

Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Santiago do Sul
Secretaria Municipal de Saúde



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2022 - 2025

Estado de Santa Catarina
Município de Santiago do Sul

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2022 - 2025

PREFEITO
JULCIMAR ANTONIO LORENZETTI

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
ALACIR DURANTE

Elaboração do Plano: Equipe e Assessoria Técnica

Colaboração: Conselho Municipal de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	6
INTRODUÇÃO.....	8
1. DIAGNÓSTICO GERAL	10
1.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO	10
1.1.1 HISTÓRICO.....	10
1.1.2 LIMITES, LOCALIZAÇÃO E DIVISÕES TERRITORIAIS.....	10
1.1.3 SISTEMA VIÁRIO.....	11
1.1.4 PRINCIPAIS RODOVIAS	11
1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	12
1.2.1 POPULAÇÃO TOTAL.....	12
1.2.2 DENSIDADE DEMOGRÁFICA.....	13
1.2.3 TAXA MÉDIA ANUAL DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO	14
2. ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DE INFRAESTRUTURA.....	14
2.1 PRINCIPAIS ATIVIDADES ECONÔMICAS.....	14
2.2 NÍVEL DE EMPREGO POR TIPO DE ATIVIDADE.....	15
2.3 TRABALHO E RENDIMENTOS	15
2.4 GRUPOS SOCIAIS ORGANIZADOS.....	16
2.5 ASPECTOS EDUCACIONAIS	16
3. ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA	16
3.1 ABASTECIMENTO E TRATAMENTO DE ÁGUA	16
3.2 ENERGIA ELÉTRICA	17
3.3 LIXO	17
3.4 SISTEMA HABITACIONAL.....	17
3.5 MEIO AMBIENTE	17
3.6 COMUNICAÇÃO.....	18
3.7 TRANSPORTE	18
3.8 SEGURANÇA PÚBLICA	18
4. ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO A SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.....	18
4.1 NATALIDADE	19
4.1.1 NASCIDOS VIVOS POR TIPO DE PARTO.....	19
4.1.2 NASCIDOS VIVOS POR IDADE DA MÃE.....	20
4.1.3 NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS POR PESO AO NASCER.....	20
4.1.4 MORTALIDADE.....	21
4.1.5 MORTALIDADE INFANTIL	21
4.1.6 MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF).....	22
4.1.7 MORBIDADE HOSPITALAR.....	22
5. ANÁLISE DAS LINHAS DE ATENÇÃO.....	24
5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS).....	24
5.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	25
5.3 SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS (SIA).....	26
5.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	26
5.4.1 EPIDEMIOLÓGICA.....	27
5.4.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA	28
5.4.3 VIGILÂNCIA AMBIENTAL.....	29
5.4.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	30
5.4.5 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS).....	30

5.5	CONTROLE SOCIAL	31
6.	OBJETIVOS E METAS.....	32
6.1	OBJETIVO GERAL DO PLANO	32
7.	DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)	33
7.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS).....	33
7.1.1	DIRETRIZ 01.....	35
7.1.2	DIRETRIZ 01.....	36
7.1.3	DIRETRIZ 01.....	36
7.1.4	DIRETRIZ 01.....	37
7.1.5	DIRETRIZ 01.....	38
7.2	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC)	39
7.2.1	DIRETRIZ 02.....	40
7.3	VIGILÂNCIAS EM SAÚDE.....	41
7.3.1	DIRETRIZ 03.....	42
7.3.2	DIRETRIZ 03.....	43
7.4	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	44
7.4.1	DIRETRIZ 04.....	45
7.5	GESTÃO DO SUS	46
7.5.1	DIRETRIZ 05.....	48
7.5.2	DIRETRIZ 05.....	49
8.	MECANISMOS DE MONITORAMENTO DO PLANO	50
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário da Saúde
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
BPA- Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS
ESF – Estratégia Saúde da Família
FNS – Fundo Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
LOA – Lei Orçamentária Anual
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária
MAC – Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
MDDA – Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
SIA-SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISCAN – Sistema de Informações do Câncer
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUDS – Sistema Unificado de Desenvolvimento de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD – Tratamento Fora de Domicílio
VISA – Vigilância Sanitária

APRESENTAÇÃO

Apresentamos à população do Município de Santiago do Sul o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025, que norteará as Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS) da Secretaria Municipal da Saúde nos próximos quatro anos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Santiago do Sul, iniciou o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), para o quadriênio 2022-2025, a partir da realização de levantamento de propostas, por meio de um inquérito dirigido aos conselheiros de saúde, usuários, entidades, ao quadro de servidores da Secretaria de Saúde e à população em geral. A participação popular ainda é incipiente, mesmo com todo processo de divulgação e instigação para a participação da construção e implementação das Políticas Públicas.

As Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90 traz no artigo 36º:

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

A Lei Complementar nº 141/2012 e o Decreto nº 7.508/2011, a colocam o planejamento da Saúde como questão obrigatória e central na agenda dos gestores, em um movimento ascendente e integrado. Assim, o PMS está em consonância com a estrutura do Plano Plurianual (PPA), 2022-2025 e da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA). Foram definidas **DIRETRIZES GERAIS**, aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), as quais apontam as linhas de ação para a definição de objetivos, metas e indicadores. Na perspectiva de melhor orientação e mais transparência na execução das ações e dos recursos financeiros, buscou-se a compatibilização dos eixos de programação do PMS com os blocos de financiamento do governo federal e os programas do Plano Pluri Anual (PPA).

