custo estimado = R\$ 48.936.000,00

2023 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 53.476.000,00

2024 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 58.263.000,00

2025 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 63.377.000,00

(6) Código: 2033

Ação: Manutenção das atividades de Média e Alta Complexidade

Unidade de medida: Percentual (%)

Produto: Ações realizadas na MAC

2022 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 57.327.000,00

2023 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 59.140.000,00

2024 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 61.012.000,00



2025 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 62.944.000,00

(7) Código: 2034

Ação: Manutenção das atividades de Assistência Farmacêutica

Unidade de medida: Unidade

Produto: Acesso à rede de assistência farmacêutica

2022 Meta Física = 130.000

Custo estimado = R\$ 3.778.000,00

2023 Meta Física = 135.000

Custo estimado = R\$ 3.904.000,00

2024 Meta Física = 135.000

Custo estimado = R\$ 4.033.000,00

2025 Meta Física = 135.000

Custo estimado = R\$ 4.167.000,00

(8) Código: 2035

Ação: Manutenção das atividades de Vigilância Sanitária

Unidade de medida: Unidade

Produto: Inspeções sanitárias

2022 Meta Física = 1.600

Custo estimado = R\$ 72.000,00

2023 Meta Física = 1.650

Custo estimado = R\$ 72.000,00

2024 Meta Física = 1.700

Custo estimado = R\$ 72.000,00

2025 Meta Física = 1.750

Custo estimado = R\$ 72.000,00

(9) Código: 2036

Ação: Manutenção das atividades de alimentação e nutrição

Unidade de medida: Percentual (%)

Produto: Ações realizadas

2022 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 16.000,00

2023 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 16.000,00

2024 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 16.000,00

2025 Meta Física = 100

Custo estimado = R\$ 16.000,00

(10) Código: 2087

Ação: Manutenção das atividades de Vigilância Epidemiológica

Unidade de medida: Percentual (%)

Produto: Cobertura Vacinal

2022 Meta Física = 80

Custo estimado = R\$ 1.130.000,00

2023 Meta Física = 80

Custo estimado = R\$ 1.131.000,00

2024 Meta Física = 80

Custo estimado = R\$ 1.133.000,00

2025 Meta Física = 80

Custo estimado = R\$ 1.134.000,00

Total do Programa

2022 = R\$ 115.241.000,00

2023 = R\$ 121.934.000,00

2024 = R\$ 128.969.000,00

2025 = R\$ 136.379.000,00

Total da Unidade

2022 = R\$ 115.241.000,00

2023 = R\$ 121.934.000,00

2024 = R\$ 128.969.000,00

2025 = R\$ 136.379.000,00

Total do Órgão

2022 = R\$ 115.241.000,00

2023 = R\$ 121.934.000,00

2024 = R\$ 128.969.000,00

2025 = R\$ 136.379.000,00



PLANO PLURIANUAL - PPA - Exercício 2022 - 2025
ANEXO III - DEMONSTRATIVO DE PROGRAMAS E AÇÕES POR ÓRGÃO E UNIDADE - FÍSICO E FINANCEIRO

Órgão : 8 SECRETARIA DE SAÚDE
Unidade : 1 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Programa : 0014 SAÚDE
Objetivo : Fortalecer o sistema público de saúde através de uma rede integrada e que promova eficiência e atendimento 100% humanizado nos serviços prestados
Justificativa : Ampliar o acesso a saúde com qualidade, ampliando serviços, qualificando servidores e espaços, monitorando indicadores, aprimorando a administração e humanizando os tratamentos
Público Alvo : População do município de salto

