



MUNICÍPIO DE JACIARA-MT **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

PERÍODO 2018 - 2021
PLURIANUAL



Jaciara - MT, 2017



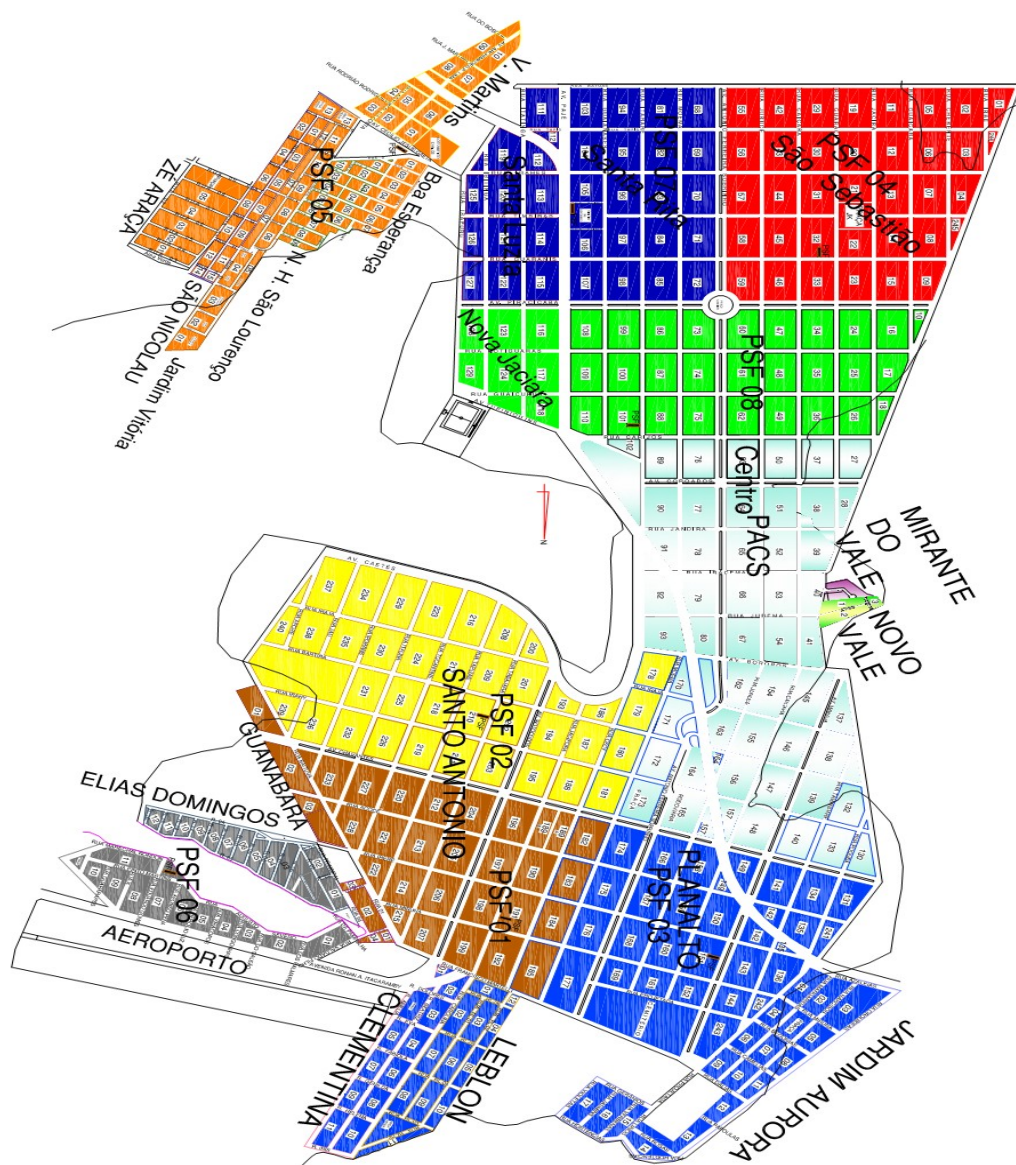


ESTADO DE MATO GROSSO GOVERNO MUNICIPAL DE JACIARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSTRUINDO UMA NOVA HISTÓRIA

Município de Jaciara



Prefeito de Jaciara

Abduljabar Galvin Mohammad

Vice-Prefeita

Sandra Maria de Moura Nogueira

Secretário Municipal de Saúde

Audimar Rocha Santos



Rua Praça Melvin Jhones, S/N - Centro
CEP: 78.820-000, Jaciara-MT

66. 3461-1308 | 3461-1055
www.jaciara.mt.gov.br



Equipe Técnica Responsável pela Elaboração do Plano Municipal de Saúde

Audimar Rocha Santos - Secretário Municipal de Saúde

Ana Regina da Silva Ramos - Coordenadora Central de Regulação

Ellys Marina Corrêa Lucchin - Ouvidora Municipal do SUS

Isaías Gomes de Souza - Representante dos Usuários

Mirna Aparecida Thomé Monte - Vice-Presidente do Conselho Municipal de Saúde e Técnica da Secretaria Municipal de Saúde

Pedro Soares Neto - Representante dos Usuários

Renata Sousa Lima - Diretora do Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde

Suely Cristina Castro da Silva - Presidente do Conselho Municipal de Saúde e Técnica da Secretaria Municipal de Saúde

Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde no dia 30 de novembro de 2017.



Lista de Abreviaturas e Siglas

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

ACE - Agente Comunitário de Endemia

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ASB - Auxiliar em Saúde Bucal

AIDS - Acquired Immuno deficiency Syndrome - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

CEREST - Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

CID - Código Internacional de Doenças

CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil

CMG - Coeficiente de Mortalidade Geral

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRAC - Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

CORESS - Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DNC - Doença de Notificação Compulsória

DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DST - Doença Sexualmente Transmitida





EC - Emenda Constitucional

ESB - Equipe de Saúde Bucal

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERS - Escritório Regional de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa

FMS - Fundo Municipal de Saúde

HTLV - Human T Lymphotropic Virus - Vírus Linfotrópico da Célula T Humana

IAPI - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena

IAEPI - Incentivo para a Assistência Ambulatorial Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LER - Lesão de Esforço Repetitivo

LOA - Lei Orçamentária Anual

LTA - Leishmaniose Tegumentar Americana

LV - Leishmaniose Visceral

MAC - Média e Alta Complexidade

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

NV - Nascido Vivo

PAB - Piso da Atenção Básica

PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde



PAIR - Perda Auditiva Induzida por Ruído

PAVS - Programação das Ações da Vigilância em Saúde

PE - Ponto Estratégico

PIB- Produto Interno Bruto

PMS - Plano Municipal de Saúde

PNCD - Programa Nacional de Controle da Dengue

PNI - Programa Nacional de Imunização

PPA - Plano Plurianual

PPI - Programação Pactuada Integrada

RMM - Razão de Mortalidade Materna

RENAST - Rede Nacional de Saúde do Trabalhador

SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- 192

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SF - Saúde da Família

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SME - Secretaria Municipal de Educação

SISCOLO - Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo do Útero

SISFAD - Sistema de Informação sobre Febre Amarela e Dengue

SISPRENATAL - Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e



Nascimento

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TAM - Termo de Ajustes e Metas

TFVS - Teto Financeiro da Vigilância em Saúde

TSB - Técnico em Saúde Bucal

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCT - Unidade de Coleta e Transfusão

USF - Unidade de Saúde da Família

VIGEP - Vigilância Epidemiológica

VISA - Vigilância Sanitária

VIGAMB - Vigilância em Saúde Ambiental

VIGIÁGUA - Vigilância da Qualidade da Água

VIGIAR - Vigilância da Qualidade do Ar

VIGISOLO - Vigilância da Qualidade do Solo

VISAT - Vigilância da Saúde do Trabalhador

ZSEE - Zoneamento Socioeconômico-Ecológico



Lista de Tabelas

Tabela 01 - Crescimento Populacional de Jaciara de 1980 a 2016

Tabela 02 - Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária, município de Jaciara – Mato Grosso

Tabela 03 - Proporção de moradores por tipo de destino de lixo, município de Jaciara – Mato Grosso

Tabela 04 - Quantidade de profissionais do Sistema Único de Saúde em 2016, município de Jaciara – Mato Grosso

Tabela 05 - Quantidade de atendimentos realizadas na atenção básica, município de Jaciara – Mato Grosso, em 2016

Tabela 06 - Série histórica dos nascimentos ocorridos no município de Jaciara – Mato Grosso

Tabela 07 - Distribuição dos nascidos vivos no município de Jaciara em 2016, de acordo com características da gestação e nascimento

Tabela 08 - Distribuição dos óbitos residentes em Jaciara-MT, no ano de 2016

Tabela 09 - Coeficiente de Mortalidade Infantil dos residentes em Jaciara-MT, nos anos de 2013 a 2016

Tabela 10 - Mortalidade Infantil, óbitos neonatais de residentes em Jaciara-MT, nos anos de 2015 a 2016

Tabela 11 - Mortalidade Infantil, óbitos neonatais tardios dos residentes em Jaciara-MT, nos anos de 2015 a 2016

Tabela 12 - Mortalidade proporcional por causas externas em Jaciara-MT, 2013 a 2016

Tabela 13 - Maiores causas de mortalidade no município de Jaciara-MT, em 2016

Tabela 14 - Casos confirmados de Agravos/Doenças de Notificação Compulsória no município de Jaciara-MT, em 2016





Tabela 15 - Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população residente em Jaciara-MT, período – 2013 a 2016

Tabela 16 - Taxa de incidência de casos novos de tuberculose pulmonar positiva na população residente em Jaciara-MT, período – 2013 a 2016

Tabela 17 - Número de casos de sífilis congênita, população residente em Jaciara-MT, período – 2013 a 2016

Tabela 18 - Proporção de abandono de tratamento de tuberculose, período – 2013 a 2016

Tabela 19 - Internações por ano segundo grupo de causas, no período de 2013 a 2016, Jaciara-MT

Tabela 20 - Doses aplicadas de imunobiológicos, no ano de 2016, Jaciara-MT



Lista de Quadros

Quadro 01 - Evolução da população alfabetizada e analfabetizada, conforme população acima de 15 anos de idade.

Quadro 02 - Evolução da taxa de analfabetismo por sexo, conforme população acima de 15 anos de idade.

Quadro 03 - Evolução da taxa de analfabetismo urbana e rural, conforme população acima de 15 anos de idade.

Quadro 04 - Resultado IDEB das escolas da rede pública nos anos iniciais, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 05 - Resultado IDEB das escolas da rede pública nos anos iniciais, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 06 - Quantidade de escolas de ensino fundamental, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 07 - Quantidade de escolas de ensino médio, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 08 - Quantidade de escolas de ensino pré-escolar, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 09 - Quantidade de escolas de ensino técnico profissionalizante, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 10 - Quantidade de escolas de ensino superior, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 11 - Cursos de 3º grau oferecidos, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 12 - Número de matrículas realizadas, ensino fundamental, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 13 - Número de matrículas realizadas, ensino médio, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 14 - Número de matrículas realizadas, pré-escolar, município de Jaciara – Mato Grosso



Quadro 15 - Quantidade de docentes, ensino fundamental, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 16 - Quantidade de docentes, ensino médio, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 17 - Quantidade de docentes, ensino pré-escolar, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 18 - Quantidade de creches e vagas/abrigo crianças e vagas/abrigo idosos e vagas, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 19 - Produto Interno Bruto, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 20 - Renda Per Capita, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 21 - Índice de Desenvolvimento Humano, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 22 - Domicílios permanentes município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 23 - Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 24 - Serviços de saúde existentes no município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 25 - Serviços Especializados

Quadro 26 - Quadro de recursos humanos disponibilizados nas USF's no município de Jaciara – Mato Grosso.

Quadro 27 - Quantidade de população atendida por USF's no município de Jaciara – Mato Grosso, em 2012

Quadro 28 - Quantidade de atendimento especializados no CORESS MT em 2016, município de Jaciara – Mato Grosso

Quadro 29 - Tabela de parto dos nascidos vivos residentes em Jaciara-MT, de 2013 a 2016

Quadro 30 - Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM) dos residentes de Jaciara-MT, de 2013 a 2016

Quadro 31 - Atividades e atendimento do Hospital Municipal de Jaciara – MT no período de 01/01/2016 a 31/12/2016, segundo ao tipo de internação



Quadro 32 - Atendimentos do Hospital Municipal de Jaciara – MT no período de 01/01/2016

a 31/12/2016, segundo ao tipo de parto e cirurgia realizado

Quadro 33 - Registro do Pronto Atendimento Municipal de Jaciara – MT no período de 01/01/2016 a 31/12/2016 das transferências para centros de referências (Cuiabá e Rondonópolis), segundo ao acompanhamento



Lista de Gráficos

Gráfico 01 - Curva de crescimento populacional ao longo das Décadas de 70, 80, 90, 2000 e 2010.

Gráfico 02 - População residente por raça ou cor, município de Jaciara- Mato Grosso

Gráfico 03 - População residente, por grupos de idade e sexo, município de Jaciara – Mato Grosso

Gráfico 04 - Distribuição dos Óbitos dos residentes, 2.016, por faixa etária

Gráfico 05 - Distribuição dos Óbitos dos residentes, 2.016, por sexo

Gráfico 06 - Recursos próprios aplicados na saúde 2.013 a 2.016



Lista de Figuras

Figura 01 – Mapa do Município de Jaciara

Figura 02 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Jaciara





Sumário

Apresentação	19
1. Introdução	20
2. Caracterização do município	23
2.1 Formação histórica	23
2.2 Aspectos Geográficos	25
2.2.1 Localização	25
2.2.2 População	25
2.2.3 Limites	26
2.2.4 Área total	26
2.2.5 Altitude	26
2.2.6 Coordenadas geográficas	26
2.2.7 Hidrografia	26
2.2.8 Clima	27
2.2.9 Relevo	27
2.2.10 Solos	28
2.2.11 Vegetação	28
2.2.12 Principais vias de acesso	29
2.3 Aspectos Socioeconômicos	30
2.3.1 Dinâmica populacional	30
2.3.2 - Retrospectiva populacional dos últimos anos	30
2.3.3 Densidade demográfica	32
2.3.4 Demografia	32
2.3.5 Vocação do município	35
2.3.6 Educação	36
2.3.7 Renda	42
2.3.8 – Índice de Desenvolvimento Humano – IDH	42
2.3.9 – Habitação	43
2.3.10 Energia	43
2.3.11 Telefonia	43
2.3.12 Estrutura sanitária	43
3. Identidade Institucional	45
3.1 Negócio, Missão, Visão e Valores	45
3.2 Organograma da Secretaria Municipal de Saúde	46
4. Caracterização do Setor Público de Saúde	47



4.1 Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e serviços	47
4.2 Recursos humanos Secretaria Municipal de Saúde	47
5. Produção dos Serviços de Saúde	48
5.1 Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Estratégia da Saúde da Família – (ESF).....	50
5.2 Assistência ambulatorial.....	52
5.3 Atenção especializada.....	53
5.3.1 Central de marcação de consultas e exames especializados.....	53
5.4 Vigilância em Saúde.....	56
5.4.1 Vigilância ambiental.....	57
5.4.2 Vigilância epidemiológica.....	59
5.4.3 Vigilância sanitária	60
5.5 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.....	61
5.6 -Saúde da Mulher	63
5.7 Banco de Sangue – Unidade de Coleta e Transfusão	63
5.8 – Laboratório	64
5.9 NASF.....	65
5.10 Centro de Reabilitação.....	67
5.10.1 Fonoaudiologia	68
5.10.2 Psicologia	68
5.10.3 Assistente Social.....	68
5.11 Saúde bucal.....	69
5.12 Farmácia Básica.....	70
5.13 Sistema de urgência e emergência.....	70
5.14 Centro de processamento de dados.....	71
5.15 Setor de Recursos Humanos	71
6. Características Epidemiológicas do Município	72
6.1 Nascimentos	72
6.2 Idade e Escolaridade Materna.....	73
6.3 Tipo de parto.....	74
6.4 Mortalidade.....	74
6.4.1 Mortalidade geral.....	74
6.4.2 Mortalidade materna.....	76
6.4.3 Mortalidade infantil	77
6.4.4 Mortalidade por causas externas.....	78
6.4.5 Grupos de causas de morte	79
6.5 Morbidade.....	79



6.5.1 Doenças de Notificação Compulsória	79
6.5.2 Morbidade Ambulatorial	82
6.5.4 Serviço de Imunização	85
7. Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.....	86
7.1 - Gestão de vigilância à saúde	86
7.2 Gestão da atenção básica	87
7.3 Gestão da atenção da média complexidade	88
7.4 Gestão de recursos humanos, recursos patrimoniais e logísticas	88
7.5 Recursos financeiros.....	90
7.5.1 Financiamento da atenção básica	90
7.5.2 Financiamento da vigilância à saúde.....	91
7.5.3 Financiamento da assistência farmacêutica.....	92
7.5.4 Financiamento da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar	93
7.5.5 Financiamento da gestão do SUS	94
7.6 Fortalecimento do controle social no sistema municipal de saúde.....	97
8. Gestão do trabalho e da educação em saúde.....	99
9. Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão	102
10. Processo de monitoramento e avaliação	103
11. Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores	104
12. Planejamento geral	159
13. Receitas finalizadas	192
13.1 Receitas Recebidas da União para a Saúde	192
13.2 Receitas Recebidas do Estado para a Saúde.....	196
14. Receitas.....	198
14.1 Receitas previstas	198
14.1.1 Receitas previstas da saúde - 2018	198
14.1.2 Receitas previstas da saúde - 2019	198
14.1.3 Receitas previstas da saúde - 2020	199
14.1.4 Receitas previstas da saúde - 2021	200
14.2 Resumo das receitas da saúde– 2018-2021 (todas as fontes)	200
15 Previsão das despesas com saúde	201
15.1 – Despesas da saúde por sub função – 2018-2021	201
15.2 Despesas com saúde por natureza da despesa – 2018-2021	202
16. Considerações finais	146
17. Referências bibliográficas	148
ANEXOS.....	151



ESTADO DE MATO GROSSO GOVERNO MUNICIPAL DE JACIARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSTRUINDO UMA NOVA HISTÓRIA

LEI Nº 478/91, DE 17 DE JULHO 1.991	152
LEI Nº. 1.528/2013, DE 06 DE JUNHO DE 2013	152
RESOLUÇÃO CMS Nº 009/2017	163





Apresentação

O município de Jaciara através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem atribuição de coordenar e executar a Política Municipal de Saúde em consonância com as diretrizes definidas pelo SUS explicitadas na Lei Orgânica do Município.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Jaciara é o resultado de um amplo processo de diálogo, caracterizado pelo esforço de fortalecimento do planejamento integrado da saúde. Dessa forma, o conteúdo deste documento expressa a identificação das necessidades de saúde da população de Jaciara, apresenta as diretrizes, os objetivos e as metas para a gestão da saúde no período de 2018 a 2021 tendo como base as orientações de portarias e decretos que estabelecem o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde.

Foram considerados o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, os compromissos do Plano de Governo, o Pacto pela Saúde e outros instrumentos de pactuação do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso. Também foram resgatados o debate e as diretrizes aprovadas pelas Conferências, dialogando com as políticas e dispositivos legais do SUS, com foco na realidade local regional, adequando metas factíveis para o contexto do município.

Contudo, o Plano Municipal de Saúde norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde.

O PMS orienta assim, a definição do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) consolidando como fundamental instrumento de planejamento.

O presente PMS, priorizado na missão da Secretaria Municipal de Saúde que é “garantir serviços de saúde de qualidade, de forma humanizada, através de ações individuais e coletivas de prevenção, promoção e recuperação da saúde no município de Jaciara-MT”, expressa o processo de planejamento sob a coordenação do gestor municipal e apresenta as intenções políticas, dialogando com o programa do prefeito eleito e apontando os resultados esperados.

AUDIMAR ROCHA DOS SANTOS
Secretário Municipal de Saúde de Jaciara





1. Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde entende-se por saúde o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Saúde traz hoje para a população em geral a ideia de ausência de doenças e apenas isso.

O direito à saúde só passou a ser tratado a partir da Constituição Italiana de 1948. A saúde não é mais concebida apenas como fator de produtividade, mas como um direito do cidadão.

Durante muitos anos tivemos no Brasil a cobertura assistencial de saúde pública apenas aos trabalhadores formais, contribuintes do sistema de seguridade social. Os cidadãos que não estivessem inseridos nesta formalidade, estavam sujeitos ao uso de planos de saúde privados, atendimentos particulares ou à atenção dos atendimentos de caridade realizados na grande maioria das vezes pelas Santas Casas de Misericórdia.

Entretanto, somente com a publicação da Constituição Brasileira Federal de 1988, é que o direito à saúde passa a ser garantido. Foi estabelecido que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, que deve implementar políticas econômicas e sociais que viabilizem esse direito por meio de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde; enumera “participação da comunidade” como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde. Por sua vez, constituições estaduais e leis orgânicas municipais têm estabelecido Conselhos que também objetivam garantir os legítimos direitos do cidadão, tratando de fiscalizar a atenção administrativa”.

Através da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/90 fica estabelecida a responsabilidade do poder público sobre a regulamentação, fiscalização, controle das ações e serviços de saúde, bem como atribuir-se à direção municipal do SUS: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde.

O SUS norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários:

- **Universalidade:** Todas as pessoas têm direito ao atendimento independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos Municipal, Estadual e Federal.
- **Equidade:** Todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, têm diferenças no modo de viver, de





adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida.

- **Integralidade:** As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. O indivíduo não deve ser visto apenas como partes de um todo (coração, fígado, pulmões, etc.). É um ser humano, social, cidadão que biologicamente, psicologicamente, e socialmente está sujeito a riscos de vida. As unidades que prestam serviços de saúde ao usuário devem atender o indivíduo como um ser humano integral, submetidos às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer.

Desta forma a política de saúde deve ser direcionada para a prevenção das doenças e não somente para a sua recuperação. Isto exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos.

O Plano Municipal de Saúde de Jaciara, período 2018-2021, reúne esforços em direção à consolidação do Sistema Único de Saúde, engajado nas diretrizes políticas oriundas da Constituição Federal Brasileira. Além disso, busca cumprir os preceitos legais da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02) de 2002. É um documento cujas normas têm a função de nortear as ações de saúde, destinando-se ao uso interno de todos os setores da Secretaria de Saúde.

Além de todo processo de planejamento estratégico e de elaboração, este instrumento é encaminhado para apreciação, aprovação e acompanhamento por parte do Controle Social, representado através do Conselho Municipal de Saúde em atividade.

O município de Jaciara possui Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, pertence a microrregional de saúde de Rondonópolis.

Para elaboração deste plano, contamos com a participação da equipe técnica e colaboradores da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, utilizando-se de documentos como a lei 8.080/90, 8.142/90, decretos, portarias ministeriais, entre tantas outras pesquisas realizadas visando construir com isso um instrumento flexível, mas que pudesse dar conta de nossas necessidades de gestão em saúde.

É dever, de todo o gestor, gerar políticas para atender as necessidades da população, pois Saúde é um direito de Cidadania. A construção deste documento faz parte do cumprimento do dever de gestor público.

Buscou-se através da elaboração deste documento, conseguir estruturar e planejar de forma adequada os passos a serem dados na área da saúde no município, durante os próximos quatro anos (2018-2021) agindo de forma a alcançar resultados que sejam considerados



satisfatórios, não só pela equipe, mas também por toda a população atendida.

Há dificuldades a serem enfrentadas para o alcance das metas, a equipe junta e organizada tem total capacidade de alcançar o objetivo.



2. Caracterização do município

2.1 Formação histórica

Antiga aldeia dos Índios Bororós, foi inicialmente colonizada em 1877, de forma lenta e desordenada até 1947. Nesta época, empresários adquiriram algumas terras do governo fazendo surgir a CIPA – Colonizadora Industrial, Pastoril e Agrícola LTDA, dando início ao processo de efetiva colonização.

Em 1950 é elaborado o projeto de urbanização e em 1953 criado o distrito de Jaciara, subordinado ao município de Cuiabá. Em 1958 foi elevado a município e constrói-se a BR-364, que trouxe o desenvolvimento ao local.

A Lei nº 695, de 12 de dezembro de 1953 criou o distrito de Jaciara e a Lei Estadual nº 1.188, de 20 de dezembro de 1958 de autoria do Deputado Estadual Manoel J. Arruda criou o município de Jaciara, desmembrando dos municípios de Cuiabá e Poxoréu.

As raízes históricas de Jaciara, em Mato Grosso, não são tão profundas, reportam aos idos de 1947, quando Milton da Costa Ferreira, em viagem à Cuiabá, refletiu e concluiu que o Vale do São Lourenço – municípios de São Pedro da Cipa, Dom Aquino, Juscimeira e Jaciara – era um paraíso que poderia render muito em termos econômicos e aos colonizadores.

Após vários estudos e muitos dias de troca de informações, o diretor da empresa decide que o melhor a fazer seria entrar em contato com o governador do Estado Arnaldo Figueiredo, para as transações iniciais e demonstrar ao governo o interesse em colonizar toda área. Assim feito, entra como mediador o senhor Milton da Costa Ferreira.

Assim a CIPA composta por quatro sócios: Paulo, Milton, Oswaldo e Navarro da Costa Ferreira, e mais tarde os senhores Coreolano de Assunção e Nicola Radica, que adquiriu 70 mil hectares de terra, com o compromisso de colonização urgente. Depois veio para Jaciara o senhor Antônio Ferreira Sobrinho, (Patriarca da família Ferreira), que possuía larga experiência como fazendeiro, colonizador e comerciante em grande escala.

Em 1949, chegam os primeiros colonos e as primeiras lavouras são plantadas, cujo comércio, era feito em Cuiabá. Inclusive existe um fato interessante no comércio da mandioca que era conhecida como “a mandioca da Cipa”. E os colonos continuavam chegando. Gente de tempera forte e vontade inquebrantável, tal como os senhores Nicola Radica, Irineu de Oliveira, Bruno José de França, Elias Degaspery e seus parentes, e ainda a família Barbosa entre outros.



Em 1950, é elaborado o projeto de urbanização da futura cidade e surge o primeiro colégio, com o nome de São Francisco de Assis, padroeiro da cidade.

É demarcada e aberta com foices e machados a avenida principal batizada de Tamoyos, hoje, Avenida Antônio Ferreira Sobrinho em homenagem ao diretor presidente da CIPA por ser o idealizador e fundador de Jaciara. A CIPA então constrói a primeira casa de alvenaria, de propriedade do senhor Mariano José Delmondes.

Nos anos que se seguiram a cidade evoluiu consideravelmente. A CIPA lança campanhas publicitárias em São Paulo, Minas Gerais, Paraná, mostrando que a cidade já era uma realidade e local para se estabelecer e ter seus sonhos realizados.

As campanhas têm excelentes resultados atraindo enorme contingente de brasileiros oriundos de vários rincões, e a cidade começa a prosperar. A tarefa de colonização é coroada com êxito, quando em 20 de dezembro de 1958, o então governador do Estado, João Ponce de Arruda, sanciona a Lei 1.188, criando o município de Jaciara.

Ainda em 1958, tem início à abertura da rodovia MT-15, hoje, BR-364, que trouxe novos impulsos à agricultura, pois viria permitir o escoamento da produção aos centros de consumo nacional. Já em 1959, é nomeado pelo governador do Estado, o primeiro prefeito municipal, senhor Alberto Tavares, que governou até 1963.

Em 31 de janeiro de 1963, tomou posse o primeiro prefeito eleito, senhor Antônio Bastos Pereira, e em sua gestão é instalada a primeira agência bancária que era o Banco do Povo, atualmente Bradesco, e também, o primeiro posto de gasolina, Posto Shell, de propriedade de José Cassiano da Silva.

A partir de 1975, migram para as terras de Jaciara famílias oriundas do sul do País, notadamente do Rio Grande do Sul. Os gaúchos importaram para a região, tecnologia de ponta e deu início a plantação da soja no cerrado, cujo resultado, foi de pleno êxito e muito animador, fazendo uma brusca transformação na economia e a soja, desta forma, transforma-se na principal fonte de riqueza de Jaciara.

Em 30 de junho de 1978, através da Lei nº 4.004, é criada a Comarca de Jaciara, composta, além do município sede, pelos distritos de São Pedro da Cipa (hoje município) e Selma (antigo Jatobá).

A cidade não tinha nome específico, embora fosse chamada de CIPA. E, por isso, esta empresa, observando o impulso do crescimento do lugar, sentiu que a obra principal precisava ter um nome. Surgiu então a ideia de se realizar um concurso, que foi aberto recebendo várias sugestões.



Após estudos, foi escolhido o nome sugerido por Coreolano de Assunção, um dos sócios da companhia, que lendo as obras de Humberto Campos, encontra a lenda da Índia Jaciara, Senhora da Lua, no texto Vitória Régia.

Assim, o lugar recebeu o nome de Jaciara, sendo ainda de origem tupi-guarani, todos os nomes de ruas e logradouros que foram abertos por Paulo da Costa Ferreira, o qual foi peça fundamental na fundação e colonização de Jaciara.

JACI – de origem Tupi = Lua, **ARA** – de origem Latim = Altar (Pedra), **JACIARA** = Altar da Lua ou Senhora da Lua.

A partir de 1877, os irmãos Limirio Enéias de Moura, Luiz França de Moura, Osório Irineu de Moraes, Manoel de Moura e sua esposa Elvidelina Malhado de Moura, já moravam na localidade chamada Brilhante, comunidade estritamente evangélica, que teve a primeira Igreja Presbiteriana construída pelas mãos dos irmãos Moura e Moraes.

Posteriormente chegaram os fundadores de Jaciara: a família Ferreira, seguida de Nicola Radica, Coreolano de Assunção e mais tarde, Rodes Roldão Rodrigo, Adolfo Menezes, Rodolfo Dacol Bueno, Paulo Leal, Eugênio Sacaramal, Leopoldo Francisco Sonsin, Pedro Galdino e João Radica, que passaram a viver com suas famílias.

2.2 Aspectos Geográficos

2.2.1 Localização

A localização estratégica, com acesso fácil às principais vias de escoamento de produção, faz de Jaciara um município privilegiado em se tratando de logística de transporte.

O município é atendido pelas rodovias federais: BR-163 e BR-364, as mais importantes e movimentadas rodovias de ligação do sudeste ao oeste brasileiro.

Além disso, Jaciara está localizada entre as duas principais cidades do Estado: Cuiabá (140 km) capital e Rondonópolis (60 km).

2.2.2 População

A população Jaciarense com pouco mais de 26 mil habitantes é marcada pela miscigenação. Aqui estão sulistas, nordestinos, nortistas, enfim, há gente de todos os lugares, de todas as cores e de todas as raças trabalhando pela construção de uma cidade igual para todos. No início foram os nordestinos, depois vieram os paulistas, mineiros, goianos, paranaenses e os gaúchos. Com a chegada dos gaúchos houve uma acentuada modificação na



estrutura agrícola, fazendo do cerrado, terras produtivas.

Em virtude desta miscigenação devemos ficar atentos na atenção dada aos agravos à saúde mais característicos de uma raça ou etnia como é o caso, por exemplo, da maior prevalência de hipertensão na população negra ou de câncer de pele na população de pigmentação mais clara.

A População Total do Município era de 23.796 de habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2000). A contagem populacional de 2010 constatou 25.647 habitantes no município de Jaciara (IBGE,2010). Em 2017 a população estimada segundo dados do IBGE é de 26.633 habitantes.

2.2.3 Limites

Norte: Campo Verde, Sul: São Pedro da Cipa, Leste: Dom Aquino e Oeste: Santo Antônio do Leverger e Juscimeira

2.2.4 Área total

Sua Área é de 1.659 km² representando 0.1836 % do Estado, 0.1036 % da Região e 0.0195 % de todo o território brasileiro.

2.2.5 Altitude

Altitude: 367 metros do nível do mar

2.2.6 Coordenadas geográficas

Suas coordenadas geográficas são: Latitude Sul 16° 02' 30" e Longitude Oeste 54° 59' 45".