O presente documento está organizado em duas partes: Diagnóstico da Situação de Saúde, onde contam informações e as características gerais do município, divisão administrativa o perfil epidemiológico dos residentes – as doenças mais frequentes, as principais causas de morbidade e mortalidade, com série histórica, no período de 2015-2020 e outros dados que impactam nas condições de saúde da população. A segunda parte, trata do plano propriamente dito, onde constam as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI),

estabelecendo as prioridades para o alcance do objetivo principal do plano de ser o arranjo organizacional que dará suporte a efetivação das políticas públicas de saúde no município

Neste sentido, a gestão municipal indica prioridades de intervenção e assume o compromisso de realizar ações orientadas para a redução das desigualdades em saúde, com a indicação de metas estratégicas que possibilitem a melhoria das condições de saúde da população e da resolutividade do sistema.

O Plano ora apresentado, prima pela transparência e pela construção participativa e democrática das políticas de saúde, por meio do envolvimento ativo do controle social na definição de ações e serviços de saúde.

A afirmação de Armando Raggio (2000) de que *"Um planejamento municipal integrado, solidário, colocando as políticas e as técnicas dos vários setores em conformidade com as aspirações populares, pode constituir uma parceria de diversos atores com maior potencial resolutivo"*, enfatiza muito bem a importância da comunicação entre setores e do controle social no processo do planejamento das ações de saúde, o que com certeza, resultará na qualificação da gestão municipal.

Por fim, destaca-se que esta importante ferramenta não é fixa nem definitiva, merecerá constante revisão e atualização, conforme necessidades do processo de gestão administrativa e financeira da política de saúde e principalmente, do monitoramento e da avaliação da situação de saúde da população do município de Santiago do Sul.

Alacir Durante
Secretário Municipal de Saúde

INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil passa a ser considerada como direito social e dever do Estado, cuja efetivação vem sendo buscada através de medidas de reorganização do setor saúde que viabilizem os princípios e diretrizes estabelecidas na Carta Constitucional para a implementação do SUS no País.

Preconizada pelo novo sistema, a descentralização das ações e serviços de saúde reputa o município como instância concreta para a execução dessas atribuições. No entanto, a descentralização constitui um processo complexo, interativo e dinâmico, implicando mudanças e envolvendo vários atores com diferenciadas expectativas e possibilidades, o que exige flexibilidade e progressividade, assim como a consideração da necessidade de cooperação técnica entre as esferas de governo e o acompanhamento de seu desenvolvimento na tentativa de superar as dificuldades que venham a manifestar-se.

Esse movimento de descentralização comporta uma série de medidas já efetuadas, as quais foram avaliadas, de alguma forma, por diversos segmentos envolvidos neste processo. Acumulam-se avanços e retrocessos, cabendo salientar a presença de incessante reflexão concernente aos desafios que ainda permanecem no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Um desses desafios continua sendo o aprimoramento da gestão do sistema nos municípios, a partir do desencadeamento de práticas que promovam base técnica para a definição das reais necessidades de saúde da população e da adequada intervenção para supri-las.

O Sistema Único de Saúde (SUS), vigente hoje no Brasil decorre, segundo LUCCHESI (1996), de processo mais amplo e complexo, que se inicia, no final dos anos 60, em movimentos dos profissionais de saúde engajados nos mais diversos setores, dos partidos políticos progressistas, dos sindicatos, dos movimentos populares e dos municipalistas, em decorrência de seu descontentamento com o sistema de saúde então existente. Com isso, acabam por construir as bases da Reforma Sanitária mesmo em contexto político-repressivo. No começo da década de 80, este movimento proporcionou o debate acerca da redefinição do Estado democrático e suas funções públicas, reivindicando a saúde como direito de todos devida pelo Estado. Entretanto, a gestão local necessita incorporar instrumentos que permitam uma abordagem apropriada da realidade. Grande ênfase tem sido atribuída, pelas políticas de saúde, ao planejamento estratégico, que privilegia: o processamento de problemas, o desenho das operações para enfrentá-los, a definição dos objetivos e metas a serem atingidos, a determinação dos recursos necessários e o cronograma de execução, além de um sistema de acompanhamento e avaliação que possibilite reformulações, quando preciso, utilizando a

participação e a comunicação intensivas e favorecendo a responsabilidade compartilhada quanto aos objetivos a serem atingidos. Isto nos leva a refletir a respeito da necessidade de planejamento e, ao mesmo tempo, acerca da complexidade que envolve.

Muitos esforços têm sido feitos para o desenvolvimento de métodos que possam ser empregados na prática da gestão do sistema. Na América Latina, o desenvolvimento do planejamento inicia-se com um enfoque normativo – inspirado no planejamento econômico – e evolui para um enfoque estratégico, que vai incorporar a racionalidade política, retomando a problemática da planificação social. Entre as elaborações existentes para o enfoque estratégico, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) – desenvolvido por Carlos Matus – tem balizado no Brasil, experiências de planejamento, em virtude de conter um corpo teórico e de apresentar um método que, apesar de complexo, é bem articulado e potente. O núcleo principal deste é constituído por problemas e pelas operações realizadas para seu enfrentamento, cuja explicitação é feita mediante uma estrutura modular de plano.