Indicador	Unidade Medida	Índice Recente	Referência	Exercícios				
				2022	2023	2024	2025	
Acesso à rede de assistência farmacêutica	UNIDADE	130.000	130000	130.000	133.300	135.000	133.000	
Acesso à rede de atenção psicossocial (raps)	UNIDADE	15.000	15000	15.000	16.000	16.000	16.000	
Atendimento - atenção básica (quantidade de atendimentos prestados, pessoas atendidas)	UNIDADE	125.000	125000	125.000	125.000	130.000	135.000	
Avaliação de qualidade da água (programa pró-água)	%	90	90	90	90	90	90	
Cobertura - programa estratégia saúde da família	%	30	30	25	30	35	40	
Cobertura vacinas	%	80	80,00	80	80	80	80	
Construção de unidade de saúde	UNIDADE	0	2.00	1	0	1	0	
Investis visitados em no mínimo 3 ciclos para controle da dengue, zika e chikungunya	%	90	90,00	80	80	80	80	
Inspecões sanitárias realizadas	UNIDADE	1.600	1.600	1.600	1.600	1.700	1.750	
Procedimentos - saúde bucal	UNIDADE	25.000	25000	25.000	25.000	30.000	35.000	
Taxa de mortalidade infantil	TAXA	14	14,00	12	11	10	10	
Taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) pelo conjunto das 4 doenças crônicas não transmissíveis - dncnt (doença do aparelho	TAXA	242	242,00	245	245	275	275	

Código Ação	Unidade Medida	Produto	2022		2023		2024		2025	
			Meta Física	Custo Estimado	Meta Física	Custo Estimado	Meta Física	Custo Estimado	Meta Física	Custo Estimado
1001 Reserva orçamentária construção de unidades paramentares	%	Unidades construídas	20	1.323.000,00	100	1.447.000,00	100	1.500.000,00	100	1.575.000,00

Código Ação	Unidade Medida	Produto	2022		2023		2024		2025	
			Meta Física	Custo Estimado	Meta Física	Custo Estimado	Meta Física	Custo Estimado	Meta Física	Custo Estimado
1008 Construção, reforma e adequações de unidades de saúde	%	Unidades construídas/reformadas	25	2.130.000,00	25	2.258.000,00	25	2.372.000,00	25	2.493.000,00
2006 Publicidade legal	%	Ações administrativas realizadas	100	430.000,00	100	472.000,00	100	425.000,00	100	438.000,00
2031 Manutenção das atividades do fundo municipal de saúde	%	Ações realizadas	100	367.000,00	100	325.000,00	100	343.000,00	100	363.000,00
2032 Manutenção das atividades de atenção básica	UNIDADE	Atendimento - atenção básica	125.000	48.936.000,00	125.000	53.476.000,00	130.000	58.263.000,00	135.000	63.377.000,00
2033 Manutenção das atividades de média e alta complexidade	%	Ações realizadas	100	57.327.000,00	100	59.143.000,00	100	61.012.000,00	100	62.947.000,00
2034 Manutenção das atividades de assistência farmacêutica	UNIDADE	Acesso à rede de assistência farmacêutica	130.000	3.778.000,00	135.000	3.904.000,00	136.000	4.033.000,00	135.000	4.167.000,00
2035 Manutenção das atividades de vigilância em saúde - sanitária	UNIDADE	Inspecões sanitárias	1.600	72.000,00	1.600	72.000,00	1.700	72.000,00	1.750	72.000,00
2038 Manutenção das atividades de planejamento e avaliação	%	Ações realizadas	100	16.000,00	100	16.000,00	100	16.000,00	100	16.000,00
2067 Manutenção das atividades de vigilância em saúde - epidemiológica	%	Cobertura vacinal	80	1.130.000,00	80	1.131.000,00	80	1.131.000,00	80	1.134.000,00
TOTAL DO PROGRAMA :				115.241.000,00		121.934.000,00		128.969.000,00		136.379.000,00
TOTAL UNIDADE :				115.241.000,00		121.934.000,00		128.969.000,00		136.379.000,00
TOTAL ÓRGÃO :				115.241.000,00		121.934.000,00		128.969.000,00		136.379.000,00

Estância Turística de Salto, 30 de agosto de 2021.

Márcio Conrado
Secretário Municipal de Saúde

Plano Municipal de Saúde – quadriênio 2022-2025 aprovado em reunião do Conselho Municipal de Saúde realizado em 30/08/2021, conforme Ata/Resolução nº 015/2021.