2.2.7 Hidrografia

O Município é banhado pela Bacia do Rio São Lourenço, que é um dos formadores do Planalto Mato-grossense.

Além do Rio São Lourenço existem os Rios Tenente Amaral, Prata e Brilhante; e os Córregos: Saia Branca, Água Grande, Piraputanga, Bento Ribeiro e Cachoeirinha, todos de muita importância para o Município.

2.2.8 Clima

O clima predominante no Município é o tropical semiárido e registram – se temperaturas elevadas, sendo que as máximas são registradas principalmente nos meses de setembro a outubro e variam entre 32° e 36°, as mínimas são registradas nos meses de junho a agosto e variam entre 10° e 28°.

A temperatura média anual está em torno de 22°. Este clima se deve em grande parte a altitude da cidade, 480 metros acima do nível do mar, e a um índice pluviométrico de 2.200 mm/ano, e que mostra dois períodos distintos: o da seca, que está compreendido entre os meses maio a setembro, e o das chuvas, dos meses de outubro a abril, sendo que a maior incidência de chuva é de dezembro a fevereiro.

No período de maior precipitação, o clima fica mais ameno, com registro de temperaturas entre 22°C e 25°C, atraindo turistas para as cachoeiras e diversos clubes de águas termais e águas quentes localizados a 10 km do centro da cidade, no município vizinho de Juscimeira.

2.2.9 Relevo

A umidade geomorfológica que domina a maior parte da região é denominada Planalto dos Alcantilados, modelado por rochas paleozóicas do grupo Aquidauana. Este planalto, naturalmente dissecado, deu origem a vários segmentos que recebem denominações locais, como: Serra da Areias, situada em sua porção central; Serra de São Lourenço, Coroados e São Jerônimo, que desempenham papel decisivo entre a microrregião e a Baixada Cuiabana.

Em toda sua extensão o município apresenta 57,5% de áreas praticamente planas, 37,5% são de áreas onduladas, 4% são de áreas acidentadas e 1% são de áreas inaproveitáveis.

BRASIL, (1982) E ZSEE/ MT (2001), apontam o município com a inserção na Unidade Geomorfológica do Planalto dos Guimarães, apresenta área de relevo razoavelmente elevada, com suave caimento, dissecado em forma tabular. As bordas da Serra dos Coroados e São Jerônimo se articulam a Oeste com depressão do rio Paraguai, delineando uma feição cuestiforme.

Observa-se que de acordo com as formações geológicas da região do município de Jaciara, segundo ZSEE (MT, 2001), está inserido no Grupo Paraná e Formação do Furnas. As características geológicas da região contribuíram para que as áreas inseridas no município



apresentassem características geomorfológicas que resultam em formas de relevos exuberantes. Registrando a presença de serras e cavernas, com possibilidades para a prática do turismo contemplativo e ecoturismo.

2.2.10 Solos

Em relação aos tipos de solos encontrados na região de Jaciara, podemos citar os seguintes:

- Latossolo vermelho – amarelo: permitem emprego de implementos agrícolas, geralmente encontrados em relevos planos e suavemente ondulados.
- Latossolo vermelho – escuro: ocorre predominantemente na região leste do Município e possui de 9 a 18% de teores de ferro para textura argilosa.
- Podzólico vermelho – amarelo: possui boa reserva de elementos nutritivos possibilitando condições favoráveis à implantação de qualquer empreendimento agropecuário, localizado a sudoeste do Município.
- Areias Quartzosas, praticamente inviável para os usos agrícolas, sendo de utilização restrita a pastagens extensivas e aproveitamento das espécies vegetais nativas localiza – se ao Sul do Município.
- Solos Concrecionais: desaconselháveis para o uso agrícola e ocorre principalmente na parte norte. De uma forma geral e com relação à extensão de cada tipo de solo, pode – se dizer que a maior parte da área do Município possui solos agricultáveis ou que possibilita a correção.

2.2.11 Vegetação

De acordo com o Macedo, (1995), os ecossistemas mais importantes no município são: Cerrados e Matas (Ciliar e Transição).

Analisando o mapa da vegetação do ZSEE/ MT (2001), observa-se que a vegetação típica do Cerrado ocupa a maior parte do município caracterizado pela Savana Arbórea Aberta. Pode – se encontrar em sua cobertura vegetal as matas, matas ciliares, matas de transição e cerrado. As matas encobrem os vales mais úmidos e as encostas dos cursos dos rios, sendo que as espécies mais comuns são: aroeiras, jatobás, ipês, perobas, angicos e os camarás, bem como os babaçus.

Nos cerrados, as espécies que predominam são o pequizeiro, faveiro, barbatimão, pau – terra, lixeira, etc. Existe uma reserva florestal que compreende 20% da área do Município,



sendo que desta área: 65% são compostas de cerrado e 35% de mata.

2.2.12 Principais vias de acesso

2.2.12.1 Rodovias

- BR-163 – Faz a ligação asfáltica com os demais estados do Brasil. Corta o Mato Grosso no sentido norte-sul, passando por Jaciara em direção a Santarém, no Pará.
- BR-070 – Faz a ligação entre Cuiabá e Brasília. Jaciara está a 45 km desta rodovia.
- BR-080 – Faz a ligação entre as BRs 163 e 364.
- BR-8 – É um trecho de rodovia internacional que interliga Brasília a Caracas, na Venezuela.
- Eixo Pacífico – faltam apenas 460 km de asfalto, entre Cáceres (MT) e San Ramon, na Bolívia para chegarmos ao pacífico.

2.2.12.2 Aviação

- Cuiabá – O Aeroporto Internacional Marechal Rondon atende cerca de 500 mil passageiros por ano. De lá partem vôos para os principais centros do país. No aeroporto operam as seguintes companhias: Azul, Avianca, Gol, Asta, Passaredo e Latam.
- Rondonópolis – O Aeroporto Municipal Maestro Marinho Franco é bem estruturado, com salas de embarque, desembarque e saguão, além de equipamentos que permitem pousos noturnos. No local operam as empresas: Azul, Passaredo e Latam.

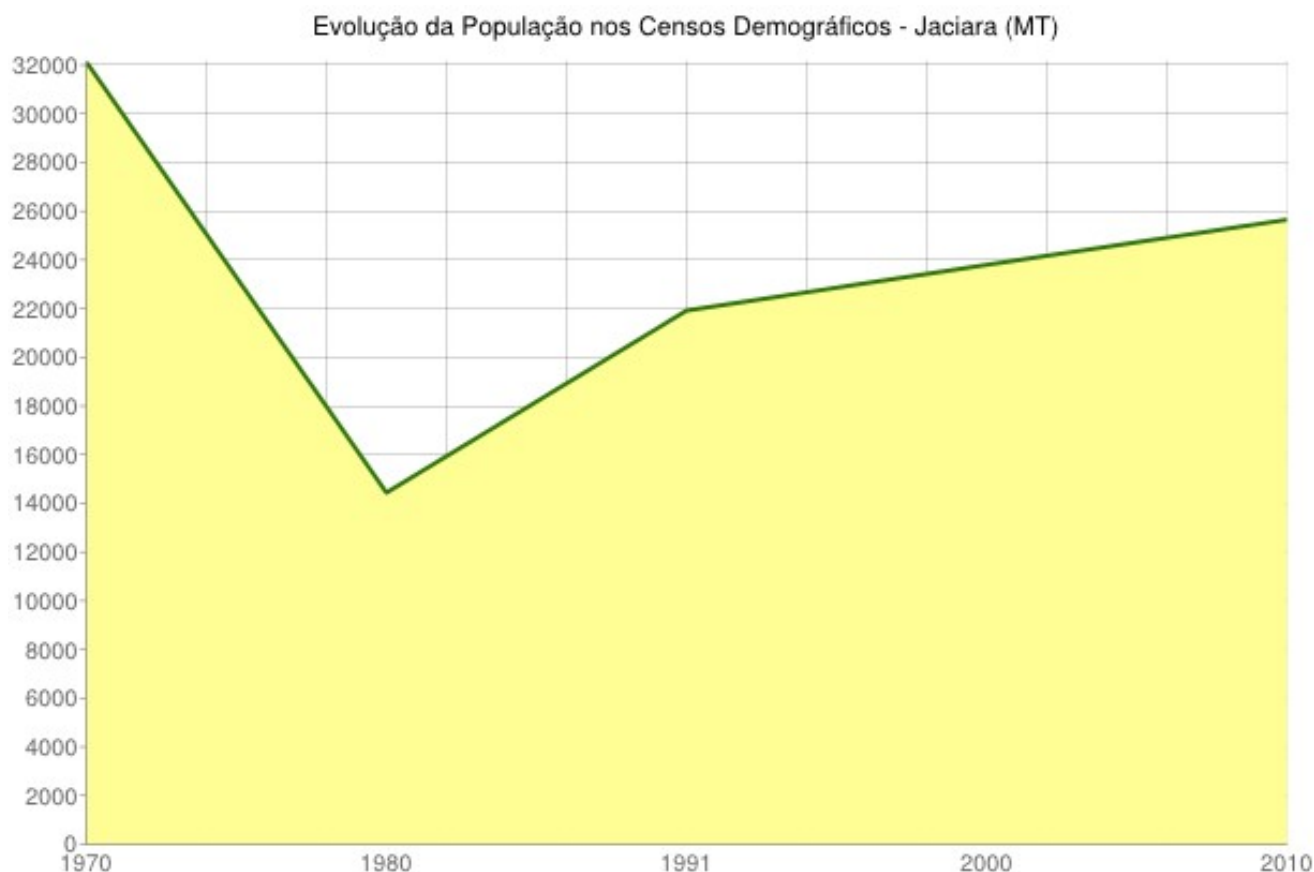
2.2.12.3 Ferrovia

A Ferronorte ainda está em construção e com o término da primeira etapa, Mato Grosso estará interligado com o sistema ferroviário nacional através da Ferrovia Paulista S.A. (Fepasa). Com a construção da segunda etapa, o Estado estará ligado com o triângulo mineiro, podendo desta forma atingir não só os portos de São Paulo, como também os do Rio de Janeiro e Espírito Santo. Seu terminal de cargas ficará no município de Rondonópolis, a 60 km de Jaciara, e terá juntado uma EADI - Estação Aduaneira do Interior, popularmente conhecida como porto seco.

2.3 Aspectos Socioeconômicos

2.3.1 Dinâmica populacional

Gráfico 01 - Curva de crescimento populacional ao longo das Décadas de 70, 80, 90, 2000 e 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

A população do município teve um declínio populacional da década de 70 a 80, entre a década de 80 a 90 houve um crescimento. Já entre a década de 90 ao ano de 2010 houve um crescimento tímido, como podemos observar no gráfico acima.

2.3.2 - Retrospectiva populacional dos últimos anos

O crescimento populacional do município de Jaciara variou nos últimos anos de forma crescente a decrescente, como podemos observar na tabela 01, a seguir:



Tabela 01- Crescimento Populacional de Jaciara de 1980 a 2016

Crescimento Populacional de Jaciara de 1980 a 2016		
Ano	População	Método
2016	26.519	Estimativa
2015	26.401	Estimativa
2014	26.281	Estimativa
2013	26.157	Estimativa
2012	25.927	Estimativa
2011	25.790	Estimativa
2010	25.647	Censo
2009	25.925	Estimativa
2008	25.745	Estimativa
2007	25.028	Estimativa
2006	27.494	Estimativa
2005	26.929	Estimativa
2004	25.826	Estimativa
2003	25.337	Estimativa
2002	24.853	Estimativa
2001	24.420	Estimativa
2000	23.796	Censo
1999	23.020	Estimativa
1998	22.372	Estimativa
1997	21.722	Estimativa
1996	20.953	Contagem populacional
1995	21.573	Estimativa
1994	20.949	Estimativa
1993	20.312	Estimativa
1992	19.185	Estimativa
1991	21.917	Estimativa
1990	21.182	Censo
1989	20.543	Estimativa



1988	19.888	Estimativa
1987	19.217	Estimativa
1986	18.530	Estimativa
1985	17.834	Estimativa
1984	17.132	Estimativa
1983	16.427	Estimativa
1982	15.720	Estimativa
1981	15.015	Estimativa
1980	14.438	Censo

Fonte: IBGE, Censos Demográficos.

Observa-se, no gráfico acima, que ao longo dos anos houve crescimento populacional gradativo e a partir do ano de 2007 observamos pouca alteração no crescimento populacional do município de Jaciara.

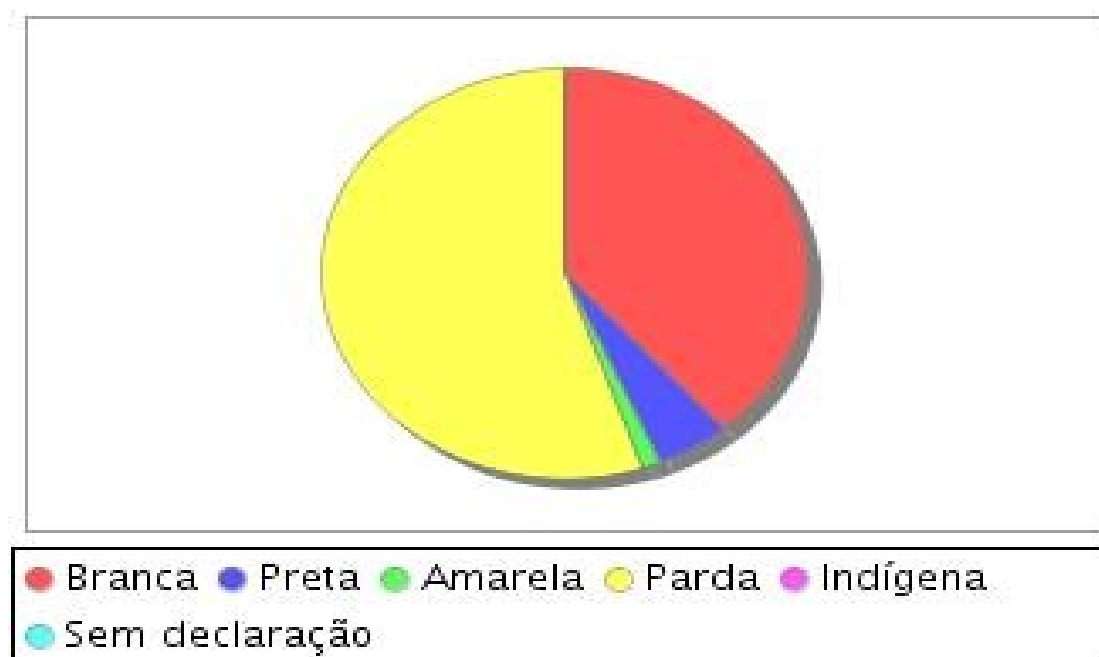
2.3.3 Densidade demográfica

O município de Jaciara possui densidade populacional de 15,51 habitantes/Km² de acordo com os dados do IBGE de 2010.

2.3.4 Demografia

O município de Jaciara – MT, conforme dados obtidos pelo IBGE em 2017, estima uma população de 26.663 habitantes. Porém não coincide com dados da realidade local, pois recebe frequentemente uma migração de diversas regiões do País devido fatores econômicos, relacionado com duas grandes usinas de açúcar e álcool, ocasionando grande urbanização no município. A cidade é pólo do vale do São Lourenço relacionado ao Comércio e a Saúde. O Hospital Municipal, através de acordos com o consórcio inter-regional, atende demandas do Vale do São Lourenço, sendo estas frequentemente ultrapassadas e com isso ocasionando grandes números de atendimentos.

Gráfico 02 - População residente por raça ou cor, município de Jaciara- Mato Grosso



Fonte: TCU - População estimada do ano 2017.

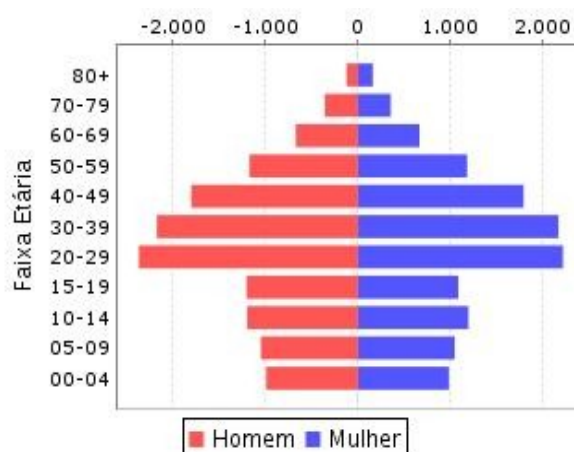
Gráfico 03 – População residente, por grupos de idade e sexo, município de Jaciara – Mato Grosso

POPULAÇÃO - SEXO E FAIXA ETÁRIA

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
00-04	992	980	1.972
05-09	1.050	1.043	2.093
10-14	1.199	1.191	2.390
15-19	1.205	1.082	2.287
20-29	2.368	2.212	4.580
30-39	2.173	2.163	4.336
40-49	1.802	1.787	3.589
50-59	1.173	1.177	2.350
60-69	673	662	1.335
70-79	360	352	712
80+	124	159	283
Total	13.119	12.808	25.927

Fonte: TCU - População estimada do ano 2017.

População - Perfil demográfico





A classificação do IBGE segundo cor ou raça encontra-se dividida nas seguintes categorias: brancos, pardos, pretos, amarelos e indígenas. O IBGE verifica a composição brasileira através de um censo realizado a cada 10 anos e a composição por cor e raça são verificadas através do auto declaração.

No tocante das raças presentes no município, destaca-se duas maiores declaradas, ficando a raça parda com representação de 53,22% seguida pela branca de 40,73%, sendo a raça parda com maior percentual.

No gráfico sexo e faixa etária, nota-se uma mudança na expectativa de vida da população, onde observa-se que nos últimos anos a pirâmide se apresenta mais larga no centro, onde estão representadas as camadas de 20 a 29 anos, que se compõe em sua maioria em adultos jovem, numa faixa etária produtiva. Este fato é resultado de uma diminuição das taxas de mortalidade e natalidade e aumento da expectativa de vida da população.

Quadro 01–Evolução da população alfabetizada e analfabetizada, conforme população acima de 15 anos de idade.

Ano	Quantidade Analfabetos	Quantidade Alfabetizados	Taxa
1991	2.638	11.372	18,83%
2000	1.826	13.691	11,77%
2010	1.975	17.171	10,32%

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS.

Quadro 02 –Evolução da taxa de analfabetismo por sexo, conforme população acima de 15 anos de idade.

Ano	Taxa / Masculino	Taxa / Feminino
1991	18,45%	19,23%
2000	12,32%	11,22%
2010	11,01%	9,60%

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS.



Quadro 03 –Evolução da taxa de analfabetismo urbana e rural, conforme população acima de 15 anos de idade.

Ano	Taxa / Urbana	Taxa / Rural
1991	18,28%	23,68%
2000	11,37%	11,81%
2010	10,10%	13,09%

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS

2.3.5 Vocação do município

Além da soja e pecuária, atividade que são predominantes no Estado, em Jaciara também se produz algodão, milho e cana de açúcar, bem como, desenvolve-se, a cada dia com mais intensidade, a atividade turística como forma de economia, já que a cidade é conhecida pelas suas cachoeiras e pela prática das atividades de turismo de aventura.

No setor industrial, o município possui fábricas de grande porte, dentre elas duas usinas de álcool e açúcar, fábrica de rações e derivados de milho, fábrica de compensados, fábrica de cadeiras, fábrica de cabos e condutores elétricos, além de um centro de distribuição da Móveis Gazin, que atende todas as lojas do grupo no Estado.

Para incrementar ainda mais a atividade industrial no município, a prefeitura criou o Distrito Industrial, numa área de 50 hectares e que está localizada às margens da BR-364, saída para Rondonópolis.

Além do distrito, a administração municipal também implantou o Projeto Incubadora de Empresas, localizada no Bairro Planalto e que tem condições de atender três empresas de médio porte.

Outros setores que movimentam a economia da cidade são o comércio e a prestação de serviços, atividades que abrangem os municípios vizinhos, num mercado de cerca de 70 mil consumidores.

Já o turismo, uma das grandes vocações do município, está em franca expansão, não só em Jaciara, mas como em toda região, rica em cachoeiras, águas termais e outras belezas naturais. Atenta a este crescimento, a prefeitura tem investido em cursos de qualificação para os trabalhadores do trade turístico.

Nos últimos dois anos, em parceria com o Governo do Estado, UNEMAT, Sebrae e outras instituições, os cursos realizados pela prefeitura beneficiaram cerca de 2 mil trabalhadores em diversas áreas (camareira, recepcionista, cozinha nacional e internacional,



eventos, etc.).

Hoje a cidade, por meio da administração municipal, desenvolve um calendário de eventos que incluem carnaval, rodeio, festa natalina, festival de viola, esportes radicais e festival de teatro.

2.3.6 Educação

O IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica foi criado pelo Inep. Ele agrega a possibilidade de resultados sintéticos, facilmente assimiláveis, e que permitem traçar metas de qualidade educacional para os sistemas.

Os índices de aprovação são obtidos a partir do Censo Escolar, realizado anualmente pelo Inep. As médias de desempenho utilizadas são as da Prova Brasil (para IDEBs de escolas e municípios) e do SAEB (no caso dos IDEBs dos estados e nacional).

Todas as Escolas em Jaciara, por meio do IDEB, demonstraram melhoria no ensino aprendizagem e maior comprometimento dos professores com a educação no Município. Os cursos de formação que estão ocorrendo para todos os profissionais da educação, têm ajudado na prática de cada um, pois, as Escolas têm se esforçado para alcançar melhores resultados no aprendizado de seus alunos.

Jaciara está entre os municípios que teve uma das melhores notas, prova disto é que não estamos entre os Municípios prioritários, ou seja, com baixo IDEB, conforme se observa no quadro abaixo. Isso demonstra o quanto os profissionais da educação estão empenhados na melhoria do ensino. As Escolas Municipais em Jaciara superaram média esperada do IDEB em 2011.

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública de Jaciara tiveram nota média de 6 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.8. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava Jaciara na posição 17 de 141. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 15 de 141. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98.2 em 2010. Isso posicionava o município na posição 33 de 141 dentre as cidades do estado e na posição 1768 de 5570 dentre as cidades do Brasil.



ESTADO DE MATO GROSSO

GOVERNO MUNICIPAL DE JACIARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSTRUINDO UMA NOVA HISTÓRIA

Quadro 04 – Resultado IDEB das escolas da rede pública nos anos iniciais, município de Jaciara – Mato Grosso

Ensino Fundamental	IDEB 2005	IDEB 2007	IDEB 2009	IDEB 2011	IDEB 2013	IDEB 2015
Anos Iniciais	3,8	4,5	5,1	5,1	5,3	6
Anos Finais	3,2	4,0	4,4	4,4	4,4	4,8

Fonte: Ministério da Educação. INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

Quadro 05 – Resultado IDEB das escolas da rede pública nos anos iniciais, município de Jaciara – Mato Grosso

Nome da Escola	Rede	IDEB 2005	IDEB 2007	IDEB 2009	IDEB 2011	IDEB 2013	IDEB 2015
E M Maria Villani Delmondes	Mun.	4,0	4,7	5,4	5,7	5,5	6,7
E M Magda Ivana	Mun.	-	3,8	4,7	4,4	4,7	5,4

Fonte: Ministério da Educação. INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

Quadro 06 – Quantidade de escolas de ensino fundamental, município de Jaciara – Mato Grosso

Escolas de Ensino Fundamental Pública Estadual	07
Escolas de Ensino Fundamental Pública Municipal	03
Escolas de Ensino Fundamental Privada	02
Total de Escolas de Ensino Fundamental	12

Fonte: IBGE (2015)

Quadro 07 – Quantidade de escolas de ensino médio, município de Jaciara – Mato Grosso

Escolas de Ensino Médio Pública Estadual	03
Escolas de Ensino Médio Privada	02
Total de Escolas de Ensino Médio	05

Fonte: IBGE (2015)





Quadro 08 – Quantidade de escolas de ensino pré-escolar, município de Jaciara – Mato Grosso

Escolas de Ensino Pré-Escolar Pública Municipal	04
Escolas de Ensino Pré-Escolar Privada	02
Total de Escolas de Ensino Pré-Escolar	06

Fonte: IBGE (2015)

Quadro 09 – Quantidade de escolas de ensino técnico profissionalizante, município de Jaciara – Mato Grosso

Escola de Ensino Técnico Público Federal	01
Escolas de Ensino Técnico Profissionalizante Privada	02
Total de Escolas de Ensino Técnico Profissionalizante	03

Fonte: SME /JAC (2016)

Quadro 10 – Quantidade de escolas de ensino superior, município de Jaciara – Mato Grosso

Escolas de Ensino Superior Pública Federal	01
Escolas de Ensino Superior Privada	02
Total de Escolas de Ensino Superior	03

Fonte: SME /JAC (2017)

O município conta com uma escola para portadores de necessidades especiais (Escola Pestalozzi). A escola é gerida pela Associação Pestalozzi e conta atualmente com 60 alunos, tendo capacidade para atender 100alunos. Possui parceria com o Estado de Mato Grosso, Prefeitura de Jaciara e LBA.

Quadro 11 – Cursos de 3º grau oferecidos, município de Jaciara – Mato Grosso

Administração Geral	Matemática
Agronomia	Pedagogia
Artes Visuais	Processos Gerenciais
Ciências Contábeis	Serviço Social



Ciências da Natureza	Sistema de Informação
Ciências Econômicas	Sociologia
Educação Física	Sup Tec em Agronegócio
Enfermagem	Sup Tec em Análise Desenv de Sistema
Engenharia Civil	Sup Tec em Gastronomia
Engenharia Florestal	Sup Tec em Gestão Ambiental
Filosofia	Sup Tec em Gestão Comercial
Geografia	Sup Tec em Gestão de Qualidade
Gestão de Recursos Humanos	Sup Tec em Gestão Hospitalar
Gestão em Tecnologia da Informação	Sup Tec em Gestão Pública
Gestão Financeira	Sup Tec em Logística
História	Sup Tec em Redes de Computadores
Letras	Sup Tec em Segurança do Trabalho
Marketing	Zootecnia

Fonte: SME /JAC (2016)

Quadro 12 – Número de matrículas realizadas, ensino fundamental, município de Jaciara – Mato Grosso

Matrículas Ensino Fundamental em Escola Pública Estadual	2.344
Matrículas Ensino Fundamental em Escola Pública Municipal	1.022
Matrículas Ensino Fundamental em Escola Privada	375
Total de Matrículas Ensino Fundamental	3.741

Fonte: IBGE Cidades (2015)



Quadro 13 – Número de matrículas realizadas, ensino médio, município de Jaciara – Mato Grosso

Matrículas Ensino Médio em Escola Pública Estadual	1.238
Matrículas Ensino Médio em Escola Privada	112
Total de Matrículas Ensino Médio	1.395

Fonte: IBGE Cidades (2015)

Quadro 14 – Número de matrículas realizadas, pré-escolar, município de Jaciara – Mato Grosso

Matrículas Ensino Pré-Escolar em Escola Pública Municipal	562
Matrículas Ensino Pré-Escolar em Escola Privada	119
Total de Matrículas Ensino Pré-Escolar	681

Fonte: IBGE Cidades (2015)

Quadro 15 – Quantidade de docentes, ensino fundamental, município de Jaciara – Mato Grosso

Docentes - Ensino Fundamental em Escola Pública Estadual	168
Docentes - Ensino Fundamental em Escola Pública Municipal	52
Docentes - Ensino Fundamental em Escola Privada	41
Total de Docentes no Ensino Fundamental	261

Fonte: IBGE Cidades (2015)

Quadro 16 – Quantidade de docentes, ensino médio, município de Jaciara – Mato Grosso

Docentes - Ensino Médio em Escola Pública Estadual	94
Docentes - Ensino Médio em Escola Privada	25
Total de Docentes no Ensino Médio	119

Fonte: IBGE Cidades (2015)



Quadro 17 – Quantidade de docentes, ensino pré-escolar, município de Jaciara – Mato Grosso

Docentes - Ensino Pré-Escolar em Escola Pública Municipal	28
Docentes - Ensino Pré-Escolar em Escola Privada	13
Total de Docentes no Ensino Pré-Escolar	41

Fonte: IBGE Cidades (2015)

Quadro 18 - Quantidade de creches e vagas/abrigo crianças e vagas/abrigo idosos e vagas, município de Jaciara – Mato Grosso

Creches	Vagas
Creche Municipal Menina Angélica	152
Creche Municipal Zulmira Barbieri	114
Creche Municipal João de Barro	94
Casa da Criança	109
Creche Santo Antônio (Igreja Católica)	85
Total de Creches – 06	
Abrigo Criança	
Lar Recanto Feliz	16
Total de Abrigo Criança – 01	
Abrigo Idosos	
Abrigo Sombra da Acácia	80
Total de Abrigo Idosos – 01	

Fonte: SME – Jaciara (2016)

Atualmente o município possui 06 (seis) creches e com quantitativo de vagas distintas, variando de acordo com a estrutura e local de instalação da mesma. O município conta com uma creche mantida pela Igreja Católica de Rondonópolis, em parceria com a Prefeitura de Jaciara e uma creche conveniada entre um Clube de Serviços com fim filantrópico e Prefeitura.

Possui um Abrigo para Criança mantido pela Prefeitura de Jaciara. Também conta com um abrigo para idosos mantido pela Maçonaria Estrela do São Lourenço e Acácia do São



Lourenço, entidade sem fins lucrativos, e parceria com a Prefeitura.

2.3.7 Renda

2.3.7.1 Produto Interno Bruto 2014

Em 2014, tinha um PIB per capita de R\$ 30.974,31. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 48 de 141. Já na comparação com cidades do Brasil todo, sua colocação era de 737 de 5570. Em 2015, tinha 70.2% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em comparação às outras cidades do estado, estava na posição 104 de 141 e, quando comparado a cidades do Brasil todo, ficava em 4506 de 5570.

Quadro 19 – Produto Interno Bruto, município de Jaciara – Mato Grosso

Valor adicionado bruto da agropecuária	R\$ 215.677,00
Valor adicionado bruto da indústria	R\$ 109.614,00
Valor adicionado bruto dos serviços	R\$ 287.270,00
Valor adicionado bruto dos impostos	R\$ 78.646,00
PIB a preços correntes	R\$ 814.036,00
PIB per capita	R\$ 30.974,31

Fonte: IBGE Cidades (2014)

Quadro 20 – Renda Per Capita, município de Jaciara – Mato Grosso

Renda per Capita	1991	2000	2010
	198,00	257,56	704,43

Fonte: IBGE Cidades (2010)

2.3.8 – Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) trata-se de um indicador composto por três variáveis; referentes aos aspectos de saúde, educação e renda das populações. Seu valor varia entre 0 (zero) e 1 (um) e valores mais altos indicam melhores condições de vida.

O valor do IDH de Jaciara alcançou em 2000 o índice de 0,788, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000) que a coloca entre os locais de alto desenvolvimento humano, ficando acima da média Nacional que é 0,699 e da média mundial



que é 0,624.

Quadro 21 – Índice de Desenvolvimento Humano, município de Jaciara – Mato Grosso

	1991	2000	2010
IDH – Educação:	0,772	0,875	0,655
IDH – Renda:	0,656	0,699	0,728
IDH – Longevidade:	0,701	0,790	0,833
IDH – Municipal:	0,710	0,788	0,735

Fonte: PNUD/2010

2.3.9 – Habitação

Quadro 22 – Domicílios permanentes município de Jaciara – Mato Grosso

	Domicílios
Total	8.154
Próprio	5.257
Alugado	1872
Cedido	917
Outra forma	108

Fonte: IBGE/SIDRA

2.3.10 Energia

A capacidade de fornecimento de energia é altamente satisfatória.

2.3.11 Telefonia

Móvel: Tim, Oi, Claro e Vivo. Fixa: Oi.