Estendendo-se a descentralização da atenção à saúde ao Município, esta passa a responder pela saúde de sua população, o que lhe exige dispor de habilidades para planejar e administrar a rede de serviços de saúde em seu território. Como uma de suas funções, o município deve elaborar um Plano Municipal de Saúde, porém nem sempre as tecnologias de planejamento são suficientemente difundidas, disponibilizadas e até mesmo valorizadas. Assim, para que tal elaboração ocorra de forma coerente com a realidade e consistente com as necessidades a serem supridas, é preciso ter clareza, em primeiro lugar, dos objetivos da elaboração de um plano para a gestão do sistema de saúde local e, em segundo lugar, da necessidade de optar por um método de planejamento que auxilie nessa tarefa.

O Plano Municipal é o instrumento que integra a formulação dos Planos Estaduais e Nacional e serve de base à elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) e do Relatório Anual de Gestão (RAG) do Município. Este encadeamento visa à construção da rede regionalizada e hierarquizada dos serviços, para possibilitar a efetivação da gestão em cada nível e a avaliação de desempenho do Sistema, em busca de unificação. Sendo assim, o Plano Municipal de Saúde conforma um instrumento fundamental, não só para a gestão do sistema dos municípios, mas também no âmbito estadual e federal, pois é a partir dele que se planeja a atenção à saúde no País e se tem condições de avaliar a gestão nos diferentes níveis.

1. DIAGNÓSTICO GERAL

1.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

1.1.1 HISTÓRICO

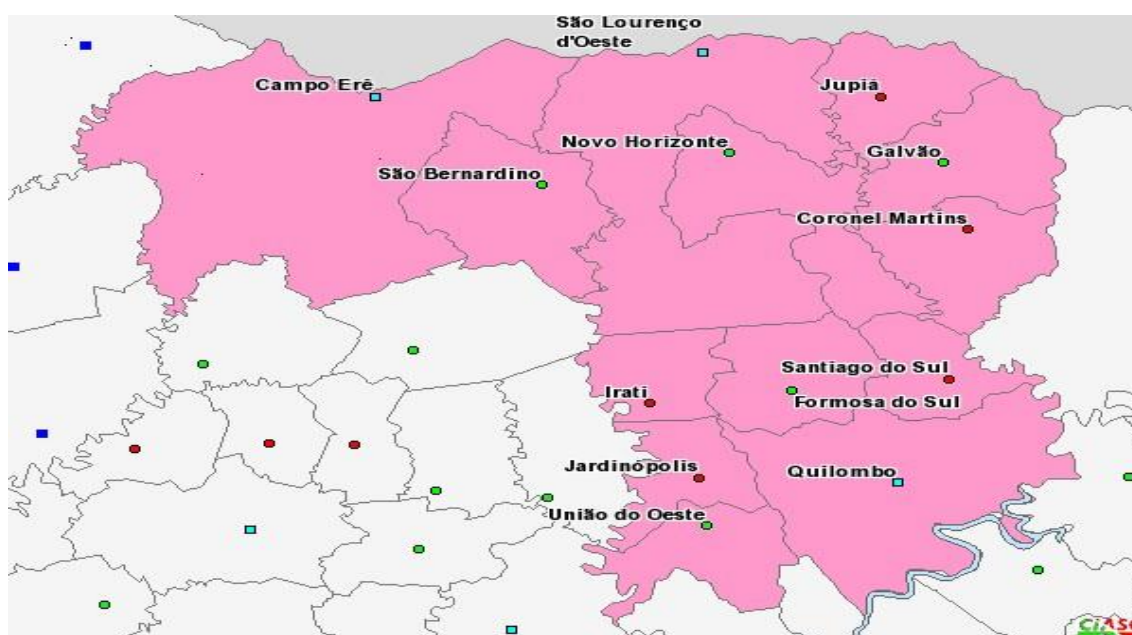
Em 1951, o município de Santiago do Sul se chamava Barra Grande, pois encontrava-se localizado nas proximidades dos rios Barra Grande e Saudades. Nesta ocasião chegaram as primeiras famílias de desbravadores, vindas de Garibaldi – RS. A partir de 1953, o fluxo de imigrantes cresceu e como todos eram de descendência italiana e ligados a Igreja Católica, foi construída uma capela e trocado o nome da localidade de Barra Grande para São Tiago.

No dia 10 de março de 1988 através de Lei Municipal Nº 707/88, a Vila de São Tiago passou a ser distrito de Quilombo e no dia 16 de abril de 1994, através da Lei Estadual nº 9,535/94, o Distrito de São Tiago foi emancipado a município passando a chamar-se Santiago do Sul.

Atualmente o município de Santiago do Sul possui uma população de aproximadamente 1.235 habitantes, (IBGE 2020). Formada por descendentes de italianos, alemães e caboclos.

1.1.2 LIMITES, LOCALIZAÇÃO E DIVISÕES TERRITORIAIS

O município de Santiago do Sul está situado na mesorregião do Oeste de Santa Catarina, microrregião de Chapecó. Os limites geográficos do município são: ao Norte com Novo Horizonte, ao Sul com Quilombo, ao Leste com os municípios de Coronel Martins e São Domingos e a Oeste com Quilombo e Formosa do Sul.