2.3.12 Estrutura sanitária

Quadro 23 – Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água, município de Jaciara – Mato Grosso

Forma de Abastecimento	1991	2000	2010
------------------------	------	------	------



ESTADO DE MATO GROSSO

GOVERNO MUNICIPAL DE JACIARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSTRUINDO UMA NOVA HISTÓRIA

Rede Geral	78.2	89.3	96.4
Poço ou nascente (na propriedade)	19.7	9.6	3.5
Outra forma	2.1	1.1	0.1

Fonte: IBGE/Censos (2010)

Tabela 02– Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária, município de Jaciara – Mato Grosso

Instalações Sanitárias	1991	2000	2010
Rede geral de esgoto	-	0.0	0.0
Fossa séptica	-	31.1	99.41
Esgoto a céu aberto	-	3.48	0.19

Fonte: IBGE/Censos (2010)

Tabela 03 – Proporção de moradores por tipo de destino de lixo, município de Jaciara – Mato Grosso

Coleta de Lixo	1991	2000	2010
Coletado	43.1	84.7	97.3
Queimado ou enterrado (na propriedade)	41.2	10.0	2.8

Fonte: IBGE/Censos (2010)

No ano de 2010 apresentava 35.9% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 65.6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 24.9% 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 16 de 141, 59 de 141 e 9 de 141, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 2848 de 5570, 3369 de 5570 e 1535 de 5570, respectivamente.





3. Identidade Institucional

3.1 Negócio, Missão, Visão e Valores

Nosso Negócio

“Saúde”

Nossa Missão

“Garantir serviços de saúde de qualidade, de forma humanizada, através de ações individuais e coletivas de prevenção, promoção e recuperação da saúde no município de Jaciara-MT.”

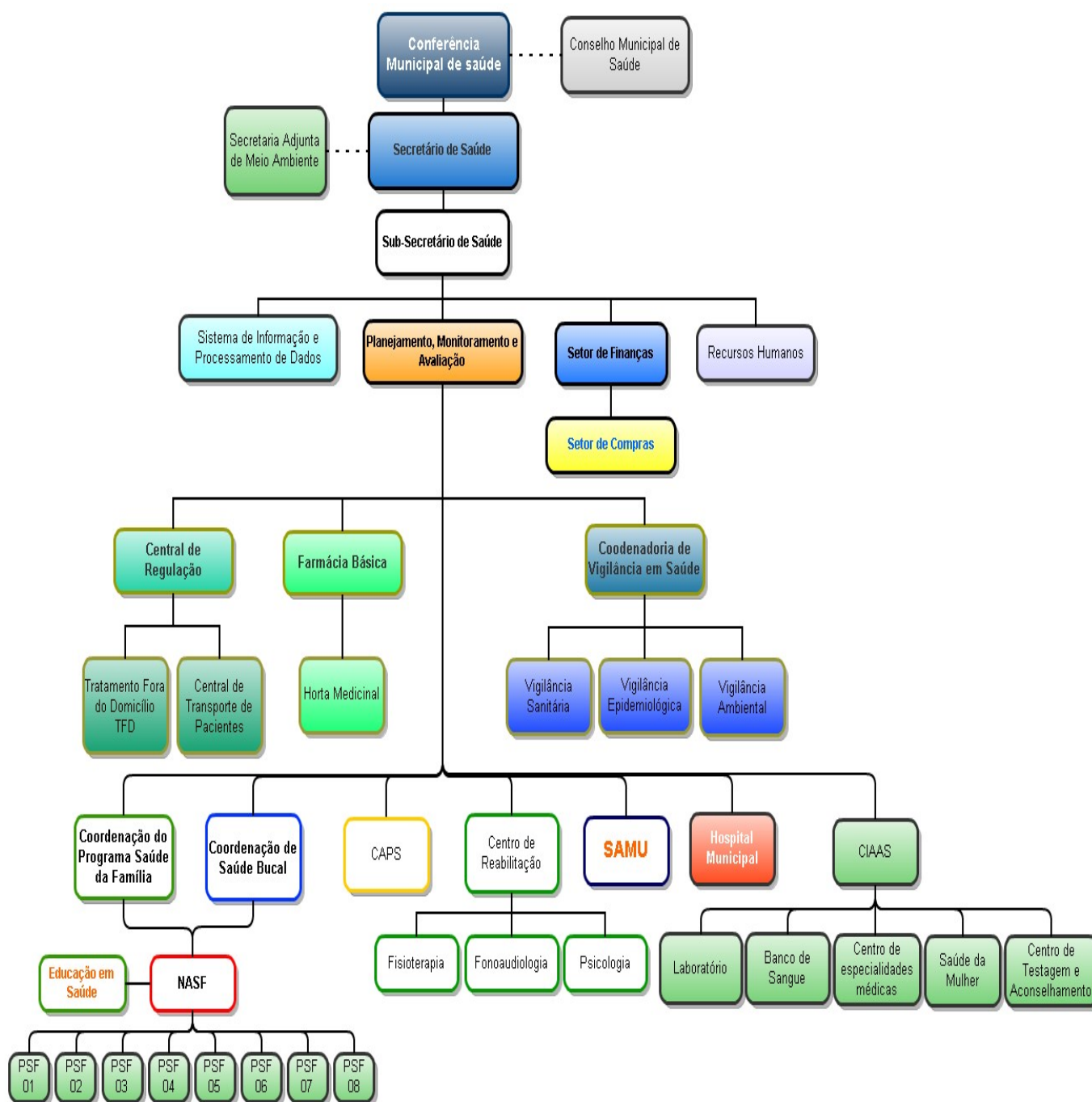
Nossa Visão

“Ser referência em serviços destinados aos cuidados com a saúde, primando pela excelência.”

Nossos Valores

- Universalidade: Todos os cidadãos têm direito de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.
- Equidade: Atenção às pessoas e igualdade de condições de acesso aos serviços, respeitando a singularidade e adversidade dos seres humanos.
- Integralidade: Atender as necessidades do indivíduo como um todo, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação da saúde.
- Democratização: Fortalecer a participação da sociedade e dos trabalhadores nas instâncias de gestão e organização do SUS, respeitando as ideias, os valores, a cultura e as diferentes formas de organização.
- Qualidade: Garantir a eficiência e eficácia na aplicação de recursos e prestação das ações e serviços de saúde.
- Ética: Compromisso com a vida e respeito a crenças e valores.
- Humanização: Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. É o SUS mais ágil, mais resolutivo e acolhedor.
- Transparência: Oportunizar à comunidade meios de acompanhar a realização das metas.
- Responsabilidade: Realizar os compromissos assumidos perante os usuários.
- Solidariedade: Fortalecer o espírito coletivo com comprometimento e colaboração.
- Agilidade: Otimizar o atendimento, satisfazendo as necessidades da comunidade.
- Eficiência: Desenvolver o máximo de ações utilizando os recursos de forma racional.

3.2 Organograma da Secretaria Municipal de Saúde





4. Caracterização do Setor Público de Saúde

4.1 Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde e serviços

Quadro 24 – Serviços de saúde existentes no município de Jaciara – Mato Grosso

Descrição	Total
Centro de saúde/unidade básica	8
Hospital geral	2
Consultório isolado	15
Clínica/centro de especialidade	13
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	4
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	1
Farmácia	1
Central de gestão em saúde	1
Centro de atenção hemoterápica e ou hematológica	1
Centro de atenção psicossocial	1
Laboratório de saúde pública	1
Central de regulação do acesso	1
TOTAL	49

Fonte: CNES (2016)

4.2 Recursos humanos Secretaria Municipal de Saúde

No ano de 2006 o município realizou Concurso Público, sob execução técnica UNEMAT – Universidade do Estado de Mato Grosso, sendo acompanhada por Comissão designada pelo Prefeito Municipal. O concurso efetivou 126 funcionários em diversos cargos.

No ano de 2008 foram efetivados 55 (cinquenta e cinco) Agentes Comunitários de Saúde e 02 (dois) Agentes de Combate a Endemias.

Nos anos de 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014 foram realizados concursos públicos admitindo diversos profissionais na área da saúde.

Mesmo diante da efetivação de vários profissionais, ainda é considerável o quantitativo de profissionais admitidos por outros vínculos empregatícios.



Tabela 04– Quantidade de profissionais do Sistema Único de Saúde em 2016, município de Jaciara – Mato Grosso

ESTÁGIO	
TIPO	TOTAL
Estagiário	2

VINCULO EMPREGATÍCIO	
TIPO	TOTAL
Cargo comissionado	8
Contrato Prazo Determinado	31
Emprego Público	03
Estatutário	203
TOTAL	245

Fonte: CNES (2016)

Os profissionais da saúde do município de Jaciara estão devidamente cadastrados no CNES - Cadastro de Estabelecimento de Saúde. Possui em sua estrutura organizacional profissionais que variam de nível técnico, médio e superior, possibilitando o bom andamento dos programas de saúde sob a coordenação de profissionais habilitados. A maioria dos profissionais do SUS possui vínculo empregatício, sendo 203 profissionais estatutários, 31 com contrato por tempo determinado, 03 com emprego público, 08 de cargo comissionado e 02 estagiários.

5. Produção dos Serviços de Saúde

Durante o ano de 2009, alguns programas deram continuidade em seus trabalhos entre outros que foram implantados, listamos a seguir os programas desenvolvidos em nosso município, sendo eles: Estratégia da Saúde da Família, PACS, SISCOLO, SISPRENATAL, HIPERDIA, SINAN, Saúde Bucal, Planejamento Familiar, DST/AIDS, SIOPS, SISFAD, VIGIÁGUA, VIGISOLO, VIGIAR, SIA, SIH, PNI, SIAB, CNES, Cartão SUS, SISVAN, entre outros.



Quadro 25 - Serviços Especializados

Descrição	Total
101 - Estratégia de saúde da família	8
103 - Serviço de atendimento móvel de urgências	1
104 - Regulação de acesso a ações e serviços de saúde	1
106 - Serviço de atenção a DSTHIVAIDS	1
108 - Serviço de atenção à saúde do trabalhador	8
110 - Serviço de atenção à saúde reprodutiva	1
111 - Serviço de atenção ao paciente com tuberculose	9
112 - Serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento	9
113 - Serviço de atenção domiciliar	8
115 - Serviço de atenção psicossocial	2
116 - Serviço de atenção cardiovascular / cardiologia	1
119 - Serviço de controle de tabagismo	9
120 - Serviço de diagnostico por anatomia patológica e/ou citopatológico	4
121 - Serviço de diagnóstico por imagem	5
122 - Serviço de diagnostico por métodos gráficos dinâmicos	1
123 - Serviço de dispensação de órteses próteses e materiais especiais	1
125 - Serviço de farmácia	1
126 - Serviço de fisioterapia	4
128 - Serviço de hemoterapia	2
131 - Serviço de oftalmologia	1
135 - Serviço de reabilitação	1
140 - Serviço de urgência e emergência	1
141 - Serviço de vigilância em saúde	11
142 - Serviço de endoscopia	1
145 - Serviço de diagnostico por laboratório clinico	8
147 - Serviço de apoio a saúde da família	1



148 - Hospital dia	1
157 - Serviço de laboratório de prótese dentária	1
158 - Serviço de atenção integral em hanseníase	9
160 - Teleconsultoria	8

Fonte: CNES - 2016.

5.1 Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Estratégia da Saúde da Família – (ESF)

O Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem como objetivo promover mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil. É desenvolvido por uma equipe multiprofissional, com dedicação exclusiva, sendo responsáveis pela saúde de um número determinado de famílias de uma área geográfica determinada.

No ano de 1999 foi implantada a primeira equipe de saúde da família, posteriormente em 2001 foram implantadas mais 4 (quatro) unidades, após em 2005 mais uma e em 2007 outra unidade, no entanto apenas em 2008 foi atingido 100% em cobertura de saúde da família em Jaciara.

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as Equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

As demandas de saúde são ilimitadas os recursos são limitados. Cabe então ao conjunto da sociedade eleger prioridades para que se utilize com máxima otimização os



recursos financeiros existentes.

A média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas no período compreendido entre 2001 a 2012 foi de 2.32%, sendo que no ano de 2009 obteve a melhor média que foi de 3.28%. O pior desempenho foi no ano de 2016, onde a média foi de 1.2%.

A Proporção de cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos atingiu 100%.

Quadro 26 – Quadro de recursos humanos disponibilizados nas USF's no município de Jaciara – Mato Grosso.

ESF 01	01 Médico	01 ASB
	01 Enfermeiro	01 Recepcionista
	02 Técnico de enfermagem	09 ACS
	01 Odontólogo	02 Profissionais de apoio
	01 TSB	
ESF 02	01 Médico	01 ASB
	01 Enfermeiro	01 Recepcionista
	01 Técnico de enfermagem	08 ACS
	01 Odontólogo	02 Profissionais de apoio
	01 TSB	
ESF 03	01 Médico	01 ASB
	01 Enfermeiro	01 Recepcionista
	01 Técnico de enfermagem	10 ACS
	01 Odontólogo	02 Profissionais de apoio
ESF 04	01 Médico	01 ASB
	01 Enfermeiro	01 Recepcionista
	01 Técnico de enfermagem	08 ACS
	01 Odontólogo	02 Profissionais de apoio
	01 TSB	
ESF 05	01 Médico	01 ASB
	01 Enfermeiro	01 Recepcionista
	01 Técnico de enfermagem	07 ACS
	01 Odontólogo	02 Profissionais de apoio
	01 TSB	
ESF 06	01 Médico	01 ASB
	01 Enfermeiro	01 Recepcionista
	01 Técnico de enfermagem	07 ACS
	01 Odontólogo	02 Profissionais de apoio
	01 TSB	
ESF 07	01 Médico	01 ASB
	01 Enfermeiro	01 Recepcionista
	02 Técnica de enfermagem	09 ACS
	01 Odontólogo	02 Profissionais de apoio
	01 TSB	



ESTADO DE MATO GROSSO

GOVERNO MUNICIPAL DE JACIARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSTRUINDO UMA NOVA HISTÓRIA

ESF 08	01 Médico	01 ASB
	01 Enfermeiro	01 Recepcionista
	01 Técnico de enfermagem	11 ACS
	01 Odontólogo	02 Profissionais de apoio

Fonte: SMS/JAC (2016)

Quadro 27 – Quantidade de população atendida por USF's no município de Jaciara – Mato Grosso, em 2012

Equipe de Estratégia da Saúde da Família I (Santo Antônio)	
População:	3.645
Família:	1.163
Equipe de Estratégia da Saúde da Família II (Santo Antônio)	
População:	3.549
Família:	1.163
Equipe de Estratégia da Saúde da Família III (Planalto)	
População:	3.872
Família:	1.188
Equipe de Estratégia da Saúde da Família IV (São Sebastião)	
População:	2.986
Família:	937
Equipe de Estratégia da Saúde da Família V (São Lourenço)	
População:	3.387
Família:	993
Equipe de Estratégia da Saúde da Família VI (Jardim Aeroporto)	
População:	1.791 - Abrangendo um PSF Rural
Família:	547
Equipe de Estratégia da Saúde da Família VII (Santa Rita)	
População:	3.725
Família:	1.168
Equipe de Estratégia da Saúde da Família VIII (Centro)	
População:	3.774
Família:	1.234

Fonte: SIAB (2012)

5.2 Assistência ambulatorial

Tabela 05– Quantidade de atendimentos realizadas na atenção básica, município de Jaciara – Mato Grosso, em 2016

Atendimento	Quantidade / 2016
Consultas gerais	27.463
Consultas realizadas por enfermeiros	4.700
Odontologia (consultas)	5.945

Fonte: SIAB/SUS



5.3 Atenção especializada

5.3.1 Central de marcação de consultas e exames especializados

A Central de Regulação do município de Jaciara visa garantir a promoção, proteção e recuperação da Saúde das pessoas e da coletividade de acordo com as necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada.

Tem por objetivo ordenar o acesso a procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, disponíveis na Rede Pública Municipal, Regional e Estadual de Saúde e nos Prestadores privados, disponibilizando a população do município atendimento integrais a Saúde, dentro da capacidade de resolução local e, quando esgotados os recursos locais, o encaminhamento dos usuários é encaminhado para a referência regional e/ou estadual (Tratamento fora de domicílio).

São atribuições da Central de Regulação de Marcação de Exames e Consultas Especializadas:

- Avaliar as solicitações enviadas pelos profissionais de saúde, encaminhadas pelas unidades de Saúde e proceder ao agendamento, agilizando o acesso para os pacientes portadores de casos clínicos de maior gravidade;
- Marcar as consultas definidas para cada unidade de saúde de acordo com a pactuação de mecanismos de marcação, distribuindo as consultas dentro de cotas pré-definidas;
- Localizar pontos de estrangulamento referentes as maiores demandas de consultas e exames diagnósticos a partir das solicitações realizadas;
- Organizar a marcação de consultas especializadas de forma a minimizar a perda por desistência e ou impedimentos;
- Encaminhar para avaliação processos de usuários com necessidades de Tratamento Fora de Domicílio
- Encaminhar ao usuário passagem para a referência em tratamento fora de domicílio;
- Gerenciar e controlar a frota de veículos da Secretaria Municipal de Saúde;
- Controle de viagem dos pacientes que realizam hemodiálise em Rondonópolis e Cuiabá.

O atendimento na atenção especializada do nosso município se dá primariamente através do Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, oferecendo atualmente atendimento nas diversas especialidades a sua população.



A constituição de consórcio é uma iniciativa autônoma do município estabelecida pela Constituição Federal de 1988. As leis específicas da saúde, a denominada Lei Orgânica da Saúde, composta pelas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90, definem que os consórcios intermunicipais podem integrar o SUS.

Assim é que no ano de 2002 foi constituído o Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso – CORESS/MT, pessoa jurídica de direito privado, sujeita às normas do direito público e sem fins lucrativos. O município de Rondonópolis é sede da instituição, foi escolhido pela posição geográfica em que se localiza, o que diminui distâncias, facilita o acesso da população aos serviços de saúde e gera economia de escala e o fator mais relevante é a disponibilidade de Recursos Técnicos e a complexidade Hospitalar.

Sua formação adveio das dificuldades enfrentadas por municípios na implementação do Sistema Único de Saúde, tais como: a falta de recursos humanos e financeiros, a dificuldade de acesso a uso de tecnologias, a inexistência de estruturas físicas adequadas e outras.

Hoje o Consórcio Regional de Saúde Sul de Mato Grosso está estruturado com 19 municípios, prestando complementação de Serviços de Saúde às Instituições Ambulatoriais e Hospitalares de acordo com Convênios estabelecidos, onde os prefeitos de cada cidade discutem reivindicações e avaliam, de acordo com o orçamento do Consórcio, as especialidades que serão ofertadas aos usuários.

O consórcio é uma modalidade de acordo firmada entre municípios, a qual beneficia todos os pacientes do SUS e possibilita todos os prefeitos integrantes do acordo, resguardar o direito da população à saúde pública.

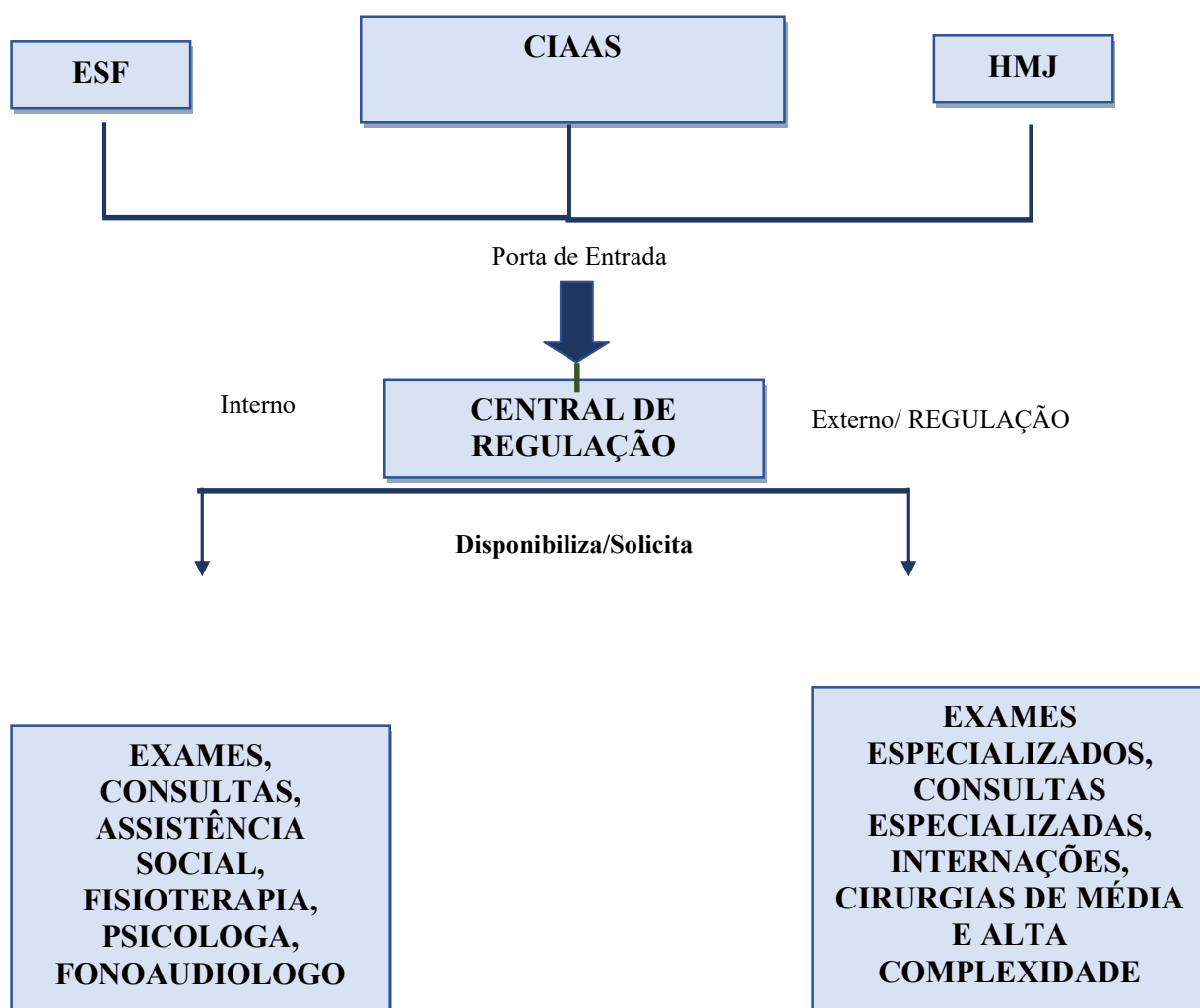
Atualmente a Central de Regulação disponibiliza com as seguintes especialidades: colonoscopia, doppler venoso e caróticos, ecocardiograma, endoscopia, espirometria, ultrassonografia ocular, laudos de encefalograma, laudos de mamografia, laudos de RX, Ultrassonografia, videonasoendoscopia e videolaringoscopia (exames especializados). Cardiologista, anesthesiologista, cirurgião plástico, dermatologista, endocrinologista, geriatra, gastroenterologista, cirurgião geral, infectologista, mastologista, nefrologista, neurologista, oftalmologista, oncologista, ortopedista, otorrinolaringologista, pneumologista, psiquiatra, reumatologista e cirurgião vascular.

Os exames mais complexos são solicitados através da Central Macrorregional, onde são disponibilizadas as Autorizações de Procedimentos Alto Complexidade – APAC e os pacientes para realização dos exames na rede conveniada de Cuiabá.



A Central de marcação de consultas conta com 02 motoristas para realizarem as viagens com pacientes que irão realizar consultas e exames, e 01 motorista para a viagem dos pacientes que realizam hemodiálise. A frota de veículos é composta de 01 Micro-ônibus e 02 Vans.

FLUXO DE FUNCIONAMENTO





Quadro 28 – Quantidade de atendimento especializados no CORESS MT em 2016, município de Jaciara – Mato Grosso

	Consultas especializadas	Exames especializados
2016	2.242	2.364

Fonte: CORESS/MT

5.4 Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde dentro dos princípios e diretrizes da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde incluindo a organização e o funcionamento dos serviços.

Ainda segundo a Lei 8.080, a Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. No parágrafo único, dizem respeito também à saúde às ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Neste contexto desenvolve-se o conceito de Vigilância em Saúde, entendido tanto como modelo de atenção, como proposta de gestão de práticas sanitárias. Na concepção abrangente da Vigilância em Saúde, o objeto das ações são os agravos, os riscos e os fatores determinantes e condicionantes da saúde.

A forma de organização deste modelo privilegia a construção de políticas públicas, a atuação Intersetorial, assim como as intervenções particulares e integradas de promoção, prevenção e recuperação, em torno de problemas e grupos populacionais específicos, tendo por base para o planejamento das ações as análises de situações nas áreas geográficas municipais.

Estrategicamente, a Vigilância em Saúde é um dos pilares de sustentação do princípio da integralidade da atenção. Desta forma, avaliada do ponto de vista tecnológico e operacional, a ação de Vigilância em Saúde pode ser entendida como a prática: da integração intra-institucional entre as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador; da análise da situação de saúde de grupos populacionais; da identificação e gerenciamento dos riscos dos diversos ambientes do convívio humano; do planejamento em saúde com enfoque estratégico-situacional; da organização tecnológica do trabalho em saúde, estruturada por práticas articuladas de prevenção de doenças e agravos, bem como de



promoção, recuperação e reabilitação da saúde de grupos populacionais, em suas dimensões coletiva e individual.

A proposta de Vigilância em Saúde transcende os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde, se expande a outros setores e órgãos de ação governamental e não governamental, e envolve uma complexa interação de entidades representativas dos interesses e diversos grupos sociais.

Em síntese, a Vigilância em Saúde apresenta as seguintes características básicas: intervenção sobre problemas de saúde-dano, riscos e/ou determinantes; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação de ações promocionais, de proteção e de prevenção; atuação intersetorial; ações sobre território; intervenção sob forma de operações.

As atividades de Vigilância em Saúde integram o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e são financiadas por recursos do Ministério da Saúde.

5.4.1 Vigilância ambiental

Entende-se por Vigilância Ambiental em Saúde o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos em especial às relativas a vetores, reservatórios e hospedeiros, animais peçonhentos, qualidade da água destinada ao consumo humano, qualidade do ar, contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

A relação existente entre o ambiente e o padrão de saúde da população diz respeito a todos os elementos que, direta ou indiretamente, afetam a saúde (exposição a substâncias químicas, elementos biológicos, estado psíquico do indivíduo, até os relacionados aos aspectos negativos de desenvolvimento social e econômico dos países).

Como principais objetivos da Vigilância Ambiental destacam-se: produzir, integrar, processar e interpretar informações, para disponibilizar instrumentos para planejamentos e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente; estabelecer os principais parâmetros, atribuições, procedimentos e ações relacionadas à vigilância ambiental em saúde nas diversas instâncias de competência: identificar os riscos e divulgar as informações referentes aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças e outros agravos à saúde; intervir com



ações de responsabilidade do setor ou demandando para outros setores, com vistas a eliminar os principais fatores ambientais de riscos à saúde humana; promover, junto aos órgãos afins ações de proteção da saúde humana relacionadas ao controle e recuperação de meio ambiente; conhecer e estimular a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, visando ao fortalecimento da participação da população na promoção da saúde e qualidade de vida.

Destaca-se que a Vigilância Ambiental em saúde tem necessariamente um caráter integrador inter e intrasetorial, considerando-se que é impossível realizar atividades de vigilância e controle de riscos ambientais para a saúde humana, sem uma avaliação e ação conjunta de todos os setores envolvidos com o ambiente e a saúde humana em um determinado território.

A Vigilância Ambiental do município de Jaciara possui 13.293 imóveis cadastrados no SISFAD – Sistema de informação sobre Febre Amarela e Dengue. Atualmente o setor conta com quinze (15) Agentes de Combate a Endemias ACE, um (01) supervisor de área, um (01) coordenador.

Dentre os quinze (15) Agentes de Combate as Endemias, doze (12) ACE trabalham no combate à dengue, dois (02) no combate a leishmaniose e um (01) ACE Supervisor de Campo.

As atividades de combate e controle da dengue são realizadas pelos dos ACEs, através de inspeções em imóveis, sendo realizadas em doze (12) setores, treze (13) áreas urbanas e uma (01) rural, cada Agente de Combate as Endemias é responsável por uma área contendo um mil e cento e sete (1.107) imóveis. As visitas são realizadas em seis (06) ciclo ao ano, sendo uma (01) visita na residência a cada dois (02) meses, o ACE inspeciona o quintal e terreno baldio, informando o proprietário a data da próxima visita, orientando sobre os cuidados para evitar doenças epidemiológicas. É realizada pesquisa larvária semanalmente, onde as amostras são analisadas a fim de saber qual bairro possui maior índice de dengue.

São realizados bloqueios químicos em PE - Pontos Estratégicos (borracharias, oficinas mecânica, reciclagem de lixo, lanternagens etc.), onde há casos positivos/ notificados de dengue.

O município de Jaciara está endêmico para Leishmaniose Canina. No período de janeiro a dezembro de 2016 foram avaliados pela equipe de Vigilância Ambiental quinhentos e noventa e um (591) cães. Dos cães examinados e com sorologia positiva para Leishmaniose Canina, foram realizadas noventa e seis (96) eutanásias de cães positivo.

Também são realizadas pesquisas em várias localidades para localização de



triatomíneos (barbeiro transmissor da Chagas).

Medidas educativas nas escolas e comunidades sobre doenças epidemiológicas.

A vacinação de cães e gatos acontece de acordo com as campanhas do Ministério da Saúde, sendo que no ano de 2016, entre janeiro e dezembro, foram realizadas quatro mil e duzentas e cinquenta e seis (4.256) vacinas, duas mil e oitocentas e sessenta e nove (2869) em cães e novecentas e oitenta e seis (986) em gatos.

Várias campanhas educativas são realizadas em conjunto com as demais vigilâncias, saúde primária e setor de educação em saúde.

5.4.2 Vigilância epidemiológica

Vigilância Epidemiológica, segundo Lei Orgânica da Saúde, tem como conceito um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção e 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 e agravos”.

Com base neste conceito a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Jaciara disponibiliza informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, assim como os fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada para a execução de ações de controle e prevenção. Além disso, é um instrumento importante para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização das atividades técnicas correlatas. A operacionalização da vigilância epidemiológica é composta por um conjunto de funções específicas e complementares que devem ser desenvolvidas de maneira contínua, permitindo conhecer a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo em questão.

São ações da VIGEP a coleta de dados, o processamento dos dados coletados, a análise e interpretação dos dados processados, a recomendação das medidas de controle apropriadas, a promoção das ações de controle indicadas, a avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes. E pela vulnerabilidade das doenças imunopreveníveis pelo uso de vacina, estas historicamente são objeto da vigilância epidemiológica.

Todos os níveis do sistema de saúde têm atribuições de vigilância epidemiológica dentro das funções mencionadas. Quanto mais eficientes essas funções forem realizadas maior será a eficácia das ações de controle desenvolvidas.





Após a implantação da NOB/SUS/96 grandes avanços ocorreram na descentralização das ações de Vigilância epidemiologia. A relação das doenças e agravos de notificação compulsória tem sofrido revisões em função de novas ações programáticas instituídas para controlar problemas específicos de saúde. As portarias federais definem as doenças e agravos de notificação compulsória para todo o território nacional. Além disso, todas as suspeitas de surto ou agravo inusitado devem ser investigadas e imediatamente notificadas aos níveis hierárquicos superiores pelo meio mais rápidos de comunicação disponível.

Todo o sistema de vigilância é organizado tendo como objetivo o controle, eliminação ou erradicação de doenças e agravos.

5.4.3 Vigilância sanitária

Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Esta definição denota a abrangência de Vigilância Sanitária (VISA) e sua natureza essencialmente preventiva contendo especificidades que a diferenciam de outras ações e serviços de saúde devido ao vínculo estreito com os setores econômico, jurídico, público e privado e com a organização econômica da sociedade e seu desenvolvimento tecnológico e científico que abrangem um amplo espectro dos elementos determinantes do processo saúde-doença-qualidade de vida e que podem ser entendidos como risco ou problemas/necessidades de saúde relacionadas à produção, circulação e consumo de bens e serviços.

São ações da VISA; inspecionar; cadastrar; emitir alvarás sanitários; colher amostras para análise fiscal; cobrar taxas; abrir e acompanhar o processo administrativo sanitário em seus ritos desde a lavratura do auto de infração até a aplicação de suas penalidades previstas em legislação própria (advertência, multa interdição, etc.); analisar projetos; definir normas.

A VISA está estruturada dentro dos serviços abaixo citados:

- Vigilância dos Produtos – setor de alimentos, sangue, medicamentos e cosméticos e saneantes.
- Vigilância dos Estabelecimentos de Saúde – setores de estabelecimentos de saúde e controle de infecção em estabelecimentos de saúde.

As ações da Vigilância Sanitária são privativas de órgãos públicos de saúde, indelegáveis, intransferíveis a outro, mesmo que da administração direta.

A Vigilância Sanitária municipal possui atualmente cadastrados um total de 378



estabelecimentos. Os estabelecimentos são inspecionados rotineiramente uma (01) vez por ano, sendo que aqueles com maior risco à saúde, a vistoria é realizada quantas vezes forem necessárias.

A Vigilância Sanitária também é responsável pela fiscalização da qualidade da água para consumo humano, realizando setenta e duas (72) coletas/ano de água para análises microbiológicas em locais pré-definidos no Plano de Amostragem de Coleta, as amostras são enviadas ao MT Laboratório, referência estadual. São coletadas cento e quarenta e seis (146) amostras/ano para análise físico-química, as amostras são analisadas “in loco”, os parâmetros analisados são: Ph, Turbidez e Cloro. Atualmente a VISA em parceria com a Vigilância Ambiental mantém cadastro de oito (08) SAC – Sistema Alternativo Coletivo, dois (02) SAA – Sistema de Abastecimento de Água e um (01) SAI – Sistema Alternativo Individual.

A quantidade de amostra para análise microbiológica não atende a Portaria nº. 2914/11 Ministério da Saúde, que estipula trezentas (300) amostras/ano para o município de Jaciara, devido ao fato do Laboratório não possuir capacidade material para realização das análises.

O município de Jaciara Implantou nove (09) Unidades Sentinelas de Referência à Saúde do Trabalhador, sendo o Hospital Municipal responsável para notificar Acidente de Trabalho Fatal e com mutilações, Acidente de Trabalho envolvendo crianças e adolescentes, Acidente de Trabalho com material biológico e Intoxicação Exógena. As oito (08) Unidades de Saúde da Família responsáveis pelas notificações de Acidente de Trabalho com Material Biológico, Intoxicação Exógena, PAIR, Dermatoses ocupacionais, Transtornos Mentais relacionados ao trabalho, LER/DORT e Câncer relacionado ao trabalho.

Campanhas Educativas são realizadas permanentemente em conjunto com as demais Vigilâncias, ESF's e Setor de Educação em Saúde, dentre as principais campanhas estão as de combate à Dengue, Leishmaniose e Caramujo Gigante Africano.

5.5 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Os centros de atenção Psicossocial são dotados de equipe interdisciplinar que visam a reinserção social e tratamento de pacientes que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes e dependência química. Proporcionando atendimentos dia e aberto, recebendo toda a demanda espontânea do município.

Características:



- Organização da demanda e da rede de cuidados em Saúde Mental como regulador da porta de entrada da rede assistencial do seu território;
- Atender a demanda de Saúde Mental (transtorno e dependência química do município);
- Orientar as equipes de saúde da família sobre saúde mental;
- Referenciar as internações em caso de surto e/ou dependências química para Hospitais Psiquiátricos;
- Realizar o cadastramento de pacientes que utilizem medicamentos essenciais;
- Proporcionar ao usuário de Saúde Mental uma recolocação profissional, social e familiar;
- Acompanhar as famílias dos usuários quando necessário.

Modalidades de atenção:

- Intensivo – 45 pac. / 25 x mês
- Semi-Intensivo – 75 pac. / 12 x mês
- Não-Intensivo – 100 pac. / 3 x mês

Atividades realizadas no CAPS Jaciara:

- Oficinas Terapêuticas;
- Atendimento em Grupo;
- Atendimento Individual;
- Atendimento Médico;
- Visita Domiciliar;
- Busca ativa

Eventos realizados no CAPS Jaciara:

- Festividade em todas as datas comemorativas;
- Passeios com usuários.



A capacidade de acolhimento é de 255 no, e atualmente conta com 85 pacientes acolhidos.

Equipe de profissionais do CAPS: médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, técnico de enfermagem, artesã, auxiliar administrativo, serviços gerais e vigia.

5.6 -Saúde da Mulher

A política municipal de Atenção a Saúde da Mulher reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

O núcleo de atenção à saúde da mulher incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo da melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar, humanização do atendimento, combate à violência doméstica e sexual e câncer ginecológico.

No ano de 2.016 foram realizados mais de três mil (3.000) procedimentos entre: Consulta ginecológica, obstétrica e de enfermagem, colposcopia, cauterização, coleta de biópsia, coleta de CCO, ultrassonografia, consultas especializadas e palestras.

5.7 Banco de Sangue – Unidade de Coleta e Transfusão

O Convênio para implantação da Unidade de Coleta e Transfusão de Jaciara foi firmado em 1993, em 1995 os equipamentos foram disponibilizados e em 1999 a unidade foi inaugurada e está localizada em anexo ao Hospital Municipal de Jaciara, no CIAAS.

Possui capacidade para atender para coleta vinte (20) pessoas por dia, porém a média de coleta é de seis doadores por dia. Os exames sanguíneos realizados são: tipagem sanguínea, anticorpo irregular, Hepatites A, B e C, HIV I, Chagas (ELISA), Sífilis (VDRL) e HTLV, onde o material coletado é enviado ao hemocentro de Cuiabá e Campo Grande - MS para análise e liberação. Apenas o concentrado de hemácias é realizado no Banco de Sangue local. As bolsas de sangue têm validade de trinta e cinco dias e se não usadas neste período, são descartadas em lixo específico.

Os subprodutos originados são: plasma, plaqueta, crio precipitado, concentrado de hemácias. De todas as coletas efetuadas apenas dez (10) em média são descartadas por apresentar sorologia.

A UCT é referência para o Vale do São Lourenço (São Pedro da Cipa, Dom Aquino e Juscimeira). Também disponibiliza bolsas de sangue para dois hospitais particulares da região



(Dom Aquino e Santa Lúcia). Quando os estoques estão em baixa a UCT entra em contato com os doadores cadastrados. Campanhas também são realizadas para aumentar os estoques.

Em média por mês são disponibilizadas pelo Banco de Sangue cinquenta (50) bolsas para os serviços particulares e oitenta (80) bolsas para os serviços públicos.

A equipe profissional é composta por um (01) médico, um (01) enfermeiro, um (01) bioquímico e um (01) técnico de enfermagem e o atendimento às urgências é realizado em sistema de plantão de vinte quatro (24) horas.

5.8 – Laboratório

O Laboratório Municipal de Jaciara atende os usuários através de agendamento dos exames, em média são atendidas entre cinquenta (50) a oitenta (80) pessoas por dia, fora os casos eventuais e urgências. O sistema de plantão funciona vinte e quatro (24) horas.

A equipe profissional é composta de dois (02) bioquímicos, dois (02) técnicos de laboratório e um (01) oficial administrativo.

Exames realizados no Laboratório Municipal: Ácido Úrico, Amilase, Aslo, Bilirrubina, Coagulograma, Colesterol, Coombs Direto, Coombs indireto, Creatina, Eritrograma, F.Alcalina, Fator Reumatoide (FR), Fezes, Glicose, Hanseníase, HCG, Hematócrito (HTO), Hemoglobina (HB), Hemograma, HIV Teste Rápido, Leucograma, Pesquisa de B-K, Pesquisa de Leishmaniose, Pesquisa de Plasmódium, Plaquetas, PPD, Glicose PósPrandial, Proteína Creatina Reativa (PCR), Reação Montenegro, Tempo de Coagulação (TC), Tempo de Sangramento (TS), Teste Rápido Dengue (DUO Dengue), TGO, TGP, Tipagem sanguínea, Proteína Total, Triglicerídeos, Ureia, Urina, VDRL, VHS, CK Total, CK MB e Líquor, Teste Rápido HIV, HBSAG, HCV, VDRL (sífilis), H1NS1 (Influenza A).

Exames encaminhados aos Laboratórios Públicos de referência ou rede privada: Cálcio Total, Cálcio Iônico, Magnésio, Sódio, Potássio, Fósforo, Ferritina, Ferro Sérico, Lípase, Lactato, Proteínas Totais e Frações, Colesterol HDL, Eletroforese de Proteínas, Eletroforese de Hemoglobina, Pesquisa de Células LE, Leishmaniose Visceral (Sorologia IgG/IgM), HIV1+HIV2, Anti-HBS, Anti-HBE, Anti-HBCIgG, Anti-HBCIgM, HBSAg, HBEAg, Anti-HCV, HAV IgG, HAV IgM, CitomegalovirusIgG, CitomegalovirusIgM, Toxoplasmose IgG, Toxoplasmose IgM, RubéolaIgG, RubéolaIgM, Trypanosoma CruziIgG, Trypanosoma Cruzi IgM, IgE Alérgeno Específica, FTA ABS IgG, FTA ABS IGM, PSA, TSH, Cortisol, T3, Estradiol, Insulina, T4, T4 livre, Prolactina, FSH, LH, TSH, Acetilcolinesterase, Chagas,



Dengue, Dengue (isolamento Viral), Exantemáticas, Febre Amarela, Febre Maculosa, Febre Tifóide, Febre de Nilo, Hantavírus, Hepatite A, leishmaniose Visceral Canina, leishmaniose Visceral Humana, Leptospirose, Meningite, Raiva, Varíola, Talassemia, Tétano, Sarampo, Raiva animal, Toxoplasmose, Tuberculose (Baciloscopia/Cultura), Botulismo, Antraz, Coqueluche, Cólera Difteria, Esquistossomose, Peste, Poliomelite, Paralisia Flácida aguda.

5.9 NASF

A Atenção Primária à Saúde é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva. É definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004).

Desta forma, são definidos os quatro atributos essenciais da atenção primária à saúde: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema.

A Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. Visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, com a Portaria GM nº. 154, de 24 de janeiro de 2.008, republicada em 04 de março de 2.008.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado.

Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 (um) que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2



que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal.

Excepcionalmente, nos Municípios com menos de cem mil (100.000) habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 (um) poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família. A definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

Tem como responsabilidade central atuar e reforçar 9 (nove) diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

A equipe do NASF e as equipes da saúde da família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado. Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família e têm como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família.

O NASF está dividido em nove áreas estratégicas sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

A organização do processo de trabalho dos NASF, nos territórios de sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando:

- Atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico, orientações, bem como atendimento conjunto; (criando espaços de reuniões, atendimento, apoio por telefone, e-mail, etc);



- Intervenções específicas do NASF com usuários e famílias encaminhados pela equipe de SF, com discussões e negociação a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessária;
- Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF e outros setores. Como por exemplo, o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, pastorais, etc).

Dentro de tal perspectiva, implantar NASF implica, portanto, na necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião de planejamentos, o que incluiria discussão de casos, estabelecimentos de contratos, definição de objetivos, critérios de prioridade, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação, resolução de conflitos etc. Tudo isso não acontece automaticamente, tornando-se assim necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem estes processos, em constante construção.

O NASF em Jaciara foi aprovado em dezembro de 2.009 em e conta com os seguintes profissionais: Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Educador Físico e Fisioterapeuta.

5.10 Centro de Reabilitação

O Centro de Reabilitação de Jaciara foi descentralizado em 17/12/1999 e conta com os seguintes profissionais: Assistente Social, Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo.

Serviços oferecidos:

- Serviços de reabilitação nos casos de: distúrbios articulatorios, afasias, disfagias, paralisia facial, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, atraso no desenvolvimento da linguagem, dificuldades de fala provenientes de doenças degenerativas do sistema nervoso central, lesões cerebrais e síndromes genéticas, disfonias, alterações oromiofuncionais, disfluências em geral;
- Reabilitação funcional de membros superiores, estimulação psicomotora, habilitação e reabilitação das atividades de vida diária, adaptações para atividade profissional entre outras nas afeições de origem neurológicas;



- Reabilitação de sequelas neurológicas por lesões central ou periférica em adultos e crianças;
- Atendimentos de afecções ortopédicas, amputações, disfunções motoras diversas, além de assistência às sequelas de hanseníase;
- Tratamento psicoterapêutico voltado aos transtornos de personalidade e do comportamento;
- Integração Psicossocial do paciente e família;
- Psicoterapia analítica funcional para tratamento de transtornos de ansiedade: treino de habilidades sociais, bloqueio de esquiva.

5.10.1 Fonoaudiologia

O serviço de fonoaudiologia é responsável pela avaliação, diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos da função auditiva, linguagem oral e escrita, articulação da fala, sistema miofuncional orofacial e da deglutição.

A reabilitação fonoaudiológica utiliza medidas que visa desenvolver a capacidade residual de comunicação, interação e de uso de funções estomatognáticas de indivíduos cujo potencial funcional foi reduzido por seqüelas de um episódio agudo ou de afecção crônica, relacionados ao funcionamento cerebral.

5.10.2 Psicologia

Considerando que a reabilitação é um processo que abrange o indivíduo em sua totalidade, em seus aspectos biopsicossociais, que a presença de uma deficiência gera desestabilização da dinâmica física, emocional bem como pode interferir no seu desenvolvimento, na sua aprendizagem, nas suas relações familiares, na organização dinâmica da sua personalidade.

Avaliar e diagnosticar as dificuldades afetivo-emocionais e cognitivas oriundas da instalação de uma deficiência proporcionando o estabelecimento de outras bases de interação com o mundo, a partir da compreensão da interferência da limitação física ou cognitiva no sujeito que a possui e naqueles com quem ele se relaciona.

5.10.3 Assistente Social



O Serviço Social é uma profissão cujo profissional tem como principal objetivo a defesa e garantia de direitos sociais. Para isso, elabora projetos e programas e propõe políticas para promover o bem-estar da sociedade. Uma característica presente em todo Assistente Social é seu compromisso com o enfrentamento de questões como violência urbana, pobreza e exclusão social.

5.11 Saúde bucal

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

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

- ESB Modalidade I: composta por Cirurgião-Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal;
- ESB modalidade II: composta por Cirurgião-Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal.

Jaciara possui 08 equipes de saúde bucal, sendo cinco (05) modalidade 2 e três (03) modalidade 01. No ano de 2016 foram realizados dezesseis mil e quinhentos e quarenta e sete (16.547) procedimentos odontológicos.

Segundo dados do IBGE a média anual de ação coletiva de escovação supervisionada da população residente foi de 0% nos anos de 2.001 a 2.005. Nos anos de 2.006 e 2007 foi de 2,10 e 2,71% respectivamente. Verificou-se uma melhoria significativa na média das ações nos anos de 2.008 que foi de 4,15%, chegando a 6,7% no ano de 2.009. Em 2016 a média subiu para 7,00%. Tal avanço se deu por conta da cobertura de 100% de Saúde Bucal nas Unidades de Saúde da Família, contratação de mais profissionais, melhoria em equipamentos



e melhoria no sistema de informação.

A cobertura da primeira consulta odontológica programada, nos anos de 2000 a 2009 variou entre 44.31% em 2.000 e 16.01% no ano de 2.009. Permanecendo em declínio em relação ao ano de 2.000, nos anos intermediários. Em 2016 atingiu o percentual de 6.02%.

5.12 Farmácia Básica

A Farmácia Básica funciona na sede da Secretaria Municipal de Saúde, funcionando 6 (seis) horas/dia e disponibiliza um estoque de medicamentos, visando o atendimento a toda população de Jaciara, oferecendo diariamente centenas de medicamentos gratuitos à comunidade.

A Farmácia municipal somente dispensa medicamentos com receitas emitidas pelo sistema único de saúde (SUS). As receitas controladas têm validade de trinta (30) dias a partir da data de sua emissão. Para a retirada da medicação o usuário tem que residir no município.

Medicamentos para diabetes, hipertensão, analgésicos, antibióticos e controlados são os mais dispensados. Também são dispensados anticoncepcionais, preservativos e insulina.

Atualmente existem cento e nove (109) pacientes cadastrados e recebendo medicamentos de alto custo.

5.13 Sistema de urgência e emergência

Jaciara conta com um Pronto Socorro Municipal que no ano de 2016 atendeu um mil e noventa e dois (1.092) pacientes, recebendo não só os jaciarenses, como a população do Vale do São Lourenço que compreende os municípios de São Pedro da Cipa, Juscimeira e Dom Aquino, bem como aqueles pacientes que transitam na rodovia BR 364.

O PSM está sediado junto ao Hospital Municipal de Jaciara. Conta com profissionais, médicos clínicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões e equipe de apoio administrativo, sendo hoje importante porta de entrada do SUS ao sistema.

O atendimento de emergência é realizado na sede do pronto socorro e os pacientes que necessitam de internação ou cirurgia menos complexas são atendidos no local e aqueles que necessitam de atendimentos mais complexos são regulados para o SUS em Rondonópolis ou Cuiabá, dependendo da necessidade.

O sistema de urgência conta também com o SAMU (Serviço de Atenção Móvel às urgências) que faz parte da Política Nacional de Atenção às Urgências, fruto do trabalho



conjunto entre o Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

O SAMU de Jaciara foi implantado em 04/07/2008 com 1 (uma) ambulância de suporte básico USB, objetivando qualificar ainda mais o socorro às urgências.

Durante o período em que o SAMU vem atuando procura-se a integração a atenção às urgências a todos os serviços existentes no município que, para maior qualificação do atendimento, necessitem estar articulados com o Pronto socorro municipal, hospitais, regulação de pacientes, entre outros. Também realiza atendimentos para os demais municípios do Vale do São Lourenço (São Pedro da Cipa, Juscimeira, Dom Aquino).

Objetiva-se com o SAMU manter a qualidade de prestação de serviços em urgência, emergência e trauma (atendimento pré-hospitalar). Presta atendimento de urgência também na área psiquiátrica, ginecológica e obstétrica tendo como foco principal o atendimento ao trauma e a emergência clínica.

Atualmente o SAMU conta com um (01) enfermeiro e cinco (05) técnicos de enfermagem, sendo realizados vários atendimentos como: acidentes ciclísticos, acidentes automobilísticos, queimaduras, gestantes, quedas de nível, mal súbitos, ferimentos por arma branca FAB, ferimento por arma de fogo FAF, etilismo, acidentes de trabalho, agressões físicas, tentativas de suicídio, surtos psicóticos, óbitos, atropelamentos, crises convulsivas, intoxicações, casos de hipertensão, casos de diabéticos, casos de câncer, casos de afogamento.

5.14 Centro de processamento de dados

É o setor responsável pelo controle e alimentação de dados dos programas do Ministério da Saúde e outros controles internos. Também coordenador da emissão do cartão SUS aos usuários.

5.15 Setor de Recursos Humanos

Atualmente o setor de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde realiza os seguintes controles: Controle de atestados médicos, pedido de férias, diárias, horas extras, arquivamento de ofícios, controle de frequência de funcionários, pedidos de compras, distribuição de holerites, recebimento e encaminhamentos de documentos recebidos da SES, ERS-ROO e outros. O que diz respeito à remuneração de funcionários, os requerimentos são encaminhados ao setor de recursos humanos da Prefeitura.



6. Características Epidemiológicas do Município

Neste capítulo estaremos apresentando dados epidemiológicos referentes à natalidade, morbidade, e mortalidade que serviram de referência na construção deste plano e que possibilita conhecermos as condições de saúde de nosso município para traçarmos diretrizes das ações de saúde locais.

O perfil epidemiológico do município de Jaciara se caracteriza por agravos incidentes e prevalentes na população, como: doenças do aparelho circulatório, doenças crônico-degenerativas com destaque para as neoplasias, causas externas e outras causas, que incluem as doenças dos demais sistemas do organismo (respiratório, digestório, etc.), e problemas relacionados a gravidez, parto e puerpério.

Jaciara é referência em atendimento de partos para Vale do São Lourenço, que é composto pelo próprio município de Jaciara e pelos municípios circunvizinhos de São Pedro da Cipa, Juscimeira e Dom Aquino.

6.1 Nascimentos

Do total de quinhentos e setenta e nove (579) nascidos vivos em Jaciara no ano de 2016, cento e quarenta e sete (147) foram de mulheres residentes em outros municípios.

Considerando o tipo de parto de residentes no período de 2016, foram cento e quarenta e quatro (144) partos vaginais e trezentos e dezoito (318) partos cesáreos, do total de quatrocentos e trinta e dois (432) partos.

A tabela a seguir mostra a série histórica dos nascimentos (vivos) no município de Jaciara, no período de 2013 a 2016.

Tabela 06– Série histórica dos nascimentos ocorridos no município de Jaciara – Mato Grosso

Nascimentos	2013	2014	2015	2016
Total de Nascidos	642	712	674	579
Residentes em Jaciara	470	495	486	432

Fonte: SIM/SINASC

Tabela 07– Distribuição dos nascidos vivos no município de Jaciara em 2016, de acordo com características da gestação e nascimento

Variável	Frequência
Peso ao Nascer	
Menor de 2500g	1
2500g ou mais	406
Duração da Gestação	-
Menos de 22 semanas	-
22 a 27 semanas	02
28 a 31 semanas	03
32 a 36 semanas	20
37 a 41 semanas	405
42 ou mais semanas	02
Ignorado	00
Anomalias	06

Fonte: SIM/SINASC

Entre os nascidos vivos residentes em Jaciara no ano de 2016, 0.23% apresentaram peso ao nascer menor que 2500g e 5.78% tiveram uma duração da gestação menor que 37 semanas. Do total de nascidos vivos 1.38 % apresentaram anomalias.

6.2 Idade e Escolaridade Materna

A maioria das mulheres que tiveram filhos em 2016 encontravam-se na faixa dos 15 a 34 anos, grupo etário preponderantemente reprodutivo. Entretanto, chama a atenção à elevada proporção de mães na faixa etária de 15 a 19 anos. Quanto à escolaridade das parturientes, nenhuma era analfabeta, seis (06) estudaram até 3 anos, quarenta e três (43) tinham de 4 a 7 anos de estudo, duzentos e noventa e quatro (294) de 8 a 11 anos e oitenta e oito (88) de 12 anos ou mais.

6.3 Tipo de parto

Quadro 29 – Tabela de parto dos nascidos vivos residentes em Jaciara-MT, de 2013 a 2016

Tipo de Parto	2013	2014	2015	2016
Vaginal	132	112	141	114
Cesárea	338	373	345	318
Total	470	485	486	432

Fonte: SIM/SINASC

No quadro 29 observa-se a evolução deste indicador em partos ocorridos entre mulheres residentes no município, de 2013 a 2016. A proporção de partos por cesariana em 2013 foi 71.91%, situando-se muito acima do esperado, mantendo-se um equilíbrio desse percentual nos últimos anos.

6.4 Mortalidade

6.4.1 Mortalidade geral

Durante o ano de 2016 ocorreram cento e oitenta e oito (188) óbitos dos residentes em Jaciara, dos quais cento e cinquenta e três (153) ocorreram no município de Jaciara.

Quadro 30 – Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM) dos residentes de Jaciara-MT, de 2013 a 2016

Indicadores	2013	2014	2015	2016
Número absoluto de óbitos	143	164	162	187
População Estimada	26.157	26.281	26.401	26.519
Coeficiente de Mortalidade Geral	5.46	6.24	6.13	7.08

Fonte: DATASUS/IBGE

O coeficiente de mortalidade geral (CGM) em 2016 foi de 7.08 óbitos para cada 1000 habitantes.

Tabela 08– Distribuição dos óbitos residentes em Jaciara-MT, no ano de 2016

Variáveis	Frequência	Percentual
Idade		
Menor de 1 ano	09	4.78



ESTADO DE MATO GROSSO

GOVERNO MUNICIPAL DE JACIARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSTRUINDO UMA NOVA HISTÓRIA

1 a 9 anos	01	0.53
10 a 14 anos	01	0.53
15 a 19 anos	07	3.72
20 a 29 anos	10	5.31
30 a 39 anos	12	6.38
40 a 49 anos	19	10.1
50 a 59 anos	25	13.2
60 a 69 anos	36	19.1
70 a 79 anos	31	16.4
80 e mais	37	19.6
Sexo		
Feminino	75	39.8
Masculino	113	59.5

Fonte: SIM

Gráfico 04 – Distribuição dos Óbitos dos residentes, 2016, por faixa etária

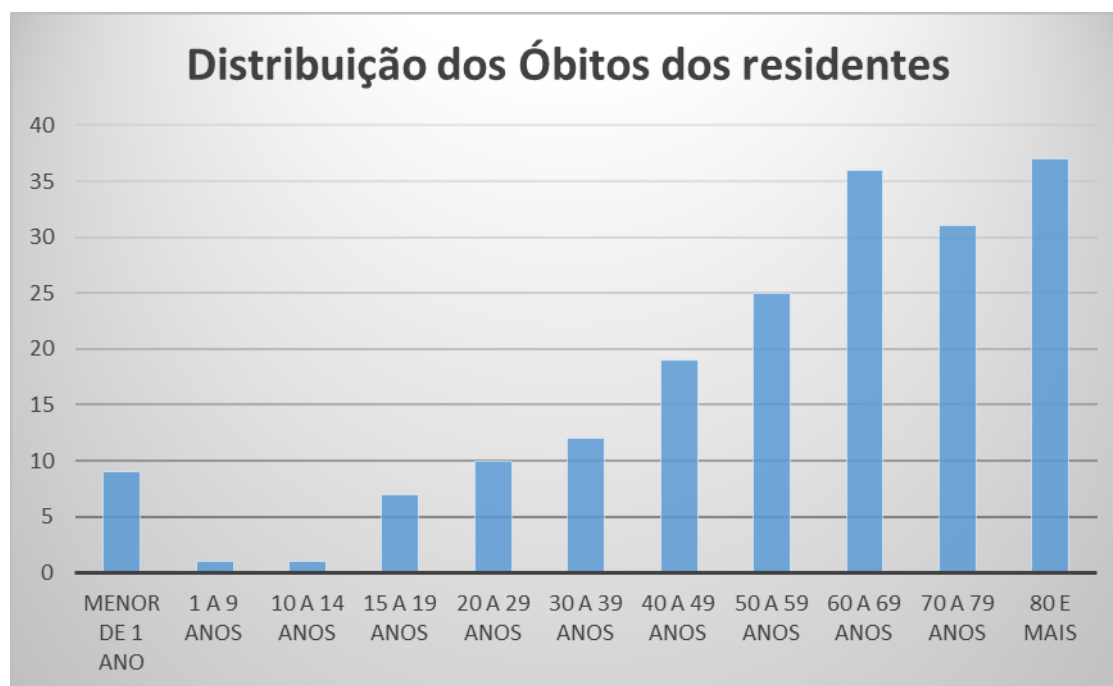
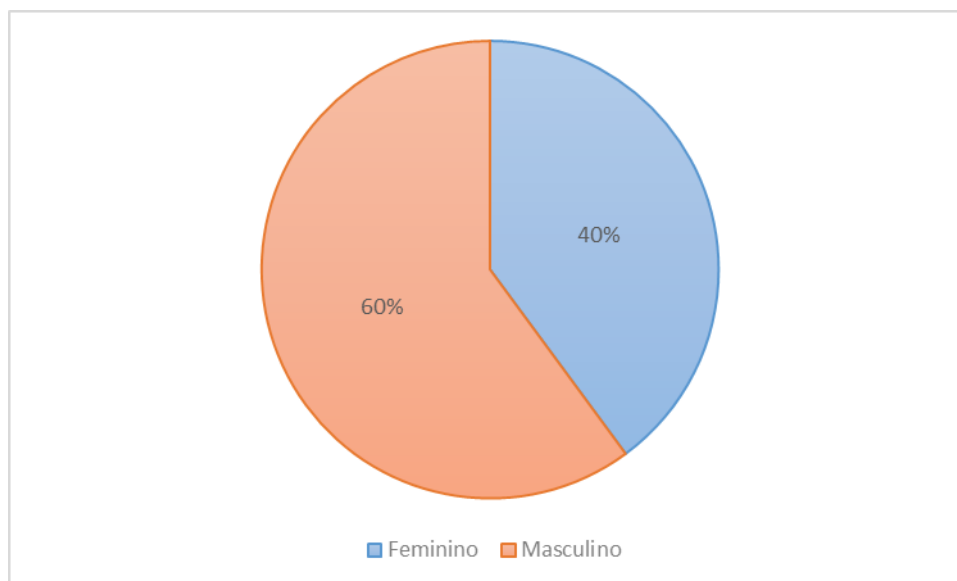


Gráfico 05 – Distribuição dos Óbitos dos residentes, 2.016, por sexo



As análises a seguir dizem respeito a cento e oitenta e oito (188) óbitos de residentes e ocorridos em Jaciara, incluindo os trinta e cinco (35) óbitos acontecidos em outros municípios, dos quais 65,4% ocorreram em hospitais, 22,3% em domicílio e 12,2% em outros locais.

Os óbitos em indivíduos residentes em Jaciara, no ano de 2016, ocorreram principalmente 68,6% após os 40 anos, embora chame atenção a proporção de 15,4% de óbitos na faixa etária entre 15 a 39. A proporção de óbitos no sexo masculino foi de 59,5%.

6.4.2 Mortalidade materna

O indicador de mortalidade materna mais utilizado atualmente é a razão de mortalidade materna (RMM), obtida pelo quociente entre o número de mortes maternas – aquelas entre mulheres de 10 a 49 anos, cuja causa básica de morte foi devida à gravidez, ao parto e ao puerpério (Capítulo XV da CID-10) - e o número de nascidos vivos em determinado período, multiplicado por cem mil (100.000). O número de nascidos vivos (NV), obtidos dos sistemas de registros vitais, é utilizado como uma aproximação ao número de mulheres grávidas, que idealmente deveria ser utilizado no denominador para que constituísse uma verdadeira taxa ou coeficiente. O principal problema para se calcular a RMM é a dificuldade em se identificar uma causa materna como causa do óbito claramente reconhecida e registrada. Em Jaciara, no ano de 2016, não ocorreram óbitos declarados nestas condições.

6.4.3 Mortalidade infantil

A mortalidade infantil é classicamente utilizada como indicador de saúde, refletindo tanto o grau de desenvolvimento da sociedade assim como a preocupação e compromisso de seus governantes com o bem-estar coletivo.

Em 2016, nove (09) crianças residentes em Jaciara morreram antes de completar um ano de vida. Este número de óbitos está expresso no Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 15.54% óbitos por um mil (1.000) nascidos vivos (NV).

As causas de mortalidade infantil caracterizam-se da seguinte forma:

- Má formação do coração;
- Imaturidade extrema;
- Feto em recém-nascido afetado por ruptura prematura das membranas;
- Asfixia grave ao nascer;
- Síndrome de Patau;
- Feto em recém-nascido afetado por parto precipitado;
- Encéfalo (não especificado);
- Septicemia bacteriana não especificada; e,
- Pneumonia não especificada.

Portanto percebe-se que as causas são de origens diversificadas, acometendo principalmente os recém-nascidos.

Tabela 09 – Coeficiente de Mortalidade Infantil dos residentes em Jaciara-MT, nos anos de 2013 a 2016

Quant.	Mortalidade Infantil	Percentual	Ano
08	Coeficiente M. Infantil	17.02	2013
03	Coeficiente M. Infantil	11.16	2014
07	Coeficiente M. Infantil	11.19	2015
09	Coeficiente M. Infantil	18.02	2016

Fonte: SIM/SINASC

Tabela 10– Mortalidade Infantil, óbitos neonatais de residentes em Jaciara-MT, nos anos de 2015 a 2016

Quant.	Mortalidade Infantil	Ano	Percentual
--------	----------------------	-----	------------



8	Número absoluto de óbitos neonatais	2016	18.52
5	Número absoluto de óbitos neonatais	2015	10.29

Fonte: SIM/SINASC

Tabela 11– Mortalidade Infantil, óbitos neonatais tardios dos residentes em Jaciara-MT, nos anos de 2015 a 2016

Quant.	Mortalidade Infantil	Ano	Percentual
0	Número absoluto de óbitos neonatais tardios	2016	0.00
0	Número absoluto de óbitos neonatais tardios	2015	0.00

Fonte: SIM/SINASC

6.4.4 Mortalidade por causas externas

O coeficiente de mortalidade por causas externas em 2016 foi de 0,13/100.000 habitantes e a Tabela 12 descreve a distribuição percentual por componente das causas de 2013 a 2016. Os acidentes de transporte e disparo por arma de fogo estão na liderança, sendo responsáveis por 68,5% destes óbitos no ano de 2016. Nos anos anteriores é possível verificar que os acidentes de trânsito e disparo de armas de fogo também lideraram o ranking. As lesões autoprovocadas vêm permanecendo praticamente com os mesmos índices entre 2.013 a 2.016.