1.1.3 SISTEMA VIÁRIO

O município de Santiago do Sul, situa-se a 13 Km do município de Quilombo e 22Km do município de São Domingos. O acesso ao município de Quilombo ocorre pela SC 459, via pavimentada com asfalto, o que proporciona inúmeros benefícios ao município, assim como maior desenvolvimento econômico e melhores condições de vida da população. Praticamente 90% das ruas centrais de Santiago do Sul são asfaltadas e as demais ruas são calçadas. No interior a conservação das estradas é frequente sendo um dos pontos fortes do município.

1.1.4 PRINCIPAIS RODOVIAS

As principais rodovias de acesso ao município são SC 282, SC 467 e SC 459, ligando Quilombo e Santiago do Sul com pavimentação asfáltica.

Distância dos principais centros, média dos Municípios vizinhos do centro de referência regional e da capital:

Quadro 01 – Distância dos principais centros regionais

Centros Urbanos	Nome da Rodovia	Distância em km	Pavimentação
Quilombo	SC 467	14	Asfalto
Chapecó	SC 467/BR 282	65	Asfalto
Florianópolis	SC 467/BR 101	670	Asfalto
Porto Alegre	SC 467	500	Asfalto

1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

O município de Santiago do Sul está situado na mesorregião Oeste Catarinense e microrregião de Chapecó, possuindo uma área de 73.5627 Km² com uma altitude de 735m acima do nível do mar no ponto mais alto do município. O Município encontra-se dentro da Serra Geral, pertencente ao grupo geológico denominado São Bento, constituído basicamente por rochas vulcânicas e vulcanismo basáltico, possuindo relevo fortemente ondulado com terra roxa estruturada. O clima de Santiago do Sul é mesotérmico úmido com verões quentes e invernos frios, sendo a temperatura média anual de 18°C e 30°C e uma precipitação anual de 1700 a 2000 mm. Quanto a cobertura vegetal, a mata nativa é composta por pinheiro, cedro, canela, angico, louro, entre outros, e o reflorestamento é composto por eucaliptos e pinus. O solo predominante é o de origem basáltica, com relevo montanhoso, o que dificulta a mecanização e o manejo. As áreas planas ou levemente onduladas situam-se basicamente nos vales dos rios que banham o município.

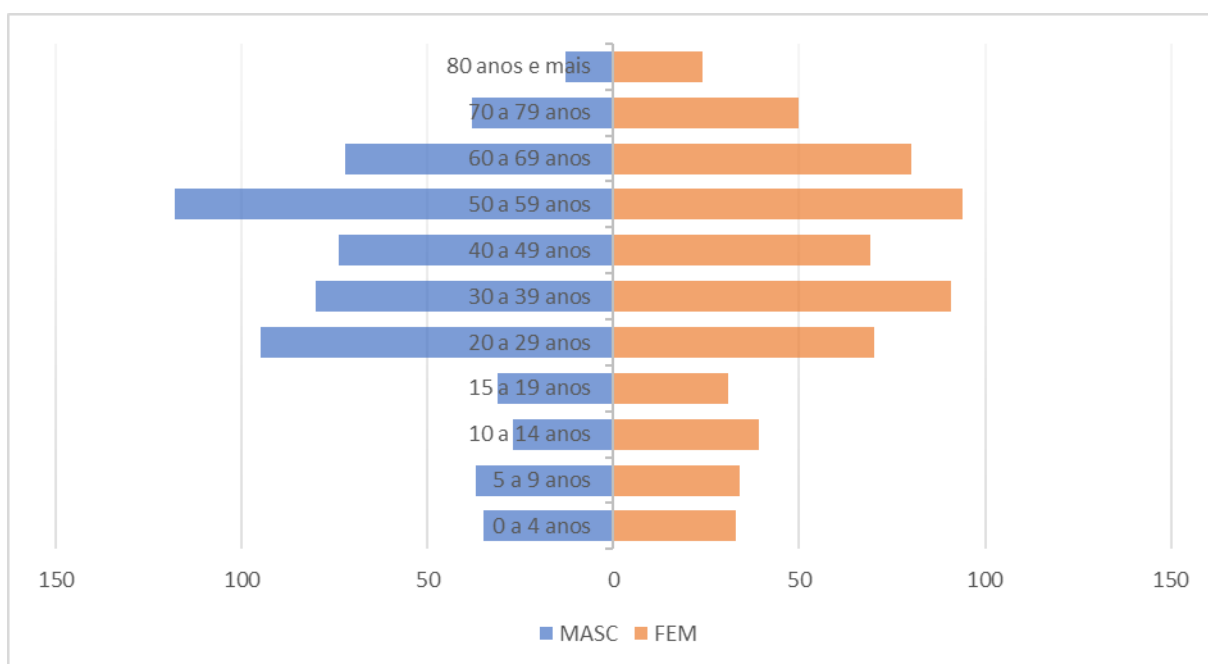
Embora com esta condição de relevo, a exploração com culturas anuais é uma das principais atividades econômicas do município, resultando na ocupação de áreas para lavoura fora de sua aptidão de uso, o que aliado à práticas inadequadas de cultivo verificadas ao longo dos anos e ao desmatamento, gerou a degradação do solo. O município é banhado pelo Rio Saudades, que faz divisa com os municípios de Coronel Martins e São Domingos e pelo Rio Barra Grande que atravessa a cidade de Santiago do Sul.

1.2.1 POPULAÇÃO TOTAL

Santiago do Sul, é tido como o menor município do Estado de Santa Catarina considerando a população residente. Município de pequeno porte, tem tendência redução populacional, tendo em vista a migração para outras cidades, especialmente jovens, em busca de melhores condições de trabalho e renda, que pode refletir melhores condições de vida.

Quadro 02 – População por faixa etária e sexo – Santiago do Sul 2020

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	35	33	68
5 a 9 anos	37	34	71
10 a 14 anos	27	39	66
15 a 19 anos	31	31	62
20 a 29 anos	95	70	165
30 a 39 anos	80	91	171
40 a 49 anos	74	69	143
50 a 59 anos	118	94	212
60 a 69 anos	72	80	152
70 a 79 anos	38	50	88
80 anos e mais	13	24	37
Total	620	615	1235



1.2.2 DENSIDADE DEMOGRÁFICA

Segundo o Censo Demográfico do IBGE 2010, a população de Santiago do Sul é de 1.465 habitantes, sendo 754 homens e 711 mulheres, destes, 867 pessoas residem na zona rural e 583 pessoas na zona urbana, tendo como Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM)

0,778 (PNAD 2017). As informações pela estimativa do IBGE 2020, é de que a população é de 1.235hab, o que corresponde à 28,34hab/Km².

1.2.3 TAXA MÉDIA ANUAL DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO

O Comparativo dos dados do Censo Demográfico e das estimativas populacionais do IBGE demonstram que Santiago do Sul tem apresentado uma taxa média de crescimento populacional da ordem de -1,8% ao ano. Essa redução da população, está ligada à migração da população jovem e a redução do número de filhos por família. A esperança de vida ao nascer (201) era de 75,99 anos.

2. ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E DE INFRAESTRUTURA

O Município de Santiago do Sul possui um perfil eminentemente agrícola e apresenta um índice negativo de crescimento, dado em comum aos demais municípios da região. Apesar da situação da população ter melhorado consideravelmente após a emancipação graças à aproximação de serviços como saúde, transporte, educação, assistência social e outros, o homem do campo ainda sofre pela falta de perspectivas. Atualmente a população do município conta com uma expectativa um pouco melhor de emprego devido à implantação de algumas novas indústrias na região, como agroindústria em Quilombo.

2.1 PRINCIPAIS ATIVIDADES ECONÔMICAS

A principal atividade econômica do município de Santiago do Sul é a produção agrícola onde os principais produtos cultivados são o milho, soja, feijão, fumo, citros e outras culturas de subsistência.

No setor pecuário temos a avicultura e a bovinocultura de corte em destaque. A suinocultura e nos últimos anos temos um aumento considerável na produção leiteira, sendo hoje, em muitas propriedades, a principal fonte de renda. A área rural do município é caracterizada por pequenas propriedades com mão de obra familiar e raros períodos de contratação de mão-de-obra de terceiros.

O êxodo rural, ainda é bastante presente e aliado a migração para outras cidades, há redução da taxa de crescimento, tanto na área rural, como na área urbana. Os filhos de agricultores saem em busca de melhores perspectivas em cidades maiores, uma vez que o campo não oferece atrativos. A renda anual dos agricultores é de média para baixa, o que inviabiliza o consumo de bens. Grande parte da produção agropecuária do município é comercializada no comércio do município e na região.

Com relação a posse de terra, observa-se o predomínio de pequenas propriedades, sendo que 36,67% dos agricultores possuem até 10ha de terra.

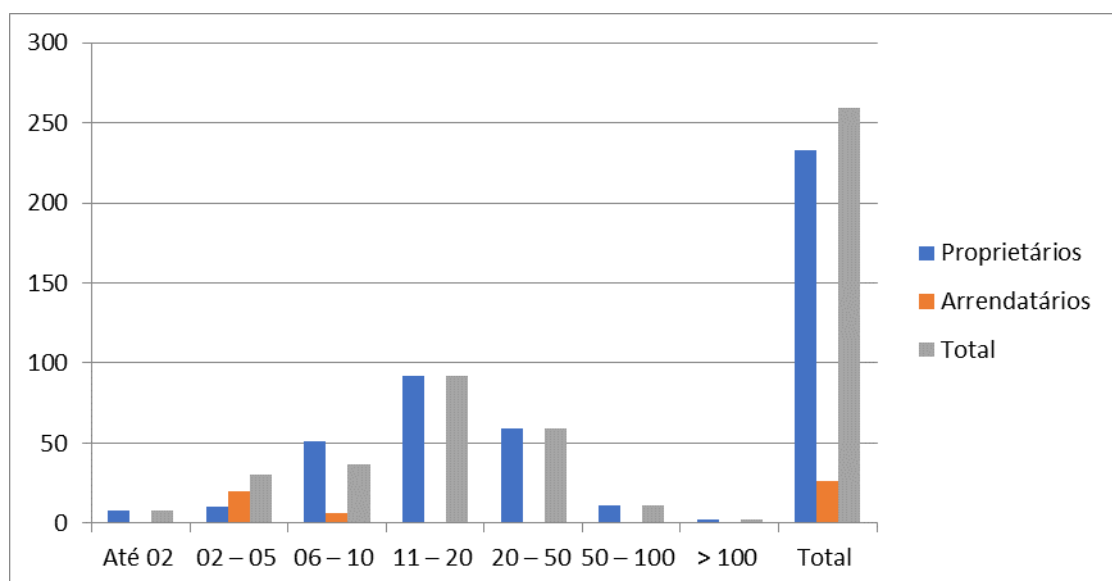


Gráfico 01 – Posse de terras

2.2 NÍVEL DE EMPREGO POR TIPO DE ATIVIDADE

O comércio do município é modesto, atuando principalmente no fornecimento de gêneros alimentícios de primeira necessidade e confecções. O setor industrial é pouco expressivo, com a predominância de pequenas empresas na área de confecção moveleira e comércio em geral. Houve um aumento importante, devido a instalação de uma indústria de confecções, através de uma facção, o que contribui para o emprego e renda da população local. MESCLA (fabrica de confecção de Jeans, assim como a LATICINIOS SANTIAGO, com a produção de queijos, e derivados.