Tabela 12– Mortalidade proporcional por causas externas em Jaciara-MT, 2013 a 2016

Indicadores	2013	2014	2015	2016
Acidente de Trânsito	12	11	17	07
Lesões autoprovocadas	01	-	-	01
Disparo por arma de fogo	04	15	12	17
Outros Acidentes	07	07	11	05

Fonte: SIM

Tabela 13– Maiores causas de mortalidade no município de Jaciara-MT, em 2016

Causas	N.º Absoluto
Causas externas de morbidade e de mortalidade	35
Neoplasias	25
Doenças do aparelho circulatório	19
Doenças do aparelho respiratório	15
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	14



Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, 20
não classificados em outra parte

Total	128
--------------	------------

Fonte: SIM

6.4.5 Grupos de causas de morte

As causas externas de morbidade e de mortalidade ocupam o primeiro lugar do total geral de óbitos dos residentes em Jaciara (18,61%), seguidas das neoplasias (13,29%) e sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (10,63%). As doenças do aparelho circulatório e respiratório apresentaram (18,08%).

Os enfermeiros do município têm contribuído grandemente nas investigações das causas mal definidas. Em 2.009 ocorreu a descentralização da codificação dos óbitos, melhorando significativamente a qualidade da causa básica da morte o que permite melhor interpretação dos dados.

6.5 Morbidade

6.5.1 Doenças de Notificação Compulsória

Através dos dados do SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória podemos conhecer o perfil referente ao ano de 2016, de casos confirmados de doenças e agravos em Jaciara.

Tabela 14– Casos confirmados de Agravos/Doenças de Notificação Compulsória no município de Jaciara-MT, em 2016

Agravos / Doenças Confirmados	2016
Acidentes de trabalho com exposição material biológico	03
Acidentes por animais peçonhentos	15
Acidente de trabalho grave	02
Atendimento antirrábico	40
Conjuntivite viral	01
Dengue	393
Doença pelo Zika vírus	386
Esquistossomose	01
Eventos adversos pós vacinação	01
Hantavirose	01
Hanseníase	16
Leishmaniose tegumentar americana	11
Meningite	03



Sífilis em gestante	03
Sífilis congênita	01
Varicela	52
Violência interpessoal/autoprovocada	04
Tuberculose	03
TOTAL	936

Fonte: SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória

As doenças de notificação compulsória que mais afetaram a população local foram dengue e zika vírus, seguidos de varicela e atendimento antirrábico.

A transmissão da varicela é de pessoa a pessoa, através de contato direto ou de secreções respiratórias (disseminação aérea de partículas virais/aerossóis) e, raramente, através de contato com lesões de pele. É uma infecção altamente transmissível, que pode ocorrer em surtos, acometendo principalmente crianças, e pode estar associada a complicações como infecções de pele e doenças neurológicas.

A infecção confere imunidade permanente. A imunidade passiva transferida para o feto pela mãe que já teve varicela assegura, na maioria das vezes, proteção de 4 a 6 meses de vida extrauterina. A prevenção é realizada através da vacinação.

As complicações possíveis referentes a infecção pelo Zika vírus são a microcefalia e Síndrome de Guillain-Barré.

- **Microcefalia e Vírus Zika** - Em outubro de 2015, a partir de vinte e seis (26) casos de microcefalia notificados à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, iniciou-se um trabalho nacional de vigilância em investigação de casos desse agravo, até então, muito incomum, de baixa incidência. O que se seguiu a esse evento foi a identificação de mais e mais casos, em diversos estados, principalmente no nordeste do país, com a crescente preocupação com a possível correlação desses casos com a ocorrência do surto de Zika nessa região no início do mesmo ano. A partir de intenso esforço da comunidade científica nacional e internacional, pode-se estabelecer de forma concreta a relação causal para a ocorrência desses eventos: a infecção pelo Zika Vírus na gestação. Várias questões permanecem ainda sem resposta como: em que fase da gestação o vírus Zika pode causar alterações congênitas, em que proporção as gestantes infectadas pelo Zika transmitem a infecção aos fetos, por quanto tempo após a aquisição da infecção permanece o risco dessa transmissão, entre diversas outras indagações. Sem tratamento específico, as complicações causadas pelo Zika vírus na gestação podem ser diminuídas pelo diagnóstico e acompanhamento precoce dos



recém-nascidos acometidos e o Ministério da Saúde estabeleceu protocolos específicos para identificação dos casos.

- **Zika Vírus e a Síndrome de Guillain-Barré** - A síndrome de Guillain-Barré é uma doença de ocorrência rara caracterizada por fraqueza em braços e pernas e, que pode progredir causando paralisias e afetando inclusive os músculos que controlam a respiração. Os sintomas podem durar algumas semanas a meses. Em sua maioria, os pacientes acometidos recuperam-se totalmente, mas alguns podem permanecer com sequelas permanentes. A doença de Guillain-Barré é caracterizada pelo ataque do sistema imunológico contra as células nervosas do próprio indivíduo. Muitas vezes, a doença surge após quadros de infecção, com vários micro-organismos sabidamente relacionados a ocorrência dos casos. Países que tiveram surtos de Zika recentemente, têm relatado aumentos dos casos de Guillain-Barré, e pesquisas sugerem que esta síndrome está fortemente associada a infecção pelo Zika. No entanto, importante reforçar que uma mínima proporção de indivíduos que apresentaram Zika possivelmente desenvolverá a síndrome.

Tabela 15– Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população residente em Jaciara-MT, período – 2013 a 2016

Hanseníase	Ano	Percentual
Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase	2016	52.79
Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase	2015	60.60
Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase	2014	12.76
Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase	2013	61.17

Fonte: SINAN

Tabela 16– Taxa de incidência de casos novos de tuberculose pulmonar positiva na população residente em Jaciara-MT, período – 2013 a 2016

Tuberculose	Ano	Percentual
Taxa de incidência de casos novos de tuberculose pulmonar positiva	2016	11.31



Taxa de incidência de casos novos de tuberculose pulmonar positiva	2015	15.15
Taxa de incidência de casos novos de tuberculose pulmonar positiva	2014	7.61
Taxa de incidência de casos novos de tuberculose pulmonar positiva	2013	11.47

Fonte: SINAN

Tabela 17– Número de casos de sífilis congênita, população residente em Jaciara-MT, período – 2013 a 2016

Sífilis Congênita	Ano	Percentual
Número de casos novos de sífilis congênita em menor de 1 ano de idade	2016	-
Número de casos novos de Sífilis Congênita em menor de 1 ano de idade	2015	02
Número de casos novos de Sífilis Congênita em menor de 1 ano de idade	2014	01
Número de casos novos de Sífilis Congênita em menor de 1 ano de idade	2013	01

Fonte: SINAN

Tabela 18 – Proporção de abandono de tratamento de tuberculose, período – 2013 a 2016

Tuberculose	Ano	Percentual
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	2016	0.00
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	2015	0.00
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	2014	0.00
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose	2013	0.00

Fonte: SINAN

6.5.2 Morbidade Ambulatorial

A maioria das causas de atendimentos ambulatoriais aos munícipes realizados na rede ambulatorial, em 2016, segundo o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA foram doenças originárias na gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório, lesões, envenenamento algumas outras consequências de causas externas, doenças do aparelho digestivo, neoplasias, seguidas de doenças do aparelho



geniturinário.

6.5.3 Morbidade Hospitalar

Tabela 19 - Internações por ano segundo grupo de causas, no período de 2013 a 2016, Jaciara-MT

Código Internacional de Doenças	2013	2014	2015	2016
CID 10: I -Algumas doenças infecciosas e parasitárias	58	77	72	69
CID 10: II -Neoplasias (tumores)	86	92	103	106
CID 10: III Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitário	02	03	06	12
CID 10 IV – Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	43	43	46	51
CID 10 V – Transtornos mentais e comportamentais	20	42	30	32
CID 10 VI – Doenças do Sistema Nervoso	07	07	12	20
CID 10 VII –Doenças do olho e anexos	48	35	41	32
CID 10 VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastóide	01	00	01	04
CID 10 IX – Doenças do aparelho. circulatório	145	162	199	192
CID 10 X – Doenças do aparelho respiratório	226	257	236	196
CID 10 XI – Doenças do aparelho digestivo	124	130	106	164
CID 10 XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	16	11	14	16
CID 10 XIII – Doenças s. oosteam. e tecido conjuntivo	27	15	13	11
CID 10 XIV - Doenças do aparelho geniturinário	112	125	120	101
CID 10 XV - Gravidez parto e puerpério	388	413	405	384
CID 10 XVI – Alguns afec. orig. no período perinatal	17	22	18	19
CID 10 XVII - Malf. cong. deform. e anomalias cromossômicas	03	09	05	05
CID 10 XVIII – Sint. sinais e achad. anom. ex clín. e laboratorial	07	09	07	11
CID 10 XIX – Lesões enven. e alg. out.conseq. causas externas	184	167	164	173
CID 10 XX –Causas externas de morbidade e de mortalidade	00	01	00	00



ESTADO DE MATO GROSSO

GOVERNO MUNICIPAL DE JACIARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSTRUINDO UMA NOVA HISTÓRIA

CID 10 XXI – Contatos com serviços de saúde

18 03 07 35

Total	1.532	1.623	1.605	1.633
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS 2016

Quadro 31 - Atividades e atendimento do Hospital Municipal de Jaciara – MT no período de 01/01/2016 a 31/12/2016, segundo ao tipo de internação

Descrição	Quantidade
Clínica Médica	663
Clinica Cirúrgica	44
Pediátrica	122
Cardiológica	80
Obstétrica	433
Total	1.342

Fonte: HMJ

Quadro 32 - atendimentos do Hospital Municipal de Jaciara – MT no período de 01/01/2016 a 31/12/2016, segundo ao tipo de parto e cirurgia realizado

Descrição	Quantidade
Cesária	174
Partos normais	150
Cirurgias geral	52
Laqueadura e Vasectomias	38
Peq. Cirurgias	121
Total	535

Fonte: H.M.J

Quadro 33 - Registro do Pronto Atendimento Municipal de Jaciara – MT no período de 01/01/2016 a 31/12/2016 das transferências para centros de referências (Cuiabá e Rondonópolis), segundo ao acompanhamento

Acompanhamento de Pacientes	Quantidade
Transferidos	
Técnico de Enfermagem	642
Empresa especializada	09
Total de Transferido	651

Fonte: PAMJ





6.5.4 Serviço de Imunização

Tabela 20 – Doses aplicadas de imunobiológicos, no ano de 2016, Jaciara-MT

Imunobiológicos	2016
BCG (BCG)	380
Contra Febre Amarela (FA) < 1 ano	344
Contra Febre Amarela (FA) 4 anos	388
Contra Hepatite B (HB)	360
Contra Hepatite A (HA)	272
Oral de Rotavírus Humano (RR)	383
Tetralente (DTP/Hib) (TETRA)	344
Tríplice Viral (SCR)	355
Totais das vacinas contra pólio	388
Pneumocócica	395
Meningocócica Conjugada C	388
Pentavalente	360
DTP	339
DTP gestante	51
HPV	231
Varicela	345
Total	5.323

Fonte: TABNET - Programa Nacional de Imunizações, 2016.

7. Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde

Integração entre toda rede de saúde garantindo: Ações preventivas e de promoção à saúde na atenção básica e média complexidade; Acesso de toda população aos atendimentos e ações de saúde; Vínculo das unidades com a população; Sistema de informação resolutivo; Capacitação e educação continuada em recursos humanos; Disponibilização de material permanente, consumo e medicamentos; Parcerias com secretarias, associações e outras entidades do Município. Avanço do controle social, através de implantação e implementação dos conselhos de saúde locais.

Para garantir a melhoria da Gestão do Acesso e da Qualidade das Ações e Serviços de Saúde, preconizado pela NOAS 01/2002, o Sistema Integrado de Saúde de Jaciara será operacionalizado por meio de:

- Gestão de Vigilância à Saúde;
- Gestão da Atenção Básica;
- Gestão da Média e Alta Complexidade;
- Gestão da Assistência Farmacêutica;
- Gestão do SUS;
- Gestão de Recursos Humanos e Materiais.

7.1 - Gestão de vigilância à saúde

O objetivo é avançar na maneira de promover saúde, proporcionando maior qualidade de vida, principalmente através da prevenção. São incluídas nessa abordagem as ações de controle sanitário de alimentos, o controle de risco ocupacional nos ambientes de trabalho, o controle de focos e fontes de doenças transmissíveis, fármaco-vigilância e o monitoramento e redução de agravos de doenças.

As ações coletivas de vigilância à saúde visam e prevenir, controlar e/ou reduzir os riscos e danos ambientais, sanitários e ocupacionais que interferem na saúde, através da promoção da saúde da população de Jaciara.

A Vigilância à Saúde terá seu trabalho reestruturado pela obtenção de informações sobre a situação sanitária, riscos e agravos à Saúde, desencadeando ações de controle na busca constante de melhores condições de saúde da população.



Os serviços ofertados pela Vigilância à Saúde compreendem: Vigilância Epidemiológica; Vigilância Ambiental; Controle de Zoonoses; Vigilância Nutricional e de Alimentos; Vigilância à Imunobiológicos e Medicamentos; Vigilância à Saúde do Trabalhador; Vigilância da qualidade da água; Vigilância a Estabelecimentos de Saúde e Outros de Uso Coletivo; Fiscalizar os estabelecimentos de baixa, média e os de alta complexidade juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde, à exceção de indústrias de medicamentos; Serviços de hemoterapia e serviços de terapia renal substitutiva, que integram programas específicos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

7.2 Gestão da atenção básica

A diretriz constitucional de descentralização política e administrativa da saúde, com direção única em cada esfera de governo, tem gerado ao longo dos últimos anos uma série de iniciativas orientadas para a cooperação e a integração entre políticas governamentais de saúde.

Quando consideradas as fortalezas e as debilidades características deste processo de descentralização, ainda em curso, evidenciam-se um saldo positivo consubstanciado pela constituição permanente de arranjos decisórios, pactuações e iniciativas de cooperação intergovernamentais.

Tal processo de descentralização das políticas governamentais de saúde tem produzido avanços significativos como o aumento progressivo de transferências financeiras intergovernamentais em bloco (fundo-a-fundo); a ampliação da oferta e cobertura de serviços nos municípios; o incremento do controle social; o processo de negociação e pactuação intergestores, bem como uma maior transparência e democratização na gestão pública do sistema de serviços de saúde.

No entanto, existem ainda dificuldades para a consolidação do processo de descentralização como a implantação cíclica de estratégias de municipalização e regionalização com um caráter mais autárquico e indutor de concorrência intergovernamental por recursos financeiros escassos; alocação financeira insuficiente para o investimento e o custeio dos serviços e ações de saúde, principalmente nos municípios; a ênfase no subsídio financeiro centrado na oferta e produção de serviços; burocratização dos fluxos regulatórios do sistema de saúde, decorrente da produção constante e excessiva de normas institucionais para a regulamentação programática; a persistência da indefinição sobre uma política de pessoal compatível com as necessidades das novas políticas de saúde e a persistência de



condições inadequadas para a governança e a condução técnica e administrativa do sistema de serviços de saúde.

Contudo é necessário priorizar o trabalho para que o modelo assistencial e as estratégias a serem adotadas possam solucionar as dificuldades na Atenção à Saúde para consolidação das Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada preferencial do Sistema, tendo em vista a otimização dos recursos e efetividade das ações e serviços na saúde.

Considerado o contexto diverso, plural e heterogêneo das situações e serviços de saúde no município e seguindo os preceitos constitucionais do SUS, as ações do município serão organizadas dentro.

7.3 Gestão da atenção da média complexidade

A atenção de média complexidade compreende um conjunto de ações e serviços especializados ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, apoio diagnóstico e terapêutico, garantindo a assistência igualitária a todos os cidadãos. A priorização da clientela de risco, casos graves, agudos, crônicos, traumatismo, garante o acesso de acordo com as necessidades favorecendo o atendimento humanizado visando monitorar efetivamente os mecanismos de referência e contra referência.

A qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de usuários dos serviços de saúde.

A instituição hospitalar, dada sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica e assistencial. Tudo isso deve ter como razão última a adequada atenção ao usuário.

O incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma melhor e mais humanizada atenção. Esta melhoria na atenção parte do respeito e valorização do usuário, humanização do atendimento e da adoção de medidas que visem atender as crescentes exigências e necessidades da população, objetivos estes que todos almejamos.

7.4 Gestão de recursos humanos, recursos patrimoniais e logísticas





Os problemas no campo de recursos humanos representam desafios para a consolidação do SUS, e tais desafios são de grande magnitude e complexidade, na medida em que o desenvolvimento de ações nesta área é muito dependente de sua força de trabalho.

O propósito da Política de Recursos Humanos para o SUS, subsidiária à Política Nacional de Saúde, suas estratégias e seus programas, constitui-se na promoção do desenvolvimento da força de trabalho do setor, entendendo, como tal, seu planejamento, sua formação e capacitação, gestão, regulação e contínuo aperfeiçoamento, com vistas ao alcance da universalidade, integralidade, equidade das ações de saúde e aumento de controle social.

Neste sentido a formulação de diretrizes políticas de recursos humanos para a saúde deverá, necessariamente, considerar a participação dos trabalhadores através de suas legítimas representações. Será preciso avançar no estabelecimento e aperfeiçoamento de canais de comunicação e negociação com as entidades corporativas - associações, sindicatos e conselhos, possibilitando a discussão para formação e ampliação de consensos em torno de pontos de interesse coletivo.

O trabalhador de saúde é um “agente ativo” no processo de produção de serviços. Esta visão supera os enfoques tradicionais da administração do trabalho que o têm na conta de um “recurso” que se soma a outros recursos físicos, materiais e financeiros para o alcance dos objetivos da produção.

Apesar do caráter estratégico atribuído à problemática de recursos humanos, pouco se tem avançado no enfrentamento dos atuais problemas relativos à gestão do trabalho em saúde, que vêm se avolumando e impactando desfavoravelmente na consolidação do SUS.

Tal indicativo foi constatado em 1986, quando se realizou a I Conferência Nacional de Recursos Humanos, apontando a necessidade de uma política que regulasse salários, jornada e regime de trabalho, novas bases para a preparação de pessoal da saúde, redução da jornada semanal e melhoria das condições de trabalho (Brasil, 1993).

Entretanto, essa política de regulação não superou o âmbito das proposições, já que poucas dessas medidas foram implementadas de forma sistemática em todo País. Tal fato pode ser constatado pela apreciação do Relatório da citada Conferência, sobre tipos de vínculo, remuneração e incentivos, em todas as esferas e principalmente na municipal.

Uma política de recursos humanos constitui-se num dos instrumentos de participação da sociedade organizada, para a consolidação do SUS, onde três prerrogativas são fundamentais: a importância do trabalho para o sistema; a necessidade da valorização profissional dos modelos assistenciais e a regulação das relações no setor da saúde.



Sendo necessário exercer maior controle social sobre as relações de trabalho, sobre as condições de trabalho e sobre a estabilidade do vínculo trabalhista, de modo a favorecer o compromisso dos trabalhadores da saúde, superando a cultura de desvalorização do servidor.

Temos que garantir a qualificação eficiente para todo o recurso humano para se trabalhar com qualidade e produtividade e estarmos cada vez mais engajados na prática profissional. Ter sempre assegurada a Educação Continuada em todos os níveis de atenção.

Garantir a igualdade e a qualidade da atenção à saúde exige novos processos de trabalho e melhoria das condições de trabalho, com salário justo, revertendo o modelo proposto pelo governo federal que tem provocado a desvalorização do salário dos servidores públicos, considerando principalmente o longo período sem reajuste salarial.

A administração de materiais, recursos patrimoniais e logísticas devem fazer parte de um sistema integrado que possibilite as condições de prover as unidades demandantes em tempo oportuno e sem descontinuidade.

Para Francischini e Gurgel (2002, p. 5) “a Administração de Materiais é a atividade que planeja, executa e controla, nas condições mais eficientes e econômicas, o fluxo de material, partindo das especificações dos artigos e comprar até a entrega do produto terminado para o cliente”.

Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde está adequando a gestão de recursos patrimoniais e logísticas de acordo com as normativas estabelecidas.

7.5 Recursos financeiros

São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde: repasse Fundo a Fundo e responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde.

Os blocos de financiamento para o custeio são:

- Atenção básica;
- Vigilância em saúde;
- Assistência farmacêutica;
- Atenção de média e alta complexidade;
- Gestão da Saúde

7.5.1 Financiamento da atenção básica

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do



SUS, sendo que os recursos federais comporão o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois componentes: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável e seus valores serão estabelecidos em Portaria específica, com memórias de cálculo anexas.

O Piso de Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros, que agregam as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde.

Os recursos financeiros do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal.

O Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável consiste em um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

O PAB Variável passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégias: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Compensação de especificidades regionais.

7.5.2 Financiamento da vigilância à saúde

Os recursos financeiros correspondentes às ações de Vigilância em Saúde comporão o Limite Financeiro de Vigilância e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária:

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois componentes: da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e o componente da Vigilância Sanitária em Saúde.

O financiamento para as ações de vigilância sanitária consolida a reversão do modelo de pagamento por procedimento, oferecendo cobertura para o custeio de ações coletivas visando garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação, avançando em ações de regulação, controle e avaliação de produtos e serviços associados ao conjunto das atividades.

O Limite Financeiro de Vigilância em Saúde será transferido em parcelas mensais e o valor da transferência mensal para cada um dos Estados, Municípios e Distrito Federal, bem como o Limite Financeiro respectivo será estabelecido em Portaria específica e detalhará os diferentes componentes que o formam, com memórias de cálculo. Comporão ainda, o bloco do financiamento da Vigilância em Saúde – Sub-bloco Vigilância Epidemiológica, os recursos que se destinam às seguintes finalidades, com repasses específicos:



- Fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II);
- Campanhas de Vacinação e,
- Incentivo do Programa DST/AIDS.

7.5.3 Financiamento da assistência farmacêutica

A Assistência Farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde.

O Bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica se organiza em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS.

O Componente Básico é composto de uma Parte Fixa e de uma Parte Variável, sendo: Parte Fixa: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica para a Atenção Básica, transferido Municípios, Distrito Federal e Estados, conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos estados e dos municípios. Parte Variável: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. A parte variável do Componente Básico será transferida ao município ou estado, conforme pactuação na CIB, à medida que este implementa e organiza os serviços previstos pelos Programas específicos.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica de programas estratégicos.

O financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os Programas Estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde e reúne:

- Controle de Endemias: Tuberculose, Hanseníase, Malária e Leishmaniose;
- Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- Programa de DST/AIDS (anti-retrovirais);
- Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados;
- Imunobiológicos e



- Insulina.

O Ministério da Saúde repassará aos Estados, mensalmente, valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, de acordo com as informações encaminhadas pelos Estados, com base nas emissões das Autorizações para Pagamento de Alto Custo – APAC.

O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional será readequado através de pactuação entre os gestores do SUS, das diretrizes para definição de política para medicamentos de dispensação excepcional.

7.5.4 Financiamento da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar

O Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes: Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC - dos Estados, Distrito Federal e Municípios, são destinados ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, transferidos mensalmente, para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde.

O financiamento dos incentivos permanentes do Componente MAC inclui aqueles atualmente designados aos:

- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Laboratório de Prótese Dentária;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- Hospitais de Pequeno Porte;
- Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS;
- Fator de Incentivos ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;
- Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI; e
- Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de custeio de ações de média e alta complexidade e não financiados por procedimento.

Os recursos federais serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de





Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada da Assistência, publicada em ato normativo específico.

O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC são recursos destinados ao custeio dos seguintes procedimentos:

- Procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;
- Transplantes;
- Ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário implementadas com prazo pré-definido; e
- Novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, que serão custeados pelo FAEC por um período de seis meses com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

Os recursos destinados ao custeio de procedimentos atualmente financiados por meio do FAEC e não contemplados acima, serão incorporados ao Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme ato normativo específico, observando as pactuações da Comissão Intergestores Tripartite.

7.5.5 Financiamento da gestão do SUS

O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS destina-se ao fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde para o custeio de ações específicas relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde.

- Os recursos federais que integram o Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS serão constituídos dos seguintes componentes:
- Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
- Planejamento e Orçamento;
- Programação;
- Regionalização;
- Gestão do Trabalho;
- Educação em Saúde;



- Incentivo à Participação do Controle Social;
- Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica;
- Incentivo à Implantação e/ou Qualificação de Políticas Específicas;

Os incentivos relacionados à Implantação e/ou Qualificação de Políticas Específicas, incluem aqueles atualmente designadas à:

- Implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;
- Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- Fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
- Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtorno mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
- Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
- Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador;
- Política de Cirurgias Eletivas;
- Adesão a Contratualização dos Hospitais Filantrópicos;
- Cadastro Nacional dos Usuários do SUS (Cartão Nacional); e
- Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

7.5.5.1 Financiamento para investimentos

Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas a superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde.

Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a readequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação. Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos:

- Estímulo à Regionalização - Deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais,



considerando os PDI (Plano de Desenvolvimento Integrado) atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e de escopo com equidade no acesso.

- Investimentos para a Atenção Básica, recursos para investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme disponibilidade orçamentária, transferidos fundo a fundo para municípios que apresentarem projetos selecionados de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

7.5.5.2 Recurso próprio

A EC, Emenda Constitucional nº. 029/2000 preconiza a aplicação mínima na saúde de 15% dos recursos oriundos da transferência de impostos municipais, estaduais e da União. O gráfico abaixo demonstra a evolução do percentual do repasse municipal, que tem se mantido acima do mínimo exigido legalmente. Para 2009, foi previsto o repasse de 15% para aplicação em saúde, visando atender a programação orçamentário-financeira anual definida nas Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA, calcadas nas responsabilidades decorrentes do preceito constitucional e da missão institucional. Porém o município tem a perspectiva de investimento de 17 a 18% dos recursos de impostos e transferências constitucionais e legais, este incremento é significativo e reflete o compromisso da gestão com as ações e serviços a serem realizados frente às responsabilidades assumidas com o Pacto pela Saúde.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é um sistema de coleta e consolidação de informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo, proporcionando à sociedade o conhecimento sobre a aplicação dos recursos públicos nesta área através de um instrumento de acompanhamento do cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29/2000. As informações dos gestores são transmitidas eletronicamente para o banco de dados da DATASUS/MS, gerando indicadores.

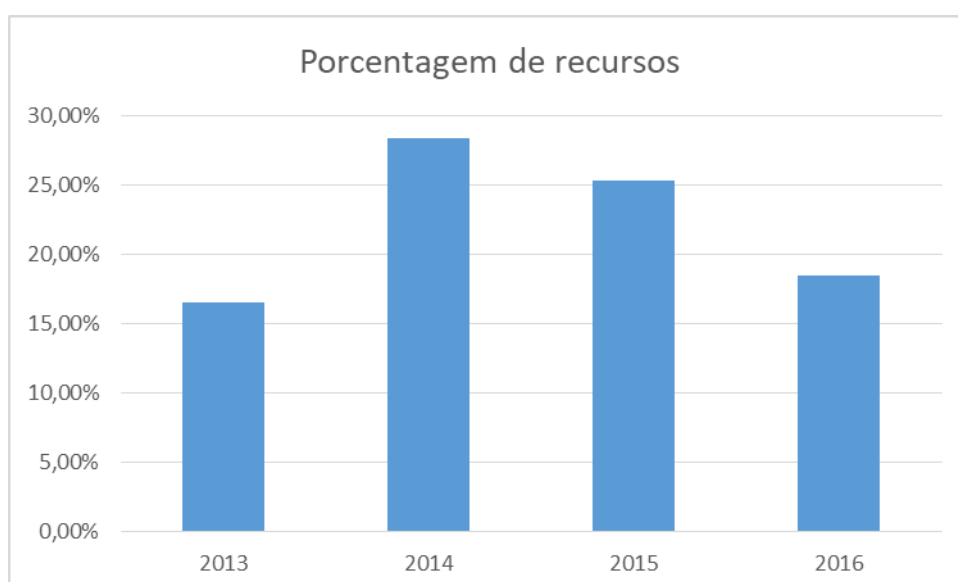
As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações:

- Não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta

bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas;

- Falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano; e
- Indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, DF ou estado envolvido.

Gráfico 06 – Recursos próprios aplicados na saúde 2.013 a 2.016



Fonte: Adaptado SIOPS

7.6 Fortalecimento do controle social no sistema municipal de saúde

O controle social é de fato realizado quando a sociedade se organiza visando propor ações, projetos e acompanhamento da execução das propostas, e isso acontece no Município, Estado e União. Sendo assim, o usuário deixa de ser apenas usuário e passa a exercer o papel de agente de transformação, da melhoria da Saúde tendo oportunidade de participar dentro de um projeto democrático, onde os usuários discutem e opinam junto ao Governo ações e melhorias da Saúde a serem desenvolvidas.

Proporciona plena participação da sociedade no SUS através do Conselho Municipal de Saúde. Com o caráter deliberativo que os conselheiros possuem sobre as políticas de saúde



a serem desenvolvidas, atribui a responsabilidade de cada membro com a gestão.

A Lei 1.528, de 06 de junho de 2013, dispõe sobre alteração e consolidação da Lei 1.215/09 de 10.12.2009, que trata da Gestão do Sistema Único de Saúde –SUS do Município de Jaciara, Estado de Mato Grosso; a Consolidação e a reestruturação do Conselho Municipal de Saúde, e dá outras providências. A referida lei regula as ações e serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, que integra a rede regionalizada e hierarquizada do sistema único, conforme previsto no art. 198, da Constituição Federal, consolida a criação e reestrutura o Conselho Municipal de Saúde, instituindo e dando-lhe novas composição e competência, com novos objetivos, ações e diretrizes.



8. Gestão do trabalho e da educação em saúde

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2011), as Conferências Nacionais de Saúde e as específicas de Recursos Humanos levantaram pontos fundamentais e estruturantes do campo e aprovaram grandes diretrizes consoantes às lutas políticas e às pautas de suas respectivas épocas de realização, mediando avanços e recuos entre governo e trabalhadores.

A criação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH), fruto de uma luta política dos anos 1990, que configurou uma pauta ampla, com debates polêmicos à época, espalhou-se por todo o país em oficinas que terminaram por embasar, com documentos e propostas concretas, o ciclo atual de reformas nessa área, com a participação dos representantes dos diferentes segmentos que integram a gestão participativa do SUS. A terceira Conferência de Gestão do Trabalho, realizada em 2006, teve como resultado muitas proposições aprovadas, e suas conclusões deverão ser traduzidas em práticas, no interior do sistema de saúde, nos próximos anos.

Esse é um contexto muito favorável à produção de mudanças na esfera pública no Brasil e na América Latina. É um momento de questionamento de modelos, que se reflete em revisões de políticas anteriores, construídas na década de 1990, caracterizadas como mais influenciadas pelo ajuste fiscal, e essa problematização deve contribuir para a produção de novos formatos de governança das áreas específicas que integram o sistema de saúde, notadamente a da Gestão do Trabalho. Esse movimento de questionamento e de construção de novas possibilidades no campo da Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde está presente em toda a América Latina, com apoio substancial da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e do governo brasileiro, com a disseminação de novas ideias e a formação de quadros para o sistema de saúde, consoante a esse contexto, em que também emergem novos governos, que questionam as propostas identificadas como neoliberais e propõem novas pautas que se diferenciem das anteriores.