A problemática da falta de renda, emprego e baixos salários no campo, assim como na cidade, resulta em vários outros problemas que podemos classificar como problemas sociais. Faz-se necessário investir em todas as políticas setoriais para que possamos superar o quadro vigente, principalmente na agricultura, com uma política agrária definida e integrada a educação, a saúde e assistência social.

2.3 TRABALHO E RENDIMENTOS

Em 2015, o rendimento médio mensal era de 2.3 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 22.6%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 83ª de 295 e 170ª de 295, respectivamente. Já na

comparação com cidades do país todo, ficava na posição 934ª de 5570 e 1087ª de 5570, respectivamente. A renda média per capita em 2017 era de R\$ 834,41 mensais.

2.4 GRUPOS SOCIAIS ORGANIZADOS

Os grupos sociais existentes no município surgiram da organização e incentivo municipal – Clube de Mães, Grupo de Idosos, Associação dos Servidores Municipais de Santiago do Sul (ASMUSUL) e outras da iniciativa comunitária como a AGRISUL – Associação dos Agricultores de Santiago do Sul, Sindicato dos Produtores Rurais.

As entidades comunitárias e de lazer existentes no município são Associação Cultural Viva a Vida, ARESUL – Associação Recreativa e Esportiva de Santiago do Sul, o Clube Esportivo e Recreativo Guarany, Centro Esportivo, Clube de Mães Clube da Alegria, AAP do Colégio Estadual e escola municipal, Associação de Funcionários Públicos, Grupo de AA, Grupo de Idosos, CTG Chama Crioula e Entidades Religiosas.

O município conta com quadra poliesportiva municipal, Estádio Municipal de futebol de campo, Pavilhão Comunitário, Centro de Eventos e Centro de Múltiplo Uso.

2.5 ASPECTOS EDUCACIONAIS

A Rede de Ensino do Município de Santiago do Sul é formada pelo atendimento público Municipal e Estadual. No atendimento municipal e pré-escola atende 25 alunos, séries iniciais e fundamental 1º ao 5º, 134. Já Rede estadual de 6º ano até 3º ano do Ensino Médio, são 146 alunos. O ensino de 3.º grau é disponibilizado nas cidades de Chapecó, Xanxerê, Palmitos, Pinhalzinho, Quilombo. Todos os alunos recebem auxílio transporte através do município, por meio de Lei Municipal.

3. ASPECTOS GERAIS COM ABRANGÊNCIA RURAL E URBANA

3.1 ABASTECIMENTO E TRATAMENTO DE ÁGUA

O município é composto pelos complexos hidrológicos Córrego do Moinho cuja água escoar para o Rio Saudades na divisa do município e o Córrego do Gato, cuja água escoar para o Rio Barra Grande, que atravessa a cidade e posteriormente também desemboca no Rio Saudades. Os córregos em época de estiagem, praticamente secam, restando apenas os rios com água. O abastecimento de água é garantido graças a uma rede de poços artesianos no meio urbano e no meio rural, que são geridos através de Associações Comunitárias, beneficiando mais de 90% da população em geral, somente não são atendidos aqueles moradores que estão localizados em regiões de maior altitude, cuja a água não chega por

gravidade. Nestas famílias, a EPAGRI, em parceria com a Prefeitura Municipal estão fazendo sistemas de armazenamento e distribuição coletivos e individuais, utilizando fontes protegidas modelo caxambu.

3.2 ENERGIA ELÉTRICA

A distribuição de energia elétrica é prestada pela CELESC – Centrais Elétricas de Santa Catarina – atingindo praticamente 100% da população tanto urbana quanto rural.

3.3 LIXO

Grande progresso houve no município na questão da coleta do lixo. Na área urbana, o lixo doméstico é armazenado na cesta de coleta e posteriormente é recolhido por uma empresa terceirizada 03 (três) vezes por semana, com isso, 100% dos domicílios urbanos, tem coleta de lixo. Na área rural, a população é orientada a usar o lixo orgânico como fonte de adubação, e o lixo inorgânico queimado e enterrado. As embalagens de agrotóxicos são devolvidas no local da compra dos mesmos.

3.4 SISTEMA HABITACIONAL

O município de Santiago do Sul não apresenta déficit habitacional acentuado, tendo em vista a Regularização Fundiária e a desocupação de áreas de terras (lotes) no ano de 2021. O município, por meio da administração municipal, está viabilizando uma área para construção de novas unidades habitacionais a fim de suprir essa demanda. Em 2012 foram construídas 10 casas com recursos do Governo Federal e da Administração Municipal para pessoas sem condições de recursos próprios. Outras 28 casas foram construídas através do Programa Federal Minha Casa Minha Vida incluindo recursos da administração e recursos financiados pelo próprio beneficiário.