No Brasil, é importante destacar que essas mudanças estão em andamento. A aprovação do Pacto pela Saúde, em 2006, abriu um caminho para essa construção, resultado de um esforço das três esferas de governo, que definiu como questões principais: a regionalização com ênfase no Plano Diretor de Regionalização (PDR), no Plano Diretor de Investimento (PDI) e na definição de Redes de Atenção à Saúde; o financiamento; a Programação Pactuada e Integrada (PPI); a regulação assistencial e o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na coordenação das referências intermunicipais e a gestão dos prestadores



de serviços. O pacto configura um entendimento formal entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Nos capítulos subsequentes, serão apresentadas as diretrizes vinculadas às mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho e na gestão do trabalho e da educação na saúde que integram o Pacto pela Saúde.

Neste contexto, entende-se que o planejamento da força de trabalho é fundamental para definir o quantitativo, o perfil e a composição dos recursos humanos necessários para atingir os objetivos da organização, levando em consideração as alterações que vêm ocorrendo nos processos de trabalho e as restrições orçamentárias. As estratégias para captação e manutenção devem ser bem definidas, para possibilitar o alcance do perfil desejado, através da redução das disparidades entre as características do quadro de pessoal atual e o proposto, seja por meio de processos seletivos ou da capacitação dos atuais trabalhadores, os desligamentos que também ocorrem no dia a dia. Atenção especial deve ser dada às mudanças dos modelos assistenciais e às incorporações tecnológicas que ocorrem no interior do sistema, antecipando-se com estudos e produções de relatórios gerenciais que facilitem a tomada de decisão com relação a esses processos.

Do ponto de vista técnico, a institucionalização do planejamento de recursos humanos no cenário atual pressupõe a capacitação de pessoal que trabalha nessa área, de modo a garantir o aporte de conhecimentos específicos de planejamento e gestão da força de trabalho, de forma atualizada e coerente com toda a complexidade que envolve as questões aqui abordadas.

A Gestão do Trabalho e a educação em Saúde deve-se ser norteadas pela reflexão, baseando-se nas problemáticas do cotidiano do profissional e/ou do local de trabalho, bem como do reflexo nos usuários da saúde. Ou seja, sua finalidade é melhorar a qualidade do trabalho desenvolvido, através de um olhar mais humano e analítico para o trabalhador em meio aos conflitos inerentes à prática da profissão, conforme os preceitos da educação permanente.

A necessidade de mudança, transformação ou crescimento vem da percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatória ou insuficiente em dar conta dos desafios do trabalho em saúde. Esse desconforto funciona como um ‘estranhamento’ da realidade, sentindo que algo está em desacordo com as necessidades vividas ou percebidas pessoalmente, coletivamente ou institucionalmente.

O município de Jaciara dispõe do Plano Municipal de Educação Permanente que é resultado de uma construção compartilhada entre Secretaria Municipal de Saúde e Unidades



de Saúde Locais. É, portanto, o resultado do esforço conjunto de vários atores envolvidos com a Política de Educação Permanente, construído de forma coletiva com base na legislação vigente (Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007), a realidade e as dificuldades enfrentadas diariamente no desenvolver das ações em cada área.

O Plano Municipal de Educação Permanente é uma ferramenta de gestão que garante o respeito às especificidades locais, vislumbra a superação das desigualdades entre condutas e métodos adotados, e, ao mesmo tempo, possa dar respostas educacionais que contribuam para a formação e o desenvolvimento do trabalho em saúde e que guarde coesão com os problemas de saúde da população e as necessidades de formação de trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde.



9. Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão

Os fatores preponderantes considerados para a Inovação em Saúde e Gestão, são os indicadores de saúde do município e o termo de compromisso de gestão (pacto pela saúde). Afim de disponibilizar aos trabalhadores da saúde do município Educação em Saúde através de treinamentos, teleconferências, e capacitações focalizando para um melhor atendimento e produção no ambiente e cargo do mesmo.

Ainda assim, o município elaborou o Plano Municipal de Saúde aonde possibilitou a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população.



10. Processo de monitoramento e avaliação

O acompanhamento e a avaliação das ações e serviços e seu impacto sobre as condições de saúde da população deve ser assumida como atribuição e responsabilidade de todas as instâncias do Conselho Municipal de Saúde, Ouvidoria e da Gestão Municipal. Neste processo devem estar envolvidos os Conselheiros do CMS, o Gestor Municipal, os responsáveis pelas diretorias, as coordenações, as chefias de serviços e os trabalhadores da SMS.

Os mecanismos utilizados devem ter como referência os Indicadores das Ações em Saúde descritos em anexo. Além desses, devem ser utilizados como fonte de verificação as deliberações do CMS, os Relatórios de Vigilância em Saúde, os dados do Sistema de Informação existentes na SMS e os Relatórios de Gestão Municipal.

As pesquisas e o levantamento de dados que tratem da realidade de saúde do município devem ser apropriados, visando a incrementar o processo avaliativo.



11. Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores

Objetivo Geral: expressa a intenção de atingir um determinado fim, uma mudança na situação. Não deve ser quantificado. Demonstra a mudança na realidade. Visa dar resposta ao principal problema apontado. É o propósito de realizar algo, é aonde se quer chegar.

O objetivo geral deve responder as seguintes perguntas:

- 1) O que a sua organização deseja realizar com o Projeto ou essa ação?
- 2) Qual problema em especial se quer solucionar?
- 3) Que mudanças se quer alcançar?
- 4) Que diferença o projeto quer fazer?

Deve ser escrito em tempo infinitivo (por exemplo: ampliar, capacitar, entre outros)

Exemplo: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção.

Organizar a rede de atenção à Saúde Mental.

Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil.

Metas: é o objetivo de forma quantificada. São tarefas específicas para alcançar os objetivos. As metas são temporais e estritamente ligadas a prazos. É o caminho ou o passo-a-passo para se chegar a um objetivo. Uma ou mais metas podem ser necessárias para se alcançar, por completo, um objetivo. Elas devem ser sempre quantificadas.

Exemplo: Aumentar para 100% as ações de prevenção;

Capacitar 100% os profissionais do Programa Antitabagismo.

Ações Estratégicas são aquelas que sinalizam o que devem ser executados, tendo em vista o cenário presente, as oportunidades e as ameaças para se construir um o cenário futuro desejado, sendo que sua execução depende de três diretrizes principais: sensibilidade para as mudanças de cenário, comunicação eficiente e valores compartilhados



Os indicadores para pactuação estão conforme estabelece a Resolução CIT 008/2016. Entretanto, cada município deve incluir quantos indicadores forem necessários para atender às suas necessidades específicas.

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

Objetivo: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero e utilizar mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.

Nº	Tipo	Indicador	Situação	Causa	Meta				Ações Estratégicas
					2018	2019	2020	2021	
11	U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	As coletas estão sendo realizadas de acordo com o pactuado, porém o quantitativo não está de acordo com o apresentado no sistema.	Possíveis falhas no sistema SISCAN ou a demora na informação pelo laboratório regional.	0,47%	0,47%	0,47%	0,47%	Promover campanhas publicitárias periódicas para o fomento e realização de exames. Reduzir o tempo de espera na emissão de Laudos de Citopatológico através de contratualização de laboratório pelo município. Intensificar as ações de acompanhamento dos casos com alteração.



12	U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	Exames realizados abaixo do pactuado, porém, os realizados não estão contabilizados no sistema de informação.	O município enfrenta a problemática de referência dos pacientes para a realização deste exame.	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	Implementar o perfil seguimento do SISCAN, com vistas a continuidade do tratamento. Intensificar as ações de acompanhamento dos casos com alteração. Realizar compra do serviço.
17	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	Cobertura total.	-	100%	100%	100%	100%	Manter a cobertura constante.
18	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família (PBF)	Cobertura de acordo com o pactuado.	-	85,09%	85,09%	85,09%	85,09%	Manter em dia a alimentação dos dados relacionados às condicionantes de saúde junto ao SISVAN.
19	U	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	Cobertura total.	-	100%	100%	100%	100%	Manter a cobertura constante.
21	E	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de atenção básica.	Ações planejadas e executadas.	-	12	12	12	12	Elaborar protocolo clínico de Saúde Mental para Atenção Básica em ênfase ao apoio matricial realizado pelos CAPS. Fortalecer as informações de fluxo de referência e contra referência dos pacientes oriundos da rede hospitalar.



Diretriz: Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

Objetivo: Organizar a rede de atenção à Saúde Materna e Infantil.

Nº	Tipo	Indicador	Situação	Causa	Meta				Ações Estratégicas
					2018	2019	2020	2021	
2	E	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	Meta atingida.	-	100%	100%	100%	100%	Manter a constância nas investigações.
3	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Meta não atingida, havendo necessidade da qualidade das informações relativas às causas de mortalidade do município.	Demora na devolução da investigação para a VIGEP.	100%	100%	100%	100%	Proporcionar a equipe de investigação da epidemiologia informações para registros definidos de óbitos em tempo oportuno. Fortalecer a importância da participação com as UBS para a realização das investigações.
13	U	Proporção de parto normal no SUS na saúde suplementar.	Há necessidade de sensibilização dos obstetras na hora do parto.	Pouca ênfase na política de humanização do parto pelos obstetras.	37,92%	37,92%	37,92%	37,92%	Fortalecer as campanhas educativas para população e principalmente para os profissionais obstetras, com ênfase a importância do parto normal.



14	U	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	Há necessidade de ampliar as ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes do município.	Ausência de uma política pública municipal voltada para a promoção de ações com foco na promoção da saúde sexual e na saúde reprodutiva dos adolescentes.	19,57%	19,57%	19,57%	19,57%	Desenvolver ações educativas dentro das escolas abordando ações integradas ao Programa Saúde nas Escola conjuntamente com as UBS. Promover ações integradas com foco na conscientização e uso correto de métodos contraceptivos, conjuntamente com outras entidades representativas da sociedade. Possibilitar rodas de conversas e discussões dentro dos espaços escolares permitindo aos jovens o esclarecimento de dúvidas com profissionais da Atenção Básica e encaminhamento ao atendimento individualizado.
----	---	--	---	---	--------	--------	--------	--------	---



15	U	Taxa de mortalidade infantil.	Meta atingida.	-	5	5	5	5	Manter as ações já implementadas e implementar novas de forma a: Garantir o acesso da gestante ao pré-natal de qualidade e de Alto Risco; Manter perfil solicitante SISREG nas UBS priorizando o acesso aos agendamentos de Consulta em Pré-Natal de Alto Risco e Exames complementares com ênfase na atenção integral à saúde. Assegurar assistência ao recém-nascido na consulta de puericultura pelas Unidades Básicas de Saúde. Promover busca a ativa de crianças faltosas com quadro vacinal desatualizado.
----	---	-------------------------------	----------------	---	---	---	---	---	--



16	U	Número de óbitos maternos em determinado período e local e de residência.	Meta atingida.	-	0	0	0	0	Manter as ações já implementadas e implementar novas de forma a: Garantir o acesso às gestantes do município a realização e acompanhamento em Pré Natal de Baixo e Alto risco, Exames complementares com vistas ao parto de qualidade. Melhorar a comunicação entre os profissionais de Atenção Básica e epidemiológica para bom repasse de informações e investigações. Dizimar as causas mortes de óbitos maternos no município.
----	---	---	----------------	---	---	---	---	---	--



Diretriz: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Objetivo: Organizar as ações da vigilância em saúde, promoção e proteção.

Nº	Tipo	Indicador	Situação	Causa	Meta				Ações Estratégicas
					2018	2019	2020	2021	
1	U	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Há necessidade de se prevenir os riscos e agravos à saúde dos munícipes, com foco na redução dos óbitos prematuros.	Diagnóstico tardio dos agravos.	26	26	26	26	Garantir à população do município o acesso aos exames complementares; Assegurar o tratamento medicamentoso conforme itens contidos na REMUME; Garantir o acesso ao Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD); Garantir acesso a internações hospitalares para os quadros de agravamento de quadro relacionado à DCNT; Fomentar a importância e o acesso à imunização a população portadora de



									DCNT's. Priorizar as ações preventivas fomentando hábitos de vida saudáveis.
4	U	Proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação, para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada.	Há necessidade em aumentar a cobertura vacinal para crianças menores de 2 anos.	Deficiência na informação e baixa conscientização acerca da importância da vacinação para crianças menores de 2 anos.	75%	75%	75%	75%	Assegurar aos usuários a oferta de vacinas que contemplam o calendário básico de vacinação; Fomentar a importância da busca ativa de faltoso e atualização do cartão de vacina pelos ACS. Capacitar os profissionais para o desenvolvimento das atividades na Rede de Frio.
5	U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.	Meta atingida.	-	80%	80%	80%	80%	Manter a vigilância nos seguintes aspectos: Monitorar continuamente as notificações no sistema e priorizar casos com maior urgência de encerramento; Fortalecer o vínculo entre a equipe de vigilância e as equipes de Atenção Básica, no intuito de dar encerramento as notificações



									compulsórias imediatas.
6	U	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Meta não atingida.	Alguns fatores como à fragilidade de integração e casos de abandonos. Serviço centralizado na VIGEP.	96,44%	96,44%	96,44%	96,44%	Realizar reuniões técnica com as equipes para de A.B a importância e acompanhamento dos casos confirmados de Hanseníase e seus comunicantes. Fortalecer as ações de descentralização para detecção de casos de Hanseníase e dar apoio às UBS. Traçar alguns critérios de intervenção contando com o suporte do ERS.
7	E	Número de casos autóctones de malária.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Dar continuidade nas ações de prevenção; Notificar e investigar casos suspeitos de Malária no município.
8	U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Meta não atingida.	Gestantes que chegam em Jaciara em estágio avançado de gravidez e não procuram realizar o pré-natal.	1	1	1	1	Manter a vigilância nos seguintes aspectos: Fortalecer as ações vinculadas ao Pré-natal pelas ESF; Garantir o acesso ao pré-natal



									de alto risco e exames complementares. Assegurar o tratamento e acesso dos usuários nos programas especiais localizados no CRRES. Fortalecer ações preventivas de Educação em Saúde relacionados a Sífilis.
9	U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	Meta atingida.	-	0	0	0	0	Manter a vigilância nos seguintes aspectos: Ampliar as campanhas preventivas relacionadas à Doenças Sexualmente Transmissíveis Implementar o serviço de pré-natal de alto risco para gestantes soropositivas para HIV; Realizar teste rápido anti-HIV em 100% das gestantes; Realizar campanhas preventivas de HIV com enfoque a realização do teste rápido anti-HIV e ao compartilhamento de



									informações. Garantir a efetivação dos protocolos médicos para parto em mulheres soropositivas para HIV; Assegurar ao RN o acesso ao protocolo de negatificação em puérperas soropositivas para HIV; Notificar todas as gestantes infectadas pelo HIV.
10	U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Meta atingida. não	Ausência de constância no pagamento do laboratório de análise.	100%	100%	100%	100%	Preservar a equipe de alimentação do VIGIÁGUA e ofertar capacitação para os mesmos por meio do ERS; Ofertar por meio das análises uma água com qualidade à toda população; Garantir o pagamento do laboratório de referência em tempo oportuno.
20	U	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	Meta atingida.	-	100%	100%	100%	100%	Garantir a manutenção das ações: Vistorias técnicas realizadas nos estabelecimentos e disponibilização em tempo



									oportuno as expedições de Alvarás. Realização das ações previstas no Plano de trabalho elaborado pela equipe da Vigilância Sanitária.
22	U	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Meta não atingida. Necessidade de se intensificar as ações para que fortaleça os registros de visitas e a educação em saúde da população de Alto Garças.	Insuficiência de Recursos Humanos, materiais, insumos e veículos.	6	6	6	6	Realizar mapeamento de risco conjuntamente com as Unidades Básicas de Saúde e realizar ações sistemáticas à pontos estratégicos; Fortalecer a importância dos registros das visitas e o acompanhamento da Coord. Vig. Ambiental. Dar ênfase as ações de educação em saúde para toda a população quanto ao manejo do lixo e criadouros de mosquitos nas residenciais e em especial no Programa Saúde na Escola.
23	U	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Meta atingida.	-	100%	100%	100%	100%	Manter as ações de: Fomentar sobre a importância da CIPA nos estabelecimentos com os



									empregadores respeitando a legislação vigente para a formação da mesma. Prover ações de Educação em Saúde elencando temas prioritários em agravos de saúde do trabalho. Fortalecer as ações de Educação Permanente para os servidores Municipais, segundo previsto no PAMEPS.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



12. Planejamento geral

Módulo Operacional I: Capacidade de gestão do SUS municipal.				
Objetivo Geral: Fortalecer a capacidade de gestão do SUS municipal.				
Linha de ação 1: Condução política do SUS municipal.				
Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Consolidar a articulação interinstitucional e intra-institucional da SMS.	1. Participação proativa nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão Regional (CGR).	Secretário M. Saúde ou representante	Nº. de instâncias de gestão em funcionamento.	12 reuniões por ano
	2. Articulação intersetorial da SMS com demais Secretarias da Prefeitura, através da participação em comitês sobre problemas específicos (violências, saúde ambiental, Saúde nas escolas, controle da dengue, etc.)	Secretário M. Saúde e Representante do Setor de Planejamento	Atas de reuniões.	1 comitê por tema específico.
	3. Articulação interinstitucional da SMS com outros órgãos governamentais (Ministério Público, Câmara de Vereadores, Tribunal de Contas, etc.)	Secretário M. Saúde e Representante do Setor de Planejamento	Atas de reuniões.	2 reuniões por seguimento.
Reorganizar o modelo de atenção do SUS municipal de acordo com a proposta do PMS.	4. Reorganização da rede de serviços de saúde em cada unidade, de acordo com o modelo de atenção e de organização de serviços definidos neste Plano.	Secretário M. Saúde e Representante do Setor de Planejamento	Índice de alimentação regular das bases de dados do CNES.	100% Anual
Fortalecer a gestão do SUS Municipal de acordo com os princípios de descentralização,	5. Reorganização da estrutura administrativa da SMS, através de organograma.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento	Lei de reestruturação da SMS aprovada pela câmara de vereadores. Aprovação do PMS pelo CMS.	Reorganizar o organograma em 2.018





regionalização e participação social.	6. Implementação de modalidade de gestão que privilegiem a gestão pública dos serviços de saúde.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e CMS.	Modalidades de gestão Implementadas. Lei de criação do cargo aprovada pela câmara de vereadores.	Plano aprovado em 2018
	7. Criação da carreira de coordenadores de unidades de saúde.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e CMS.	Lei de criação das carreiras aprovada pela câmara de vereadores.	Cargos criados 2.018

Linha de ação 2: Gestão estratégica e participativa

Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Contribuir para a educação permanente dos conselheiros de saúde para exercício do controle social do SUS municipal.	8. Elaboração e implementação de um plano/programa de educação permanente para o exercício do controle social dos conselheiros de saúde.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento, CMS e Representante do Setor de Educação em Saúde.	% de conselheiros locais capacitados.	90%
	9. Promoção de eventos /fóruns entre os órgãos de controle interno e externo (Promotoria Pública, Ministério Público, Ouvidoria, CMS, planejamento e gestão).	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento, CMS e Representante do Setor de Educação em Saúde.	Nº. de eventos realizados.	2 eventos por ano.
	10. Organização, divulgação e realização de Conferências Municipais de Saúde.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento, CMS e Representante do Setor de	Nº. de conferências realizadas. Relatório de atividades de assessoramento.	De acordo com o calendário estadual.



		Educação em Saúde.		
	11. Intensificação do assessoramento às unidades de saúde.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento, CMS e Representante do Setor de Educação em Saúde.	Nº. de ações realizadas. % de respostas resolvidas em tempo hábil.	1 visita mensal a cada unidade.
	12. Implementação das ações de educação popular em saúde buscando uma maior aproximação entre movimentos de educação popular e os profissionais da SMS.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento, CMS e Representante do Setor de Educação em Saúde.	Nº. de ações realizadas.	4 ações por ano.
	13. Apoio na estruturação do Conselho Municipal de Saúde através do suporte técnico e orçamentário.	Secretário M. Saúde e Prefeito.	% de atividades desenvolvidas.	Mínimo de 12 reuniões ordinárias.
Ampliar e implementar os canais de comunicação da SMS com a população, profissionais de saúde, trabalhadores e a mídia/imprensa.	14. Implementação das atribuições da Ouvidoria Municipal de Saúde.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento, CMS, Coordenadores e Ouvidor.	Ouvidoria em pleno funcionamento. % de respostas à sociedade dentro do prazo preconizado.	Ampliar em 20% a resolutividade da Ouvidoria frente as demandas.
Ampliar e implementar os canais de comunicação da SMS com a população, profissionais de saúde, trabalhadores e a	15. Utilização de veículos de comunicação em massa (intranet, internet, jornal da saúde, etc.) para divulgação das ações e intensificação do processo de comunicação social em saúde da SMS.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Setor de Educação em Saúde.	Nº. total de matérias (assuntos) reproduzidas pela mídia/ nº. total de matérias produzidas pela SMS*100.	Divulgação de 100% dos temas prioritários de saúde definidos



mídia/imprensa.	16. Implementação de atividades de produção gráfica da SMS.			no calendário municipal de saúde.
	17. Articulação da SMS com a mídia.			
	18. Ampliar e implementar os canais de comunicação da SMS com a população, profissionais de saúde, trabalhadores e a mídia/imprensa.			
	19. Implantação de novas tecnologias (clipagem eletrônica) para estabelecimento de agenda positiva com a imprensa.			

Linha de ação 3: Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde

Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Reestruturar a tecnologia de informação e comunicação - TIC em saúde no SUS municipal.	20. Implantação e Implementação do processo de informatização em todas as unidades de saúde da SMS.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Setor de Educação em Saúde.	% de unidades de saúde com estrutura de informatização implantada.	100% de informatização das unidades.
	21. Identificação de todos os usuários através do cartão SUS para acesso aos serviços de saúde do SUS.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento, Setor de Educação em Saúde e Setor de Informática.	% de usuários com cartão SUS.	100% de usuários com cartão SUS.
Reestruturar a tecnologia de informação e comunicação -	22. Automação dos processos administrativos e assistenciais de saúde.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de	Sistemas Implantados.	100% de processos



TIC em saúde no SUS municipal.		Planejamento e Controle e Avaliação.		automatizados.
	23. Integração, compatibilização e descentralização dos sistemas de informação em saúde.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	Sistemas em rede.	100% de sistemas integrados.
Linha de ação 4: Gerenciamento dos Sistemas de informações em Saúde				
Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018-2021
Aprimorar os processos de gestão dos sistemas de informações de saúde no município de Jaciara.	24. Elaboração do manual de normas rotinas e procedimentos da coordenação de gerenciamento de informações em saúde do município de Jaciara.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	Manual de normas e rotinas elaborado.	1 Manual Integrado e manuais setorizados.
	25. Alimentação regular e sistemática dos bancos de dados dos sistemas de informações de saúde municipal, estadual e nacional.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	Índice de alimentação regular das bases de dados dos sistemas oficiais.	100% de informações nos sistemas.
	26. Fomento a adequada alimentação dos bancos de dados dos sistemas de saúde para melhoria da qualidade da informação.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de óbitos por DNC registrados no SIM e localizados no SINAN.	100% de informações nos sistemas.



	27. Monitoramento e avaliação dos sistemas de informações de saúde.	Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de óbitos de Mulheres em Idade fértil, infantil e fetal registrados no SIM e investigados.	80% de informações alimentadas oportunamente e concisas.
--	---	---	--	--

Linha de ação 5: Fortalecimento do Controle interno da SMS

Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Contribuir para que os setores da SMS executem suas atividades conforme determina o Regimento Interno da SMS, o Código Sanitário do Município e as normas do SUS.	28. Controle dos processos administrativos que originam a celebração de contratos e convênios durante a sua tramitação.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de processos monitorados e de acordo com os princípios e normas que regem a administração pública;	80%
Contribuir para que os contratos e convênios sejam celebrados fielmente de acordo com os princípios e normas que regem a administração pública.	29. Monitoramento e controle dos contratos e convênios celebrados pela SMS.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de convênios monitorados celebrados fielmente de acordo com os princípios e normas que regem a administração pública;	70%
Favorecer a implementação de mecanismos para diminuir as irregularidades no SUS municipal.	30. Apuração de denúncias relacionadas ao SUS.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de denúncias apuradas.	100%



Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência em todas as áreas e programas de atenção à saúde.	31. Realização de monitoramento nos Programas de Saúde (PACS/PSF; Hiperdia, Programa de Controle da Tuberculose, Saúde Bucal, Assistência Farmacêutica, Programa de Controle da Dengue, etc).	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de indicadores pactuados e não alcançados avaliados; Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados; Razão entre exames citopatológicos do colo de útero na faixa etária de 25-59 anos e a pop. Alvo/determ. local e ano; Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue.	100% de indicadores do SISPACTO monitorados.
	32. Realização de monitoramento nas áreas de atenção à saúde (saúde da mulher, criança, idoso, saúde mental, urgência e emergência).	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de investigação de óbitos infantis; % da pop. Cadastrada pela estratégia saúde da família; Taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações; Taxa de internação por AVC; Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por ACS; Nº. de atendimentos a Urgência e Emergência	100% de indicadores do SISPACTO monitorados.

Linha de ação 6: Regulação, controle e avaliação da oferta de serviços de média e alta complexidade

Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
---------------------	------------	--------------------------------------	--	-----------------------





Implementar o sistema de regulação, controle e avaliação municipal.	33. Reorganização da oferta de serviços (consultas e procedimentos) de média e alta complexidade de acordo com a Programação e disponibilidade financeira.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de procedimentos de média e alta complexidade realizados de acordo com a PPI;	100%
	34. Implementação da avaliação dos estabelecimentos credenciados, através da fiscalização sanitária.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de estabelecimentos credenciados e fiscalizados.	1 visita /ano
	35. Monitoramento da Programação Pactuada Integrada	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de reuniões de monitoramento.	4 reuniões/ano
	36. Realização do controle do acesso dos usuários municipais.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de usuários com cartão municipal.	50% de usuários com cartão.
	37. Elaboração, adequação e adoção protocolos clínicos para regulação dos acessos.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de protocolos implantados.	100% de protocolos implantados
	38. Adequação de Fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes na rede assistencial através da criação de protocolos.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e	% de fluxos implantados.	100% de fluxos de acordo com as diretrizes.



		Avaliação.		
	39. Descentralização das ações de agendamento de procedimento para as Unidades de Saúde.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de unidades com sistema de agendamento em funcionamento.	30% de unidades com agendamento implantado.
Linha de ação 7: Planejamento Municipal de Saúde				
Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Institucionalizar o processo de planejamento da Secretaria Municipal de saúde.	40. Articulação do processo de planejamento da SMS com a secretaria de planejamento da Prefeitura Municipal de Jaciara.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de Relatórios de atividades do setor de planejamento.	4 reuniões do PDI
	41. Implementação do planejamento na SMS de forma ascendente, participativa e proativa.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	Monitoramento trimestral do Plano Municipal de Saúde realizado.	4 reuniões de monitoramento.
	42. Implantação e implementação do monitoramento e avaliação na SMS.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de Relatórios de atividades do setor Controle e Avaliação.	



	43. Acompanhamento dos indicadores e metas do Plano Municipal de Saúde 2018-2021.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Controle e Avaliação.	% de Relatórios de atividades de acompanhamento.	4 reuniões de avaliação.
--	---	---	--	--------------------------

Linha de ação 8: Gerenciamento dos recursos financeiros e orçamentários

Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Promover autonomia da SMS em gerenciar o Fundo Municipal de Saúde.	44. Articulação intersetorial do gestor do FMS com o executivo municipal a fim de entendimento da proposta de gerenciamento financeiro do SUS.	Secretário M. Saúde, Representante do Setor de Planejamento e Conselho Municipal de Saúde.	Implantação do Setor de contabilidade em funcionamento junto com o setor de controle e avaliação da secretaria municipal de saúde.	Setor de contabilidade descentralizado.
Fortalecer o acompanhamento orçamentário e financeiro das ações e serviços de saúde.	45. Criação de instrumentos de controle e acompanhamento financeiro e orçamentário da SMS.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Conselho Municipal de Saúde e Setor de controle e avaliação	Nº. de relatórios do SIOPS elaborados.	Setor de contabilidade descentralizado.

Linha de ação 9: Gerenciamento de Recursos Materiais

Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Organizar a infraestrutura da SMS.	46. Melhoria e readequação das instalações físicas das Unidades de Saúde, incluindo USFs e Saúde Bucal, Setor de Reabilitação, Hospital e a farmácia básica.	Secretário M. Saúde e Setor de Planejamento	Nº. de unidades reformadas	Conforme plano de ação



47. Aquisição, manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos das unidades de saúde. (USFs, Saúde Bucal, CIAAS, Hospital, SAMU, Reabilitação).	Secretário M. Saúde e Setor de Planejamento	Nº. de equipamentos adquiridos e manutenções executadas	Conforme Plano de Ação
48. Construção de 03 Unidades de Saúde da família de acordo com as normas da Vigilância Sanitária.	Secretário M. Saúde e Setor de Planejamento	Nº. de unidades construídas	03 unidades construídas
49. Construção de escovódromo no PSF 04.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Coord. Saúde Bucal	Escovódromo construído	01 unidade construída
50. Implementação de Sala de TSB nas unidades 6; 3 e 8.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Coord. Saúde Bucal	Salas de TSB em funcionamento.	03 unidades implementadas
51. Garantia de manutenção preventiva e corretiva de veículos da SMS.	Secretário M. Saúde e Setor de Planejamento	Nº. de manutenções executadas	De acordo com Plano
52. Aquisição de veículos para atender as Vigilâncias e Atenção Básica.	Secretário M. Saúde e Setor de Planejamento	Nº. de veículos adquiridos	2 Veículos adquiridos
53. Elaboração de manual com especificação de equipamentos da SMS para melhorar a qualidade dos materiais.	Secretário M. Saúde e Setor de Planejamento	Manual elaborado	1 Manual
54. Elaboração e divulgação dos fluxos de administrativos da SMS.	Secretário M. Saúde e Setor de Planejamento	Fluxogramas elaborados e divulgados	De acordo com Plano de Ação
55. Aquisição e manutenção de insumos nas unidades.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, Setor de Controle e Avaliação e Setor de Compras	Materiais adquiridos	De acordo com a demanda mensal



	56. Confeção de material permanente e educativo.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Setor de Compras	Materiais adquiridos	De acordo com a demanda mensal
Linha de ação 10: Gestão do trabalho e educação permanente em saúde				
Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Implantar a política de gestão com pessoas da SMS.	57. Elaboração da política de gestão com pessoas.	Secretário M. Saúde, Setor de Planej. e Setor Ed. em Saúde	Política de gestão de pessoas elaborada.	Lei implementada.
	58. Definição e ampliação do quadro pessoal em função das necessidades de ações e serviços de saúde.	Secretário M. Saúde e Setor de Planejamento	Estimativa do n°. de profissionais por unidade.	Concurso realizado.
	59. Criação de novos cargos para atender a necessidade de ações e serviços de saúde.	Secretário M. Saúde, Setor de Plan., Asses. Jurídica e Prefeito	Lei de criação dos novos cargos. Concurso público realizado.	Lei aprovada.
	60. Implementação da Política de Humanização da Atenção e Gestão no SUS Municipal.	Secretário M. Saúde e Setor de Planejamento	Nº de GTHs implantados nas Unidades.	GTHs em funcionamento.
	61. Implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários, PCCS, de acordo com a política de humanização.	Secretário M. Saúde, Setor de Planej., Comissão/PCCS, Asses. Jurídica e Prefeito Municipal	Plano de Cargos, Carreiras e Salários aprovado pela Câmara de vereadores e sancionado pelo chefe do executivo. Folha de pagamento comprovando o pagamento do incentivo.	Lei atualizada e implementada.
	62. Estabelecimento de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores.	Secretário M. Saúde, Setor de Planej. e Setor de Ed.	Nº. de reuniões da mesa de negociação.	Mesa de negociação



		em Saúde		implantada.
	63. Implementação adicional de insalubridade para todos os trabalhadores mediante estudo realizado.	Secretário M. Saúde, Setor de Planej. e Setor de Ed. em Saúde	Nº. de inspeções com emissão de laudo realizadas nos setores	Laudo Implantado.
	64. Substituição dos vínculos precários de trabalho por concursados.	Secretário M. Saúde e Prefeito Municipal	Nomeação de profissionais concursados.	Concurso efetivado.
	65. Efetivação do Programa de Valorização do trabalhador da SMS.	Secretário M. Saúde, Setor de Planej. e Setor de Ed. em Saúde.	Programa de Valorização do Trabalhador elaborado.	Programa implementado.
	66. Implantação do Centro de Formação e Educação para todos Trabalhadores do SUS-municipal.	Saúde, Setor de Planejamento e Setor de Educação em Saúde	Nº. de capacitações realizadas no ano.	Centro de Formação e Educ. para os Trabalhadores do SUS implantado e ações implementadas.
	67. Qualificação permanente dos trabalhadores do SUS contemplando todas as áreas do SUS-munic.	Saúde, Setor de Planejamento e Setor de Educação em Saúde	Questionário de satisfação do servidor.	De acordo com o PMEPS.
	68. Participação integral dos trabalhadores do SUS nos eventos da saúde mediante convocação.	Saúde, Setor de Planejamento e Setor de Educação em Saúde	% de servidores qualificados.	01 qualificação.
	69. Implantação do Programa para atendimento dos trabalhadores do SUS na área médica e odontológica.	Saúde, Setor de Planejamento e Setor de	% de servidores atendidos.	15% de servidores atendidos.



		Educação em Saúde		
	70. Implementação das ações de integração ensino-serviço do SUS municipal.	Saúde, Setor de Planejamento e Setor de Educação em Saúde	Termo de compromisso e Relatório da atividade realizada.	De acordo com o PMEPS.
	71. Criação e implementação de instrumentos de avaliação de processos educativos no serviço.	Saúde, Setor de Planejamento e Setor de Educação em Saúde	Questionário de satisfação do servidor.	1 avaliação por servidor.
	72. Elaboração e implementação do Plano de Desenvolvimento de Pessoas da SMS contemplando todas as áreas.	Saúde, Setor de Planejamento e Setor de Educação em Saúde	Plano de Desenvolvimento de Pessoas elaborado.	Plano implementado.



Módulo Operacional II: Atenção Básica à Saúde

Objetivo Geral: Expandir e consolidar o modelo de atenção em saúde que preconize a atenção básica como porta de entrada no município, tendo como estratégia a saúde da família, desenvolvendo ações integrais em consonância com os eixos prioritários do pacto pela Saúde.

Linha de ação 11: Fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família.

Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Adequação dos serviços básicos de saúde considerando a política de humanização do SUS.	73. Reorganização dos serviços básicos pelas Equipes de Saúde da Família de acordo com as prioridades definidas e os indicadores de saúde local.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, Educação em Saúde e Coordenadoria de PSF's.	% de indicadores atingidos.	70% de indicadores atingidos.
	74. Implementação das atividades do NASF de acordo com prioridades definidas.	Secretário M. Saúde, Setor de Planej., Educação em Saúde, Coordenadoria de PSF's e NASF.	% de atividades realizadas pelo NASF.	100% de atividades planejadas.

Linha de ação 12: Atenção à Saúde nos Eixos Transversais

Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
---------------------	------------	--------------------------------------	--	-----------------------



Consolidar a atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.	75. Melhoria e ampliação do acesso da população ao tratamento odontológico na rede de atenção odontológica.	Secretário M., Saúde, Setor de Planej., Educação em Saúde, Coord. de PSF's e Coord. de Saúde Bucal.	Consolidar a atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.	75. Melhoria e ampliação do acesso da população ao tratamento odontológico na rede de atenção odontológica.
Consolidar a atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.	75. Melhoria e ampliação do acesso da população ao tratamento odontológico na rede de atenção odontológica.	Secretário M., Saúde, Setor de Planej., Educação em Saúde, Coord. de PSF's e Coord. de Saúde Bucal.	Cobertura da primeira consulta odontológica; Levantamento epidemiológico realizado; Média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada. Unidades Ampliadas.	De acordo com as metas planejadas (SISPACTO) e Planejamento Anual
	76. Organização da rede de referência e contra-referência odontológica no município.			
	77. Ampliação de Equipes de Saúde Bucal de acordo módulo II.			
	78. Realização de levantamento epidemiológico de saúde bucal para direcionamento das ações e serviços de saúde.			
	79. Desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde bucal.			



Implementar a política de alimentação e nutrição nos diversos níveis de atenção à saúde.	80. Implantação e implementação das ações de prevenção e promoção da alimentação saudável.	Secretário M. Saúde, Setor de Planej., ESFs, NASF, Educação em Saúde.	% de crianças menores de 5 anos com baixo peso. % de famílias beneficiárias do programa bolsa família.	100% de atendimento planejado.
	81. Atendimento e acompanhamento aos portadores de distúrbio nutricionais e metabólicos.	Secretário M. Saúde, Setor de Planej., ESFs, NASF, Educação em Saúde.	% de portadores de distúrbios nutricionais atendidos.	100% de atendimento planejado.
Linha de ação 13: Atenção básica com ênfase nos Programas Estratégicos				
Objetivo Específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Ampliar o acesso aos cuidados de redução de danos na rede própria do município com ênfase ao uso abusivo de álcool e outras drogas.	82. Implantação e implementação de ações de Redução de Danos nas USFs em articulação com instituições governamentais e não governamentais.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, NASF, ESF, CAPS.	Percentual de atendimento na ESF e CAPS.	1 evento por unidade bimestralmente
	83. Implantação da rede de atenção ao usuário de álcool, e outras drogas (Substâncias Psicoativo Ativas) nas ESFs.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, NASF, ESF, CAPS.	Rede estabelecida.	Fluxograma e processos em funcionamento.
Garantir o atendimento integral às pessoas com deficiência na rede	84. Organização da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento.	Fluxo implantado.	Fluxograma e processos em funcionamento.



Municipal.	85. Garantia do acesso a órtese e prótese de acordo com a demanda local.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento.	% de usuários beneficiados com órtese e prótese.	30% das próteses solicitadas entregues.
	86. Definição e acompanhamento da readequação física das unidades de saúde para garantia do acesso das pessoas com deficiência.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento.	% de unidades com estrutura física adequada para a pessoa com deficiência física.	De acordo com o planejado via SISMOB/FNS.
Ampliar e qualificar o cuidado às pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus.	87. Implementação do Programa de Hipertensão e Diabetes no município, com ênfase no grupo de mais de 20 anos e no perfil étnico populacional.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, USFs, Hospital e NASF.	% de hipertensos cadastrados no e-SUS. % de diabéticos cadastrados no e-SUS. Taxa de internação por diabetes mellitus. Taxa de internação por acidente vascular cerebral.	De acordo com as metas planejadas (SISPACTO) e Planejamento Anual
Linha de ação 14: Atenção Integral por Ciclos de Vida				
Objetivo Específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Implementar a atenção à saúde da criança, com enfoque na redução da morbi-mortalidade por doenças e agravos	88. Implementar o atendimento ao Recém Nascido (RN) e as crianças de 1 < 9 anos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS/ESF).	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, USFs e NASF.	% de internações por doenças infecciosas intestinais em menores de 5 anos;	De acordo com as metas planejadas (SISPACTO) e Planejamento Anual
	89. Implementar o Programa de Triagem Neonatal		Taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de 5	



prevalentes e na garantia das ações de proteção e promoção da saúde.	90. Implantar e Implementar ações para o atendimento a saúde ocular da criança.		anos; Taxa de mortalidade em menores de 5 anos; % de consultas médicas realizada em menores de 1 ano, entre 1 e 2 anos e de 2- 10 anos. % de consultas de enfermagem realizada em menores de 1 ano, entre 1 e 2 anos e de 2- 10 anos. % de cobertura da triagem neonatal. % de consultas de oftalmologia das crianças de 4 e 7 anos. % de UBS certificadas de acordo com a política de aleitamento materno.	
	91. Implementar a Política de Aleitamento Materno, com enfoque na estratégia Rede Amamenta Brasil.			
Implementar a política de atenção integral a Saúde do adolescente na rede municipal.	92. Implementação das ações do Programa de Saúde do Adolescente nas USFs.	Secretário M. Saúde, Setor de Planej., USFs e NASF.	% de USF atendendo de acordo com o PROSAD. % de consultas médicas na faixa etária de 10 a 20 anos.	70% de usuários atendidos nos programas.
	93. Ampliação do acesso dos adolescentes nos serviços de saúde de forma organizada.			
	94. Implementar ações de direito sexual e reprodutivo para adolescentes nas USFs.			



Promover o atendimento integral à saúde da mulher, com enfoque na resolução dos problemas prioritários, através de medidas para ampliação e melhoria da qualidade das ações realizadas na rede SUS e serviços complementares.	95. Desenvolver ações para atenção clínico ginecológica no cuidado a mulher com ênfase na detecção precoce do câncer de colo de útero e mama.	Secretário M. Saúde, Setor de Planej., USFs, NASF e CIAAS.	Razão entre exames cito patológicos do colo de útero na faixa etária de 25-59 anos. % pacientes realizando tratamento e informado as unidades sobre o diagnóstico de lesão intra-epiteliais de alto grau do colo de útero. Taxa de mortalidade materna. % de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Taxa de parto cesáreo; % de RN com baixo peso ao nascer. Razão de mamografias realizadas nas mulheres de 50-69 anos na pop. Feminina.	De acordo com as metas planejadas (SISPACTO), PPI e Planejamento Anual
	96. Ampliação do acesso a Unidade de Saúde da Mulher.			
	97. Implementação da atenção, parto e puerpério, qualificada e humanizada em consonância com a PHPN.			
	98. Implementação da atenção à saúde da mulher no climatério.			
Implementação da Política de Atenção Integral à saúde do Homem, priorizando a atenção básica como porta de entrada.	99. Implementação dos direitos sexuais e reprodutivos na rede.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, USFs, NASF e CIAAS.	Nº. de cirurgias prostatectomia supra púbica realizadas. Nº. de biopsias trans-retal realizadas.	De acordo com as metas planejadas (SISPACTO), PPI e Planejamento Anual
	100. Organização e ampliação da rede de serviços em atenção à saúde do homem com ênfase na prevenção e detecção precoce do câncer de próstata e pênis.			
	101. Ampliação da captação do homem na atenção básica.			



Consolidar a política municipal de atenção ao idoso.	102. Implementar as ações de atenção ao idoso na garantia de acesso aos serviços de qualidade.		Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur. Rede de atenção ao idoso implantada.	70% de usuários atendidos nos programas.
	103. Organizar e ampliar a rede assistencial de atenção integral à saúde do idoso por USF.			
Módulo Operacional III: Promoção da Saúde.				
Objetivo Geral: Desenvolver ações de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população, com ênfase na comunicação e educação em saúde.				
Linha de ação 15: Promoção e Qualidade de Vida.				
Promoção e Qualidade de Vida.	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018-2021
Promover articulações intersetoriais para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida da população,	104. Construção de mapas temáticos de ONGs e grupos organizados, escolas, creches e órgãos públicos localizados nos bairros envolvidos com saúde e qualidade de vida para a realização de parcerias.	Secretário M. Saúde, CMS e Planejamento.	Nº. de mapas temáticos construídos.	100% de mapas construídos.
considerando: determinantes e riscos.	105. Promover atividades físicas nos PSFs com destaque para idosos, adultos, jovens e adolescentes, em articulação com outras Secretarias.	Secretário M. Saúde, NASF e Planejamento.	% de PSFs que desenvolvem ações de Atividade Física.	100% de unidades de saúde com programa medida certa implantados.



106. Desenvolvimento de ações interinstitucionais para promoção da qualidade de vida com ênfase do combate a violência e redução de danos.	Secretário M. Saúde, NASF, CMS e Planejamento.	Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos, atividades nutricionais e psicológicas. Prevalência de tabagismo em adultos.	100% de unidades de saúde com programa da academia da saúde implantados.
107. Articulação intersetorial com órgãos estadual e municipal, responsáveis por ações de saneamento ambiental (coleta de resíduos sólidos, abastecimento de água, melhoria sanitárias domiciliares etc.), ordenamento do solo, urbanização e proteção ambiental.	Secretário M. Saúde, CMS e Planejamento.	Inclusão da saúde nas ações do Plano Municipal de Saneamento Básico.	100% de participação nas ações planejadas.
108. Ampliação das ações do programa de controle do tabagismo nos bairros, inclusive nos ambientes fechados de uso público e privado.	Secretário M. Saúde, NASF, CMS e Planejamento.	% de usuários atendidos pelo programa do tabagismo.	100% de unidades de saúde com grupos de antitabagismo.
109. Implementação a estratégia Escolas Promotoras da Saúde através do Programa Saúde na Escola (PSE) e em Creches da Rede Própria e filantrópica.	Secretário M. Saúde, NASF, e Planejamento.	% de estudantes atendidos pelo PSE.	100% de unidades de saúde, escolas e creches participantes do PSE.



Módulo Operacional IV: Vigilância em Saúde				
Objetivo Geral: Desenvolver ações de vigilância em saúde e melhoria da qualidade de vida da população, com ênfase na redução de doenças transmissíveis e educação em saúde.				
Linha de ação 16: Vigilância em Saúde.				
Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito municipal.	110. Implantação do Plano de Integração das Vigilâncias com a atenção básica na perspectiva da Vigilância à Saúde.	Secretário M. Saúde e Setor de Planej.	Atas de reuniões e Plano aprovado.	Plano implementado.
	111. Revisão e regulamentação do Código Municipal de Saúde de Jaciara.		Lei Aprovada pela Câmara de vereadores e homologada pelo prefeito municipal.	
Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito municipal.	112. Implementação das ações pactuadas no SISPACTO/ PAVS.	Secretário M. Saúde e Setor de Planej. e Asses. Jurídica da Prefeitura	% de cumprimento da PAVS pelas Vigilâncias.	100% de metas atingidas no SISPACTO/PAVS.
	113. Implementação de ações de Vigilância em Saúde Ambiental.	Secretário M. Saúde e Setor de Planej.	% de cumprimento das ações de Vigilância Ambiental.	100% de metas atingidas no SISPACTO/PAVS.
	114. Criação da Coordenadoria de Vigilância em Saúde.	Secretário M. Saúde, Setor de Planej. e Assessoria Jurídica da Prefeitura	Lei de criação do cargo aprovada pela câmara de vereadores.	Coordenadoria implantada.



Implementar ações de Vigilância em Saúde Ambiental como componente da Vigilância em Saúde.	115. Implantação e implementação das ações do Plano Municipal de Redução da Mortalidade materna e infantil.	Secretário M. Saúde, Setor de Planej. e VIGEP.	Taxa de mortalidade Infantil. Taxa de mortalidade infantil neonatal. Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal.	Plano aprovado.
	116. Investigação de óbitos mal definidos.	Secretário M. Saúde, Setor de Planej. e VIGEP.	Proporção de óbitos não fetais com causa básica mal definidos investigados.	100% de óbitos investigados.
	117. Fortalecimento da capacidade de resposta da Vigilância Epidemiológica às doenças emergentes e endêmicas (dengue, hepatite, Aids, tuberculose, meningite...).	Secretário M. Saúde, Setor de Planej. e VIGEP.	% de casos de DNC Encerrados oportunamente após notificação.	100% de casos encerrados.
	118. Vigilância da qualidade da água para consumo humano.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Vigilância Sanitária.	% de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente aos parâmetros coliformes totais.	100% de análises realizadas.
Contribuir para prevenção e controle das doenças crônicas	119. Monitoramento do perfil epidemiológico da morbimortalidade das DANTS.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Vigilância Epidemiológica.	% Reuniões para monitoramento.	4 reuniões de monitoramento.



e agravos não transmissíveis (DANTS).	120. Implementação da vigilância epidemiológica das violências com ênfase na vigilância e controle da violência doméstica em mulheres, crianças, adolescentes e idosos.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, Vigilância em Saúde, NASF e ESFs	Elaboração de proposta de intervenção para a prevenção da violência.	Plano de intervenção elaborado e em funcionamento.
Prevenir e Controlar as doenças e agravos transmissíveis.	121. Intensificação das ações de controle do Programa da Tuberculose.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Vigilância Epidemiológica.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Conforme SISPACTO e normativas vigentes.
	122. Reestruturação do programa de hanseníase inclusive com estratégias para fortalecer a adesão do usuário ao programa, visando à eliminação da Hanseníase em Jaciara.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Vigilância Epidemiológica.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. Taxa de detecção de hanseníase em menores de 15 anos. Nº de casos de hanseníase na forma multibacilar.	
	123. Implementação de ações de prevenção, detecção precoce e tratamento de pessoas com DST/AIDS.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Vigilância Epidemiológica.	Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade.	
	124. Intensificação ações de diagnóstico e assistência a gestantes com sífilis e HIV positivo.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Vigilância Epidemiológica e Laboratório.	Incidência de sífilis Congênita.	
	125. Implementação de ações de vigilância e controle a Hepatite na rede básica.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Vigilância Epidemiológica e Laboratório	Proporção de casos de hepatite B confirmados por sorologia.	



126. Elaboração do Programa Municipal de Controle da Dengue.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, ESF e Vigilância em Saúde.	Taxa de letalidade das formas graves de dengue.
127. Fortalecimento das ações do Programa de Controle da Dengue, respeitando a realidade de cada Unidade de Saúde.		Índice de infestação predial por bairros. Atualização do Plano de Contingência contra dengue;
128. Implementação/intensificação de ações de vigilância e controle das zoonoses com ênfase, leishmaniose, doença de chagas.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, ESF e Vigilância em Saúde.	Incidência de zoonoses.
129. Consolidação das ações do Programa de Vigilância e Controle da Raiva Animal.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Vigilância em Saúde.	Cobertura antirrábica vacinal da população animal.
130. Manutenção da oferta regular dos imunobiológicos nas unidades públicas de saúde conforme o calendário do programa nacional/ estadual.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Vigilância Epidemiológica.	Cobertura vacinal da tetravalente em crianças menores de 1 ano, coberturas das campanhas.
131. Realização das campanhas de vacinação e das ações de rotina com garantia de logística/ insumos de acordo com o calendário do Programa Nacional de Imunização (SISPNI).		% da cobertura vacinal tríplice viral em menores de um ano.
132. Monitoramento da cobertura vacinal, com ênfase na prevenção e controle das doenças imunopreveníveis com ênfase no sarampo, pólio, tétano neonatal e acidental e rubéola.		% de eventos adversos da vacina investigados.



	133. Investigação dos casos de eventos adversos pós-vacinação.			
	134. Monitoramento da circulação de enterovirus visando à manutenção da erradicação da poliomielite.	Secretário M. Saúde e Vigilância Epidemiológica.		
Linha de Ação 17: Saúde do Trabalhador				
Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Assegurar a atenção integral à saúde do trabalhador, desenvolvendo ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação.	135. Elaboração e implantação Política Municipal de Saúde do Trabalhador (ST) através da articulação e fortalecimento das relações intra e intersetoriais	Secretário M. Saúde, Setor de Planej. e Vigilância em Saúde, ESF e Hospital.	Nº. de notificações dos agravos à saúde do trabalhador constantes da portaria GM/MS nº. 777/04. Nº. de unidades sentinelas de acidente e doença do trabalho em funcionamento. Comissão institucionalizada. Ambulatório implantado.	Política Municipal de Saúde do trabalhador elaborada.
	136. Implementação das ações de Vigilância da Saúde do Trabalhador – VISAT/CEREST no âmbito do município de Jaciara.			
	137. Institucionalização da Comissão de Saúde do Trabalhador Municipal – CST.			
	138. Implantação do ambulatório do VISAT/CEREST enquanto serviço de referência para diagnósticos das doenças relacionadas ao trabalho.			



	139. Realização de capacitação para implementação da rede sentinela em Saúde do trabalhador.			
	140. Ampliação da identificação e notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho a partir da rede de serviços sentinela.			
Contribuir para a Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Trabalhador Adolescente em Jaciara.	141. Implementação de ações de proteção aos Adolescentes Economicamente Ativos” no âmbito do SUS municipal.		Nº. de oficinas com a rede básica para Sensibilização dos profissionais de saúde quanto à consequências do Trab. Infantil e para levantar suspeita de TI nos atendimentos de crianças.	01 oficina realizadas.
	142. Desenvolvimento de ações intersetoriais que visem afastar do ambiente de trabalho crianças ou adolescentes em situações consideradas ilegais e/ou de risco, implementando a rede social de apoio àqueles em situação de vulnerabilidade social.			



Módulo Operacional V: Assistência Farmacêutica				
Objetivo Geral: Organizar as ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões				
Linha de ação 18: Uso racional de medicamentos				
Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018-2021
Fortalecer a assistência farmacêutica de forma integral garantindo qualidade, promoção do acesso e uso racional dos medicamentos pela população, regulação do mercado e otimização de aquisição e distribuição dos medicamentos.	143. Formulação e implementação da política de assistência farmacêutica do município.	Secretário M., Saúde, Setor de Planej., Coord. de PSF's e Coord. de Saúde Bucal; Setor de Educação em Saúde, NASF e Assistência Farmacêutica.	Farmácia básica adequada de acordo com legislação sanitária.	Política implementada.
	144. Realização de campanhas educativas para usuários de medicamentos visando a promoção do uso racional de medicamentos inclusive os medicamentos genéricos.	Secretário M., Saúde, Setor de Planej., Coord. de PSF's e Coord. de Saúde Bucal; Setor de Educação em Saúde, NASF e Assistência Farmacêutica.	Nº. de campanhas educativas realizadas. Nº. de protocolos clínicos criados. % de medicamentos com data de validade vencida.	Conforme SISPACTO e normativas vigentes.
	145. Implantação da Central de Abastecimento Farmacêutico;	Secretário M., Saúde, Setor de Planej. e Assistência Farmacêutica.	% de abastecimento.	Central implantada.



146. Garantia da oferta regular de medicamentos essenciais do elenco da farmácia básica, unidades de pronto atendimento e dos programas estratégicos (anemia falciforme, hipertensão, diabetes, pacientes renais crônicos e transtornos mentais entre outros).	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Assistência Farmacêutica.	% de abastecimento.	Central implantada e abastecida.
147. Participação nos grupos de doenças crônico-degenerativas, acompanhando a necessidade por medicamentos dos pacientes inseridos nos programas: Asma, Hipertensão, Diabetes, TBC, Hanseníase, Saúde Mental e DST/ AIDS.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, NASF, ESF e Assistência Farmacêutica.	Nº. de reuniões.	Conforme SISPACTO e normativas vigentes.
148. Implantação de Programa de gerenciamento na Farmácia Básica Municipal, garantindo o controle da distribuição de materiais e medicamentos, melhorando assim a gestão de estoque em toda a rede.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, NASF, ESF e Assistência Farmacêutica.	% de estoque.	Programa Implantado.
149. Reavaliação dos critérios de dispensação de medicamentos e distribuição de materiais médico-hospitalares, adequando a realidade financeira disponível ao crescente aumento da capacidade da rede de saúde do município.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, NASF, ESF, Hospital e Assistência Farmacêutica.	% Dispensação de acordo com as normas.	Normas de dispensação implementadas.



Módulo Operacional V: Atenção a Média e Alta Complexidade

Objetivo Geral: Reorganizar as ações e serviços de média e alta complexidade nos setores públicos e contratados de forma regionalizada, hierarquizada e articulada com a atenção básica.

Linha de ação 19: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Ampliar e reestruturar a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico da SMS.	150. Implementação da Rede de Apoio Diagnóstico.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, Coordenadoria de PSF's, Laboratório Municipal.	% de exames de baciloscopia realizados.	Ampliar em 80% a disponibilização de exames laboratoriais e de imagens na rede pública.
	151. Implementação das ações no Laboratório Central Municipal.		% de exames de VDRL realizados em gestantes.	
	152. Ampliação da quantidade de coleta de exames laboratoriais e de bioimagem da rede própria da SMS, considerando os critérios estabelecidos para as USFs.		% de exames de bioimagem realizados.	



Linha de ação 20: Rede ambulatorial – Atenção às urgências e emergências				
Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Reestruturar e consolidar os serviços de atendimentos pré-hospitalares fixos.	153. Elaboração e implantação/ implementação de protocolos de intervenção médico e de enfermagem pré-hospitalar fixos.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Hospital Municipal.	% de atendimentos de acordo com os protocolos.	Protocolos implantados
	154. Garantia de atendimento humanizado às urgências e emergências (clínico, traumático, cirúrgico e obstétrico).		% de reclamações dos atendimentos na ouvidoria municipal.	Projeto elaborado e implementado.
	155. Construção de projeto estratégico de atendimento em situação de calamidade e acidentes de múltiplas vítimas.		% de vítimas em situação de calamidade em acidentes.	
Implementar os serviços de atendimentos pré	156. Atendimento humanizado às urgências em unidades móveis.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento e Hospital Municipal.	Pesquisa de satisfação do paciente atendido.	Projeto de práticas de atendimento



hospitalares móveis.	157. Monitoramento dos indicadores desempenho dos serviços de atendimentos pré-hospitalares móveis.			humanizado.
Linha de ação 21: Rede Hospitalar				
Objetivo específico	Diretrizes	Responsável/ órgãos envolvidos	Indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto	Meta 2018- 2021
Estruturar a atenção hospitalar do município de Jaciara.	158. Criação de protocolos clínicos.	Secretário M. Saúde, Setor de Planejamento, e Hospital Municipal	% de práticas implantadas.	Protocolos implantados e implementados.
	159. Organização da Rede hospitalar segundo especialidades.			



13. Receitas finalizadas

13.1 Receitas Recebidas da União para a Saúde

Especificação	Ano				
	2013	2014	2015	2016	2017
PAB FIXO	638.390,99	725.955,96	725.955,96	725.955,96	725.955,96
Saúde da Família - SF	951.855,00	941.160,00	1.026.720,00	1.112.280,00	1.016.025,00
Saúde Bucal - SB	356.235,00	319.440,00	348.480,00	377.520,00	348.480,00
Agentes Comunitários de Saúde - ACS	697.539,00	731.940,00	472.524,00	7.098,00	19.266,00
Saúde na Escola	35.586,40	-	12.764,28	4.800,00	12.676,00
NASF	220.000,00	220.000,00	240.000,00	260.000,00	240.000,00
PMAQ	752.400,00	451.515,82	267.200,00	158.584,17	221.000,00
Fortalec. de pol. afetas à atuação da estratégia de ACS - 5 por cento	-	-	16.984,50	43.754,10	37.720,80
Assistência financeira complementar - ACS - 95 por cento	-	-	322.705,50	831.327,90	716.695,20



Inc adic fort pol afetas à atuação da estrat de ACS - 5 por cento	-	-	3.396,90	3.396,90	3.143,40
Inc adic assistência financeira complementar - ACS - 95 por cento	-	-	64.541,10	64.541,10	59.724,60
Incentivo adicional ao programa de agentes comunitários de saúde	62.700,00	66.924,00	-	-	2.028,00
Incremento Temporário PAB	-	-	-	-	500.000,00
Teste rápido de gravidez	-	-	-	-	742,56
Assistência Farmacêutica Básica	132.202,20	132.202,20	121.185,35	143.219,05	137.460,16
Teto Municipal da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	1.288.158,62	1.318.508,71	1.478.249,62	1.394.950,37	1.422.066,46
Teto Municipal de Serviços de Atendimento Móvel as Urgências - SAMU 192	220.625,00	202.500,00	203.812,50	204.750,00	150.000,00
FAEC AIH - Cirurgias eletivas - componente único	-	-	-	-	5.348,00



Teto Municipal Rede Saúde Mental (RSME)	268.335,16	331.592,55	356.386,66	332.445,11	340.141,44
Teto Municipal Rede Cegonha (RCE-RCEG)	-	8.974,80	-	-	49,86
Teto Municipal Brasil sem Miséria (prótese dentária)	60.000,00	82.500,00	-	-	-
Piso Fixo da Vigilância em Saúde – PFVS	133.026,00	133.222,68	111.997,46	101.208,69	62.233,68
Piso Fixo da Vigilância Sanitária - Parte FNS	6.274,34	12.533,04	8.280,32	16.452,16	11.336,49
Piso Fixo da Vigilância Sanitária - Parte Anvisa	-	3.161,16	2.232,08	4.350,59	3.543,01
PVVS – Programa de qualificação das ações de Vigilância em Saúde	13.302,60	18.623,64	26.841,22	26.968,47	27.091,60
Inc. Adic. Fort. Pol. Afetas à atuação da estrat de ACE - 5 por cento	-	-	-	811,20	811,20



Assistência financeira complementar - ACE - 95 por cento	-	-		130.045,50	169.540,80
Incentivo de qualificação das ações de dengue	39.907,80	-			
Incentivos pontuais para ações de serviços de vigilância em saúde IPVS	-	5.533,57	16.104,73	18.068,87	19.641,40
Fortalec. De pol. Afetas à atuação da estratégia de ACE - 5 por cento	-	-	-	6.844,50	8.923,20
Inc. Adic. Assistência financeira complementar - ACE - 95 por cento	-	-	-	15.412,80	15.412,80
Piso Estratégico - Gerenciamento de Risco de VS (FNS)	3.543,36	2.854,25	-	-	-
Piso Estratégico - Gerenciamento de Risco de VS (ANVISA)	-	2.331,15	-	-	
Investimentos	670.032,00	214.704,00	263.022,00	99.970,00	870.883,00
Gestão do SUS - Ambiência dos serviços de parto (reforma)	-	33.827,79	-	135.311,18	-
Aperfeiçoamento do SUS	-	-	-	-	-



Total	6.550.113,47	5.960.005,32	6.089.384,18	6.220.066,62	7.197.342,62
-------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Fonte: Fundo Nacional de Saúde

13.2 Receitas Recebidas do Estado para a Saúde

Especificação	Ano				
	2013	2014	2015	2016	2017
Programa Saúde da Família	-	184.164,04	217.716,46	295.494,84	230.400,00
Incentivo ao médico do PSF	298.509,52	-	-	-	-
Portaria 112/61 - custeio	773.933,77	-	-	-	-
FES - Repasse- Regionalização - UDR/AT/UCT/CAPS/CAPS I/CAP	-	25.458,84	34.355,62	5.285,48	-
Custeio SAMU	56.250,00	149.008,95	102.648,41	85.312,50	59.718,75
Saúde Bucal - SB	165.288,00	78.536,73	92.104,61	183.369,94	109.200,00
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar		507.097,04	536.665,43	383.502,24	540.890,88



Programa de Diabetes Mellitus	20.134,60	2.301,38	-	-	-
Programa alcance de metas/ PIAMAB	11.266,75	14.360,32	17.126,20	2.634,80	-
Assistência Farmacêutica Básica	50.744,70	17.010,06	66.273,87	36.109,53	31.153,20
Aedes Aegypti	-	-	-	150.124,91	-
Incentivo financeiro adicional para ACS	-	-	-	55.200,00	-
Incentivo financeiro adicional para ACE	-	-	-	12.800,00	-
UDR - unidades descentralizadas de reabilitação	19.778,20	1.255,64	-	9.000,00	13.500,00
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial	26.370,90	-	-	12.000,00	19.236,81
UCT - unidades de coleta e transfusão	32.963,70	2.092,74	-	30.000,00	53.500,00
PAICI - Consórcio	1.073.102,21	271.756,57	304.736,08	237.249,00	305.801,71
TOTAL	2.528.342,35	1.253.042,31	1.371.626,68	1.498.083,24	1.363.401,35

Fonte: SIOPS





14. Receitas

14.1 Receitas previstas

14.1.1 Receitas previstas da saúde - 2018

Fonte: Sistemas de Informação do Município, Quadro de Detalhamento de Despesas e Plano Plurianual 2018-2021

Fonte de Recursos (Bloco de Financiamento)	Transferências Fundo a Fundo		Recursos Próprios R\$	Total R\$
	Federal R\$	Estadual R\$		
Atenção Básica	3.443.675,96	719.200,00	2.016.324,67	6.179.200,63
Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial	1.955.615,88	1.721.187,00	5.323.785,56	9.000.588,44
Assistência Farmacêutica	132.202,20	-	406.000,00	538.202,20
Vigilância em Saúde	278.328,36	-	668.841,30	947.169,66
Gestão do SUS	12.000,00	-	1.601.000,00	1.613.000,00
TOTAL GERAL	5.821.822,40	2.440.387,00	10.015.951,53	18.278.160,93

14.1.2 Receitas previstas da saúde - 2019

Fonte de Recursos (Bloco de Financiamento)	Transferências Fundo a Fundo		Recursos Próprios R\$	Total R\$
	Federal R\$	Estadual R\$		
Atenção Básica	3.352.012,04	716.200,00	2.049.300,00	6.117.512,04
Média e Alta Complexidade Hospitalar e	1.995.105,16	1.645.554,96	7.076.731,60	10.717.391,72





Ambulatorial				
Assistência Farmacêutica	148.475,96	74.306,04	248.600,00	471.382,00
Vigilância em Saúde	280.091,96	-	733.200,00	1.013.291,96
Gestão do SUS	2.600,00	-	1.985.000,00	1.987.600,00
TOTAL GERAL	5.778.285,12	2.436.061,00	12.092.831,60	20.307.177,72

Fonte: Sistemas de Informação do Município, Quadro de Detalhamento de Despesas e Plano Plurianual 2018-2021

14.1.3 Receitas previstas da saúde - 2020

Fonte de Recursos (Bloco de Financiamento)	Transferências Fundo a Fundo		Recursos Próprios R\$	Total R\$
	Federal R\$	Estadual R\$		
Atenção Básica	3.348.012,04	716.200,00	2.200.200,00	6.264.412,04
Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial	1.991.105,16	1.654.375,00	7.344.359,92	10.989.840,08
Assistência Farmacêutica	148.475,96	74.306,04	286.600,00	509.382,00
Vigilância em Saúde	280.091,96	-	763.100,00	1.043.191,96
Gestão do SUS	2.600,00	-	2.126.128,23	2.128.728,23
TOTAL GERAL	5.770.285,12	2.444.881,04	12.720.388,15	20.935.554,31

Fonte: Sistemas de Informação do Município, Quadro de Detalhamento de Despesas e Plano Plurianual 2018-2021





14.1.4 Receitas previstas da saúde - 2021

Fonte de Recursos (Bloco de Financiamento)	Transferências Fundo a Fundo		Recursos Próprios R\$	Total R\$
	Federal R\$	Estadual R\$		
Atenção Básica	3.348.012,04	716.200,00	2.370.200,00	6.434.412,04
Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial	1.991.105,16	1.664.375,00	7.498.647,41	11.154.127,57
Assistência Farmacêutica	148.475,96	74.306,04	317.600,00	540.382,00
Vigilância em Saúde	280.091,96	-	811.100,00	1.091.191,96
Gestão do SUS	2.600,00	-	2.191.900,00	2.194.500,00
TOTAL GERAL	5.770.285,12	2.454.881,04	13.189.447,41	21.414.613,57

Fonte: Sistemas de Informação do Município, Quadro de Detalhamento de Despesas e Plano Plurianual 2018-2021

14.2 Resumo das receitas da saúde– 2018-2021 (todas as fontes)

2018 R\$	2019 R\$	2020 R\$	2021 R\$	TOTAL R\$
18.278.160,93	20.307.177,72	20.935.554,31	21.414.613,57	80.935.506,53

*Resumo das Receitas estimadas para os 04 (quatro) anos.