3.5 MEIO AMBIENTE

A questão ambiental começa a tomar destaque nas discussões da comunidade e instituições. É flagrante ainda a contaminação de mananciais de água através do uso indevido/massivo de agrotóxicos. A Prefeitura Municipal através de suas Secretarias e em parceria com a EPAGRI, tem iniciativas e faz encontros, reuniões e orientações, com ênfase na conscientização das famílias de agricultores. A Secretaria Municipal de Agricultura e Meio Ambiente vem trabalhando neste sentido através de programas de reflorestamento conservacionista buscando a recomposição da mata ciliar em torno das fontes de água, córregos e rios.

3.6 COMUNICAÇÃO

O Município está bem servido, no meio urbano todas as solicitações de ligação de telefonia são atendidas. No meio rural foram instalados sistemas coletivos de telefonia, postos de telefonia rural com telefones celulares, sendo que a maioria das famílias do meio rural possuem telefone instalado na residência. Outra alternativa que a população em geral utiliza para comunicação é o serviço de telefonia móvel. O serviço de internet já está sendo utilizado por grande maioria da população urbana e atingindo aos poucos muitas famílias do interior do município. O município possui rádio comunitária, mas utiliza os serviços de outros municípios como a rádio Coração FM de Quilombo, Rádio Clube de São Domingos e jornais de circulação regional. São sintonizados os canais da RBS TV E SBT de Chapecó e, através de antenas parabólicas, algumas famílias têm acesso às principais redes de televisão.

3.7 TRANSPORTE

O Município de Santiago do Sul conta com linha de transporte alguns dias por semana para deslocamento a São Domingos. No interior o transporte é feito através de bicicleta, motocicleta, cavalo, ônibus e automóvel.

3.8 SEGURANÇA PÚBLICA

O município de Santiago do Sul tem a sua disposição um posto da polícia militar com quatro soldados e uma viatura para atender as poucas ocorrências do município. O registro das ocorrências é realizado pela Polícia Civil duas vezes por semana no posto policial de Santiago do Sul e conforme a necessidade são encaminhados para o município de Quilombo, assim como os encaminhamentos para a Justiça através do Fórum. O Município não possui Corpo de Bombeiros sendo que as ocorrências são atendidas pela corporação da cidade de São Domingos e Chapecó.

4. ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO A SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

A análise da situação de saúde do município de Santiago do Sul está embasada nos indicadores de morbi-mortalidade e das taxas de natalidade, configurando-se como base principal, em conjunto com outros indicadores para a determinação das políticas sociais, mais especificamente no âmbito da saúde pública, através da formulação e execução de programas que objetivam a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

4.1 NATALIDADE

Quadro 03: nascidos vivos por sexo 2013 a 2020 – Santiago do Sul

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Feminino	06	12	10	11	06	07	11	12
Masculino	05	14	10	08	07	09	07	10
Total	11	26	20	19	13	16	18	22

Fonte TABNET/DATASUS

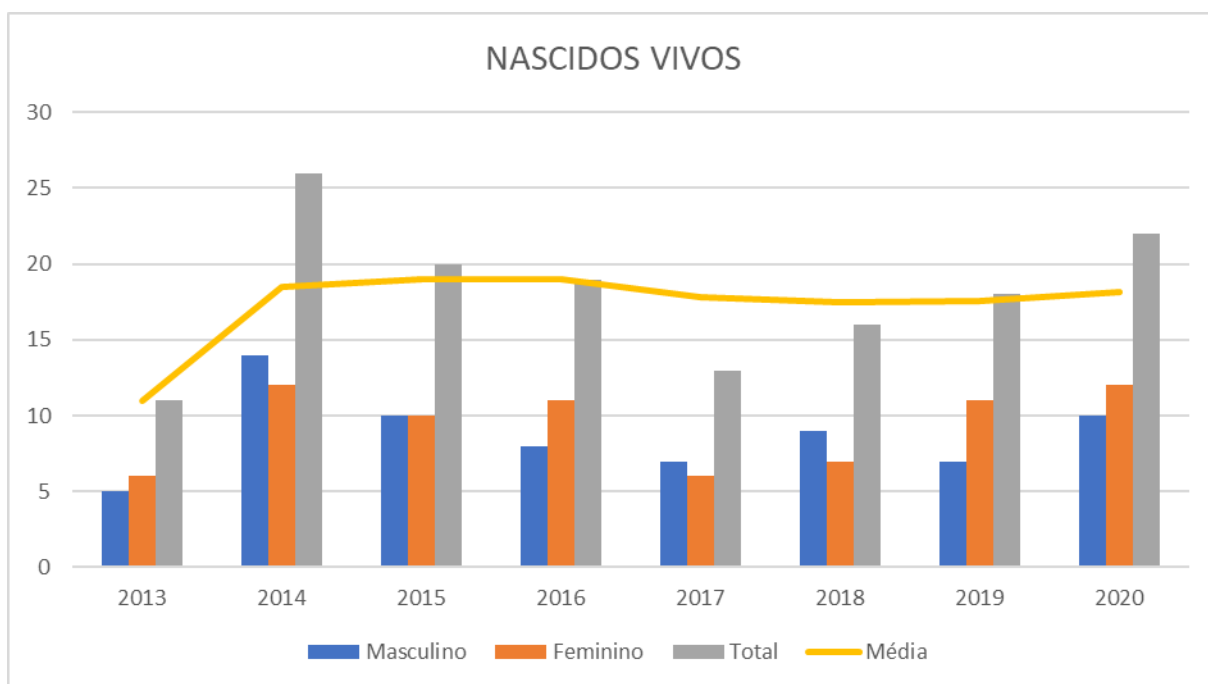


Gráfico 02 – Nascidos Vivos

4.1.1 NASCIDOS VIVOS POR TIPO DE PARTO

ANO/TIPO DE PARTO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
VAGINAL	3	3	3	3	3	2	3	2
CESÁREO	8	23	17	16	10	14	15	20
TOTAL	11	26	20	19	13	16	18	22