15 Previsão das despesas com saúde

15.1 – Despesas da saúde por sub função – 2018-2021

SUB FUNÇÃO	ANOS				TOTAL R\$
	2018 R\$	2019 R\$	2020 R\$	2021 R\$	
Atenção Básica (301)	6.179.200,63	6.117.512,04	6.264.412,04	6.434.412,04	24.995.536,75
Assistência Hospitalar e Ambulatorial (302)	9.000.588,44	10.717.391,72	10.989.840,08	11.154.127,57	41.861.947,81
Suporte Profilático e Terapêutico (303)	538.202,20	471.382,00	509.382,00	540.382,00	2.059.348,20
Vigilância Sanitária (304)	329.122,83	300.179,80	309.079,80	327.079,80	1.265.462,23
Vigilância epidemiológica (305)	618.046,83	713.112,16	734.112,16	746.112,16	2.829.383,31
Administração Geral (122)	1.597.000,00	1.970.100,00	2.110.228,23	2.175.000,00	7.852.328,23
Formação de Recursos Humanos (128)	16.000,00	17.500,00	18.500,00	19.500,00	71.500,00
TOTAL GERAL	18.278.160,93	20.307.177,72	20.935.554,31	21.414.613,57	80.935.506,53

Fonte: Plano Plurianual 2018-2021



15.2 Despesas com saúde por natureza da despesa – 2018-2021

Natureza da Despesa	2018 R\$	2019 R\$	2020 R\$	2021 R\$	TOTAL R\$
DESPESAS CORRENTES					
Pessoal e Encargos Sociais	12.842.995,17	12.842.995,17	12.842.995,17	12.842.995,17	51.371.980,68
Juros e Encargos da Dívida	-	-	-	-	-
Outras Despesas Correntes	5.044.553,76	7.073.570,55	7.701.947,14	8.181.006,40	28.001.077,85
DESPESAS DE CAPITAL					
Investimentos	390.612,00	390.612,00	390.612,00	390.612,00	1.562.448,00
Inversões Financeiras	-	-	-	-	-
Amortização da Dívida	-	-	-	-	-
TOTAL GERAL	18.278.160,93	20.307.177,72	20.935.554,31	21.414.613,57	80.935.506,53

Fonte: Plano Plurianual 2018-2021

16. Considerações finais

O Plano Municipal de Saúde de Jaciara foi construído de forma democrática com participação dos profissionais técnicos, gestores e conselheiros de saúde, com duração de quatro anos, contendo objetivos e metas bem definidas.

A Secretaria Municipal de Saúde tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida dos munícipes, sendo assim o Plano Municipal de Saúde servirá como instrumento de gestão das ações de saúde que serão desenvolvidas pelo município no período compreendido entre 2018 a 2021.

Este documento norteia todas as ações na área de saúde deste município, tendo em vista que as metas aqui definidas servirão de embasamento na correção de ações que solucionem os inúmeros problemas que afetam os serviços de saúde no município.

As ações de saúde propostas neste plano estão subordinadas aos princípios do SUS consolidando a gestão plena dos serviços de saúde prestados à população do município de Jaciara, e é fundamental o comprometimento de toda a equipe de profissionais da saúde juntamente com a comunidade, tornando o poder público o principal ator para a prestação de ações e serviços de saúde, cabendo à rede privada papel complementar.

Sendo assim, cabe ressaltar o grande desafio da gestão municipal no acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde desenvolvidos e prestados, qualificando-os e quantificando-os, possibilitando sua utilização pelas lideranças políticas e comunitárias para efetivo controle social dos serviços de saúde.

Desta forma, será possível contribuir para a construção de uma sociedade mais humanizada e justa, preocupada com o bem-estar das pessoas e que defenda a vida e os direitos básicos do ser humano.

Os relatórios de gestão, que pretendemos apresentá-los anualmente, darão visibilidade pública ao conjunto das metas e indicadores apresentados, podendo, evidentemente, no transcurso de todo o período de gestão do plano acontecer debates e discussões específicas, visando esclarecimentos e informações pertinentes, como de costume, quando o CMS propõe atualizações rotineiramente à gestão do SUS Jaciara.

Para a construção do PMS 2018-2021 foram adotados os seguintes passos metodológicos:

Momento 1 - Revisão documental, avaliação do PMS de Jaciara 2014-2017. Como estratégias adotadas para esse momento foram realizadas leituras de textos e documentos **a.**



Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva- trajetória e orientações de operacionalização; **b.** Manual Prático de Apoio à Elaboração de Planos Municipais de Saúde; **c.** Saúde Brasil 2007, Uma Análise da Situação de Saúde- Ministério da Saúde; **d.** Indicadores Básico para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações –RIPSA. Foi formada uma Comissão de Elaboração do PMS, cujas principais atribuições eram articular com as diversas áreas técnicas dos setores da Secretaria Municipal de Saúde, atuar como facilitadores nas reuniões e oficinas e colaborar na elaboração do documento final do PMS.

Momento 2 - Análise da Situação de Saúde, identificação dos Problemas de Saúde e levantamento dos problemas dos Serviços do Município. A comissão instituída usou as seguintes metodologias: **a)** Revisão da informação demográfica, epidemiológica e socioeconômica disponível para a cidade de Jaciara **b)** Elaboração da versão preliminar da Análise da Situação de Saúde atual; **c)** Identificação da percepção dos problemas de saúde de serviços do município através de uma oficina com profissionais de saúde e CMS.

Momento 3 - Elaboração dos Compromissos da SMS. Foi realizada uma reunião com os técnicos da sede da Secretaria M. de Saúde onde foram levantadas propostas para serem incorporadas no PMS 2018-2021. Estas propostas foram consolidadas e organizadas em objetivos e ações e foram discutidas com as áreas técnicas. Serviram de base para os levantamentos de propostas a situação de saúde diagnosticadas e documentos como SISPACTO e PPA (Plano Plurianual. No dia 30 de novembro de 2017 o PMS 2018-2021 foi apresentado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Momento 4- Revisão final, editoração. Após a apresentação do PMS 2018-2021 no Conselho Municipal de Saúde foram sugeridas alterações de algumas ações. Estas foram atendidas e incorporadas à versão final do Plano.



17. Referências bibliográficas

BRASIL. 1990. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, MS.

BRASIL. 1990. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, MS.

BRASIL. 1993. Norma Operacional Básica 001/93, MS.

BRASIL. 1996. Norma Operacional Básica 001/96, MS.

BRASIL. 2002. Norma Operacional Básica/Recursos Humanos – SUS, MS.

BRASIL. 2006. Portaria Nº. 648, de 28 de março de 2006, MS.

BRASIL. 2005. Plano Nacional de Saúde, MS.

BRASIL. 2006. Portaria nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, MS.

BRASIL. 2009. Sistema de Planejamento do SUS, MS.

BRASIL. 2011. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9)

Constituição Federal de 1988 Artigos 196/197/198/199/200.

DATASUS, 2016. Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Disponível em: www.datasus.gov.br.

DATASUS, 2016. Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: www.datasus.gov.br.

DATASUS, 2016. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).



Disponível em: www.datasus.gov.br.

DATASUS, 2016. Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

Disponível em: www.datasus.gov.br.

DATASUS, 2016. Sistema de Informação do Programa de Imunização (SPNI). Disponível em: www.datasus.gov.br. 78

DATASUS, 2016. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Disponível em: www.datasus.gov.br.

DATASUS, 2016. Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Disponível em: www.datasus.gov.br.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

FRANCISCHINI, Paulino G.; GURGEL, Floriano A. Administração de Materiais e do Patrimônio. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS, 2002.

Jaciara. 2016. Plano Municipal de Saúde, SMS.

Prefeitura Municipal de Jaciara –Estado de Mato Grosso

PMJ, Prefeitura Municipal de Jaciara.

Disponível em: // <http://www.jaciara.mt.gov.br/>

Acesso em: dezembro de 2016.

Relatório da 7ª Conferência Municipal de Jaciara – Julho/2015

SES, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.



Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/>

Acesso em: dezembro de 2016





ANEXOS

Lei de criação do Fundo Municipal de Saúde (LEI Nº 478/91, DE 17 DE JULHO 1.991);

Lei de criação do Conselho Municipal de Saúde (LEI Nº. 1.528/2013, DE 06 DE JUNHO DE 2013);

Resolução do Conselho Municipal de Saúde aprovando o respectivo Plano;





LEI Nº 478/91, DE 17 DE JULHO 1.991

“DISPÕE SOBRE A DERROGAÇÃO DO INCISO IV, DO ARTIGO 3º, DA LEI Nº 472/91, DE 18 DE JUNHO DE 1.991, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS”. (*Cria o Fundo Municipal de Saúde de Jaciara*).

O Prefeito do Município de Jaciara, Estado de Mato Grosso,

FAÇO SABER que a Câmara Municipal de Jaciara, Estado de Mato Grosso decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Artigo 1º - Fica derogado o inciso IV, do Artigo 3º, da Lei nº 472/91, de 18 de Junho de 1.991.

Artigo 2º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL

Em, 17 de Julho de 1.991.

ARNILDO HELMUTH SULZBACHER

Prefeito

DESPACHO: Sanciono a presente Lei, sem ressalvas.

ARNILDO HELMUTH SULZBACHER

PREFEITO

Registrada nesta Secretaria de Administração e publicada de conformidade com a Legislação Vigente, com afixação nos lugares de costume estabelecidos em Lei. Data Supra.

LAURA DE CASTRO SULZBACHER

Secretária de Administração.



LEI Nº. 1.528/2013, DE 06 DE JUNHO DE 2013

“Dispõe sobre alteração e consolidação da Lei 1.215/09 de 10.12.2009, que trata da Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS do Município de Jaciara, Estado de Mato Grosso; a Consolidação e a reestruturação do Conselho Municipal de Saúde, e dá outras providências”.

O Prefeito do Município de Jaciara - MT, ADEMIR GASPAS DE LIMA, no uso de suas atribuições legais, Faz saber que a Câmara de Vereadores aprovou e ele sanciona a presente Lei:

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º - Esta Lei trata da consolidação e alteração das disposições contidas na lei 1.215/2009 de 10.12.2009.

Art. 2º - Esta Lei institui e regula, no Município de Jaciara-MT, no Âmbito da Secretária Municipal de Saúde, as ações e serviços do Sistema Único de Saúde - SUS, que integra a rede regionalizada e hierarquizada do sistema único, conforme previsto no art. 198, da Constituição Federal, consolida a criação e reestrutura o Conselho Municipal de Saúde, instituindo e dando-lhe novas composição e competência, com novos objetivos, ações e diretrizes.

Art. 3º - Os objetivos e os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS do Município de Jaciara são os definidos na Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços contratados ou conveniados, serão desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198, da Constituição Federal.

§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde – SUS, do Município em caráter complementar, nos termos do § 2º do art. 4º da Lei Federal nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990.

§ 3º - O Conselho Municipal de Saúde tem, portanto, suas diretrizes estabelecidas na Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, seu suporte legal na Lei Federal nº. 8.142, de



28 de dezembro de 1990, e na presente Lei.

CAPÍTULO II

DA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Art. 4º - O Sistema Único de Saúde – SUS do Município de Jaciara-MT, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, contará com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência Municipal de Saúde;

II - o Conselho Municipal de Saúde.

Seção I

Da Conferência Municipal de Saúde

Art. 5º - A Conferência Municipal de Saúde, instância colegiada da gestão do SUS em Jaciara, reunir-se-á a cada 03 (três) anos, com a representação dos vários segmentos sociais que a compõem, para avaliar a situação de saúde no Município e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde no Município, sendo convocada pelo Poder Executivo Municipal, ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho Municipal de Saúde, nos casos de ameaças, de situações de risco e outras, definidas no seu Regimento.

§1º - A convocação ordinária se fará com antecedência mínima de 03 (três) meses e a extraordinária, com, pelo menos, 02 (dois) meses.

§2º - A Conferência Municipal de Saúde terá normas e regimento publicados no Diário Oficial, que deverão estabelecer o seu tema, delegados, presidência e comissão organizadora, com a delimitação das respectivas competências aprovadas pelo Conselho de Saúde.

§3º - A representação dos usuários na Conferência Municipal de Saúde é paritária com relação ao conjunto dos demais segmentos.

Art. 6º - A competência da Conferência Municipal de Saúde, semelhante à da Conferência Estadual de Saúde, será estabelecida no seu Regimento Interno, assim como, também, a sua composição, organização e funcionamento, estes de acordo com os interesses locais, respeitadas as Leis em vigor.

Seção II

Do Conselho Municipal de Saúde



Art. 7º - O Conselho Municipal de Saúde – CMS, vinculado ao Sistema Único de Saúde do Município de Jaciara, instituído pelo art. 1º desta Lei, órgão colegiado, de caráter permanente, consultivo e deliberativo, ora consolidado nesta Lei, atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, em conformidade com o § 2º, do art. 1º, da Lei Federal nº. 8.142/1990.

Parágrafo único - A função de conselheiro é de relevância pública e garante a dispensa ao trabalho, sem prejuízo para o mesmo, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho Municipal de Saúde.

Art. 8º - Compete ao Conselho Municipal de Saúde, em consonância com a Lei Orgânica Municipal e a Lei Federal nº. 8.080/1990, as seguintes atribuições:

I - Definir as prioridades e deliberar sobre a Política de Saúde do Município, em consonância com os princípios da Política Estadual e Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS;

II - Convocar, extraordinariamente, a Conferência Municipal de Saúde, de acordo com as disposições do § 1º, Artigo 1º, da Lei nº. 8.142/1990, e o disposto no art. 5º desta Lei, a cada 03 (três) anos, com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes de formulação da Política Municipal de Saúde;

III - Elaborar e aprovar o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde – CMS, no prazo de 90 (noventa) dias, após a publicação desta Lei, em consonância com o Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde;

IV - Apreciar e aprovar as propostas de Convênios, acordos e contratos, com entidades públicas e privadas, assim como a prestação de serviços de terceiros, necessários ao bom desempenho do Conselho e assegurar a execução das ações estipuladas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da Lei Federal nº. 8.080/1990;

V - Atuar na formulação e controle de execução da Política Municipal de Saúde, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros e de gerência técnico-administrativa, apreciar e propor estratégias para a aplicação dos recursos nos setores público e privado, considerando as condições do Município e as normas previstas na Legislação vigente;

VI - Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, articulado com os demais colegiados em nível Estadual e Nacional;

VII - Elaborar e aprovar o Plano Municipal de Saúde Anual, considerando as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços públicos;

VIII - Propor e adotar critérios que definam a qualidade e melhor resolutividade de processos de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde;



IX - Adotar medidas que proporcionem melhor funcionamento e organização do Sistema Único de Saúde – SUS.

X - Examinar propostas e denúncias, com indícios de irregularidades, fiscalizar, acompanhar e responder a todos os assuntos pertinentes às ações e serviços da Saúde do Município;

XI - Deliberar sobre a Lei de Diretrizes Orçamentárias, dando sugestões de metas fiscais e projetos para inclusão no Plano Municipal de Saúde, inclusive no Projeto de proposta orçamentária anual;

XII - Apreciar e acompanhar a execução financeira e orçamentária dos orçamentos anuais, obedecendo aos critérios da Constituição Federal e Legislação específica vigente;

XIII - Discutir e aprovar Relatório de Gestão Municipal de Saúde com a sua devida Prestação de Contas;

XIV - Analisar, controlar e fiscalizar a movimentação e destinação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, cujas decisões ficam sujeitas à homologação do chefe do Executivo Municipal;

XV - Acompanhar e fiscalizar o processo seletivo para a contratação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates a Doenças Epidemiológicas, assegurando a participação da comunidade, na forma do art. 198, III, da CF, e observados os preceitos deste artigo e na forma prevista no art. 9º, parágrafo único da Lei 11.350, de 05/10/2006.

XVI - Apreciar as propostas de convênios, acordos e contratos com entidades públicas e privadas, assim como prestação de serviços de terceiros, necessários ao SUS, e assegurar o cumprimento destes;

XVII - Atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa, apreciando e propondo propostas e estratégias para aplicação dos recursos para os setores públicos e privados, consideradas as condições do Município, face aos requisitos previstos na legislação;

XVIII - Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal;

XIX - Traçar diretrizes para elaboração do plano municipal de saúde e sobre ele deliberar, considerando as diversas situações adequando-as, às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços;

Subseção I

Da Estrutura Básica do Conselho





Art. 9º - O Conselho Municipal de Saúde terá em sua estrutura básica representantes do Governo Municipal, dos prestadores de serviços, dos profissionais da saúde e dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1º - A representação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 2º - A Diretoria do Conselho Municipal de Saúde – CMS, com competência definida em seu Regimento Interno, é composta de um Presidente, um 1º Vice-Presidente, um 2º Vice-Presidente, um Secretário Geral, um 1º Secretário Adjunto, e, um 2º Secretário Adjunto, também com suas respectivas competências definidas no mesmo Regimento.

§ 3º - A Diretoria será eleita pelos membros do Conselho Municipal de Saúde, para o exercício de um mandato de 03 (três) anos.

Art. 10 - O Conselho Municipal de Saúde - CMS é composto de 24 (vinte e quatro) membros, sendo 50% (cinquenta por cento) de segmentos e ou entidades representativas de usuários da saúde, 25% (vinte e cinco por cento) de segmentos e ou entidades representativas de trabalhadores da saúde e 25% (vinte e cinco por cento) divididos entre Governo Municipal e prestadores de serviços da área de saúde.

§ 1º - Para cada membro representante titular, corresponderá 01 (um) suplente.

§ 2º - Os representantes titulares e respectivos suplentes serão eleitos pelos seus respectivos segmentos e ou entidades, de acordo com sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes, tudo mediante lavratura de ata.

§ 3º - Os Conselheiros, que deixarem de cumprir as normas regimentais do Conselho Municipal de Saúde, poderão sofrer penalidades de substituição, e, se persistir o descumprimento, até mesmo a substituição do segmento e ou da entidade, após deliberação do Pleno do Conselho.

§ 4º - A eleição dos representantes ao Conselho Municipal de Saúde é de direito do segmento e ou da instituição que dele participar, cabendo a estes a responsabilidade dos atos de sua representação legal.

§ 5º - Os conselheiros, que vierem a ser nomeados para ocupar cargos de confiança ou de chefia no governo ou de diretoria das entidades serão automaticamente substituídos, caso sejam representantes na categoria de usuários.

§ 6º - Os membros do Conselho Municipal de Saúde serão eleitos e investidos na função pelo prazo de 03 (três) anos, podendo ser reconduzidos ao cargo mediante nova eleição pelo seu



segmento e ou entidade.

Subseção II

Da Composição do Conselho

Art. 11 - O Conselho Municipal de Saúde será composto pelos seguintes membros titulares, cujos suplentes, em mesmo número, serão eleitos, paritariamente e proporcionalmente, conforme previsto no artigo anterior:

§ 1º: Os membros titulares e suplentes dos segmentos dos trabalhadores e dos usuários deverão ser eleitos pelo respectivo segmento e ou entidade.

I – 06 (seis) membros representantes do Governo e dos Prestadores de Serviços:

- a) 03 (três) representantes de governo;
- b) 03 (três) representantes dos prestadores de serviços à Saúde no âmbito municipal (pessoas jurídicas).

II - 06 (seis) membros representantes dos trabalhadores do SUS no âmbito municipal, sendo; 03 (três) representantes de nível médio;

- a) 03 (três) representantes de nível superior;

III – 12 (doze) membros representantes de entidades de usuários da saúde, sendo:

- a) 03 (três) representantes de Entidades e de Associações de Moradores de Bairros;
- b) 01 (um) representante de Entidade Religiosa com atuação em Jaciara, na área de saúde;
- c) 01 (um) representante de entidade com atuação na área de Pequenos Produtores Rurais;
- d) 01 (um) representante de entidades representativas de defesa dos Trabalhadores Rurais;
- e) 01 (um) representante de entidades representativas de Trabalhadores da Indústria, Comércio e Autônomos;
- f) 01 (um) representante de Entidade com atuação na área de proteção ao Idoso;
- g) 01(um) representante de entidade com atuação na área de saúde da Mulher;
- h) 01 (um) representante de entidade com atuação na área de saúde da criança, do adolescente e juventude;
- i) 01 (um) representante de usuários de entidade com atuação na área de saúde mental;
- j) 01 (um) representante de usuários de entidade com atuação na Defesa dos Direitos de Pessoas com Deficiência;

§ 2º - Os membros deverão ser eleitos por seus segmentos devidamente organizados e ou



entidades regularmente constituídas, conforme discriminados nos incisos e alíneas deste artigo, para o exercício do mandato de três anos, vedada a recondução por mais de uma vez consecutiva.

§ 3º - Juntamente com o titular, deverá ser eleito um membro suplente.

§ 4º - Os membros prestadores de serviços à Saúde deverão ser credenciados pelo órgão responsável pelo Sistema Único de Saúde do Município.

Subseção III

Da Estrutura Organizacional do Conselho

Art. 12 - A estrutura organizacional do Conselho Municipal de Saúde será composta pelos órgãos abaixo:

- I - Plenário do Conselho;
- II - Ouvidoria Municipal;
- III - Secretaria Geral;
- IV - Comissões Especiais.

Art. 13 - O Plenário do Conselho, presidido pelo seu Presidente e em sua falta pelo 1º Vice-Presidente, e na falta deste pelo 2º Vice-Presidente, é o órgão máximo deliberativo que se reunirá ordinariamente 01 (uma) vez por mês, cujas decisões e deliberações serão aprovadas mediante a maioria simples de seus membros.

§ 1º - Quando das decisões ou deliberações do Plenário ocorrer empate, o Presidente do Conselho, e na sua ausência o 1º Vice-Presidente, e na ausência deste o 2º Vice-Presidente, terá direito ao voto de desempate.

§ 2º - As decisões e deliberações adotadas pelo Pleno do Conselho deverão ser formalizadas através de resoluções, assinadas pelo seu Presidente e homologadas pelo chefe do Poder Executivo, e serão publicadas e afixadas em locais públicos.

Art. 14 - A Secretaria Municipal de Saúde garantirá autonomia para o pleno funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e seus órgãos, através de recursos orçamentários para custeio de despesas.

Parágrafo Único - O orçamento será gerenciado pelo próprio Conselho Municipal de Saúde.

Art. 15 - A Secretaria Municipal de Saúde assegurará transporte e diárias aos conselheiros, na



forma disposta na Lei Municipal nº. 1.510/2013, de 20 de março de 2013.

Art. 16 - Compete à Secretaria Geral do Conselho Municipal de Saúde:

I - receber e encaminhar ao Plenário do Conselho todas as correspondências e Processos;

II - emitir parecer e instruir os processos para votação do
Plenário;

III - organizar o funcionamento da Secretaria Geral com base nas atribuições do Regimento Interno;

IV - estabelecer intercâmbio com outros Conselhos Municipais de Saúde visando aprimorar as atividades organizacionais;

V – cuidar dos livros de atas e outros da Secretaria, bem como organizar as reuniões, inclusive a pauta em conjunto com a Presidência;

VI – controlar a presença dos Conselheiros, bem como expedir no final de cada mês relatório das ausências verificadas;

VII - responder e expedir as correspondências do Conselho juntamente com o Presidente;

VIII – lavrar as atas das reuniões e proceder as respectivas leitura nas reuniões posteriores;

IX – expedir as convocações quando necessárias;

§ 1º - A demais atribuições da Secretária Geral serão definidas em seu Regimento Interno.

§ 2º - Os Secretários auxiliarão uns aos outros nas suas respectivas funções, sempre que necessário.

Art. 17 - As Comissões Especiais, instituídas, definidas e eleitas pelos membros do Conselho em reunião plenária, na forma e número que dispuser o seu Regimento Interno, têm as seguintes finalidades:

I - estudar, analisar e emitir pareceres nos processos discutidos ou a serem discutidos em Plenário;

II - dar apoio e buscar suportes jurídico e técnico, quando necessários, à Conferência Municipal de Saúde e ao próprio Conselho.

Parágrafo único – Quando o processo requerer pareceres jurídicos e técnicos, os membros das Comissões Especiais poderão solicitar apoio de profissionais do quadro funcional do Poder Executivo Municipal.

Art. 18 - O funcionamento e os procedimentos internos do Plenário do Conselho, da Secretaria Geral, das Comissões Especiais e da Ouvidoria Municipal do Conselho serão definidos no Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde que será regulamentado no



prazo de 90 (noventa) dias, após a publicação desta Lei.

Art. 19 – A Ouvidoria do Conselho Municipal de Saúde é o órgão incumbido de desenvolver ações relativas a reclamações, propostas, controle e diretrizes, dentre outras.

§ 1º – Compete ao Ouvidor os seguintes deveres:

I - detectar e ouvir as reclamações, denúncias, investigar a sua procedência, montar processos internos de acordo com as normas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS e encaminhar as mesmas ao Conselho Municipal de Saúde.

II - examinar propostas, denúncias e reclamações de setor público e privado do setor de saúde, responder consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito;

§ 2º - O exercício da Função de Ouvidor é privativo de funcionário de carreira das unidades da Saúde Municipal.

§ 3º - O Ouvidor terá como remuneração o valor do seu cargo acrescido do valor da Função Gratificada “FG5”, constante do Plano de Cargos e Salários, Nº. 1.457, DE 02 DE JULHO DE 2012 e suas alterações posteriores.

§ 4º - O Ouvidor do Conselho Municipal de Saúde será nomeado pelo Chefe do Poder Executivo Municipal, após sugestões a serem apresentadas pelo Conselho Municipal de Saúde.

§ 5º - O prazo do exercício do mandato do Ouvidor será o mesmo estabelecido para os membros do Conselho, vedada a recondução por mais de uma vez.

CAPÍTULO III

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20 – O Presidente, o Vice-Presidente e o Segundo Vice-Presidente, do Conselho Municipal de Saúde serão eleitos, de forma colegiada, pelos próprios membros do Conselho, em reunião plenária.

Parágrafo único – A forma de eleição de que trata o caput deste artigo e as competências do Presidente e dos 1º e 2º Vice-Presidentes do Conselho serão definidas em consenso com os membros do Conselho e estabelecidas no Regimento Interno deste.

Art. 21 – O Secretário Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde promoverão fóruns e ou/ pré-conferências por micro região das Unidades de Saúde existentes no âmbito





local para discussão dos temas a ser tratado na Conferência Municipal de Saúde, bem como para eleição dos delegados regionais com direito a voz e voto na mesma.

CAPÍTULO IV
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22 – Fica revogada a Lei 1.215 de 10 de Dezembro de 2009.

Art. 23 – Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL

EM, 06 DE JUNHO DE 2.013.

ADEMIR GASPAR DE LIMA

PREFEITO MUNICIPAL

DESPACHO: Sanciono a presente Lei com ressalvas.

Registrada e publicada de acordo com a legislação vigente, com afixação nos lugares de costume estabelecidos por Lei Municipal. Data Supra.

ADEMIR GASPAR DE LIMA
PREFEITO MUNICIPAL



RESOLUÇÃO CMS Nº 009/2017

A Plenária do Conselho Municipal de Saúde de Jaciara em reunião Ordinária realizada no dia trinta do mês de novembro do ano de dois mil e dezessete, no uso de suas competências regimentais e atribuições legais conforme Lei nº 1.528/2013, de 06 Junho de 2013.

CONSIDERANDO a Lei 8.080 de dezenove de setembro de 1990, Art. 2º “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” e § 1º “O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

CONSIDERANDO a Lei Complementar 141 de treze 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 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.689 de 27 de julho de 1993, e dá outras providências.

CONSIDERANDO as necessidades dos usuários do SUS.

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir uma comissão para realizar uma visita ao Hospital Municipal de Jaciara e verificar as condições do gerador de energia, sendo os integrantes: Eurípedes Rodrigues Borges, Geni Luiza Gomes, Fábio Ferreira Santos, Pedro Soares Neto, Vanuberci Monteiro e Suely Cristina Castro da Silva de Moraes.

Art. 2º - Notificar o prefeito municipal, Abduljabar Galvin Mohammad, de acordo com as necessidades apresentadas na citada reunião, para que faça a devolução da camionete



Hilux, que está sendo utilizada por ele, mas pertence à Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 3º - Recomendar que seja encaminhado ao setor de Sistemas de Informação um servidor efetivo, que esteja no seu cargo de origem e com o perfil necessário para desempenhar as atividades.

Art. 4º - Aprovar o Plano Municipal de Saúde para os anos de 2018 até 2021.

Art. 5º - Notificar as empresas, instituições, setores, departamentos ou pessoas que não estejam respondendo adequadamente às demandas da ouvidoria.

Jaciara-MT, 30 de novembro de 2017.

SUELY CRISTINA CASTRO DA S. DE MORAES
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Jaciara-MT