Fonte: DATASUS/TABNET

4.1.2 NASCIDOS VIVOS POR IDADE DA MÃE

Idade da Mãe	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
10 a 14 anos	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
15 a 19 anos	3	4	0	3	2	0	1	3	2	2
20 a 24 anos	5	4	4	6	6	6	5	5	3	6
25 a 29 anos	3	4	2	6	5	7	4	5	4	7
30 a 34 anos	3	9	4	7	4	4	1	2	7	4
35 a 39 anos	0	3	0	2	2	2	2	1	2	2
40 a 44 anos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
45 a 49 anos	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	14	24	11	26	20	19	13	16	18	22

Fonte: TABNET/DATASUS

4.1.3 NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS POR PESO AO NASCER

O peso considerado normal para um bebê ao nascer varia entre 2.500 a 3.999 gramas. Um bebê é dito ter baixo peso ao nascer quando pesa menos do que estes valores de referência ao nascimento, independentemente da idade gestacional, seja ele prematuro ou não.

O peso ao nascer é considerado muito baixo se for inferior a 1500 gramas e extremamente baixo se inferior a 1000 gramas. Quanto menor o baixo peso ao nascer, maiores são as complicações a que o bebê está sujeito e menores as possibilidades de sobrevivência.

Segue abaixo tabela com o número de crianças que nasceram com menos de 2500 gramas em Santiago do Sul.

Quadro 04 – Nascidos vivos peso 2013-2020 – Santiago do Sul

Ano do Nascimento	Menos de 2500 gr	Mais de 2500 gr	Total
2013	01	10	11
2014	05	21	26
2015	01	19	20
2016	02	17	19
2017	03	10	13
2018	00	16	16
2019	01	17	18
2020	02	20	22

Fonte: DATASUS/TABNET

4.1.4 MORTALIDADE

Nos últimos 50 anos ocorreram significativas mudanças no perfil da mortalidade da população brasileira, com diminuição dos óbitos por doenças infecto parasitárias e aumento das mortes por causas externas e doenças crônico-degenerativas.

O município de Santiago do Sul tem como principais causas de óbitos as Neoplasias (Tumores) Capítulo II, com cerca de 32% do total, em seguida as doenças do relacionadas ao aparelho circulatório – Capítulo IX. Demais óbitos estão dentro dos parâmetros vigentes.

Quadro 05 – Mortalidade geral por Causas Capítulo (CID-10) 2015-2019

Causas Capítulo CID 10	2015	2016	2017	2018	2019	Total
I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	00
II – Neoplasias (tumores)	2	4	5	1	2	14
III – Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários.	1	0	0	0	0	01
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	1	01
V – Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	00
VI – Doenças do sistema nervoso	0	0	1	0	0	01
IX – Doenças do aparelho circulatório	3	3	1	2	1	10
X – Doenças do aparelho respiratório	0	3	0	1	3	07
XI – Doenças do aparelho digestivo	0	1	0	2	2	05
XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	00
XIV – Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	00
XV – Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	0	00
XVI – Algumas afecções orig. no período perinatal	0	0	0	0	0	00
XVII – Malformações congênicas, deformações e anomalias cromossômicas	0	0	0	0	0	00
XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial	0	0	0	0	0	00
XX – Causas externas	2	0	1	1	1	05
IGN – Causas mal definidas	0	0	0	0	0	00
Total	8	11	8	7	10	44

Fonte: TABNET/DATASUS

4.1.5 MORTALIDADE INFANTIL

A mortalidade infantil no Brasil caiu de 69,1 por mil nascidos vivos, em 1980, para 16,7 por mil, em 2010, o que representa queda de 75,8%. O resultado está na pesquisa Tábuas de Mortalidade 2010 – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, (IBGE 2010).

Na avaliação do Instituto, a redução na taxa de mortalidade infantil é resultado concreto de ações governamentais e não governamentais no campo da saúde e reflete as condições de vida da população.

Em Santiago do Sul, houve somente um óbito infantil nos últimos 10 anos. Considerando o total de nascidos vivos no período (189), a Taxa de Mortalidade Infantil ficou em 5,20% um ótimo índice, bem abaixo do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 10/1000. Isso pode representar o resultado das ações efetivas por parte da Atenção Primária em Saúde (APS), na busca ativa das gestantes no início da gravidez e detecção de possíveis doenças relacionadas, para evitar a mortalidade.

4.1.6 MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF)

O Coeficiente de Mortalidade de Mulher em Idade Fértil também representa um bom indicador de saúde da população feminina. Neste sentido o foco é enfrentar os desafios para a redução da mortalidade de Mulher em Idade Fértil (MIF), normalmente estão mais relacionadas as Causas Externas ou doenças como Neoplasias/Tumores. Já a Mortalidade Materna refere-se as mortes de mulheres em decorrência do parto, desde o início da gestação, até um ano após o parto, desde que a morte tenha como causa básica a gestão e o parto. São mortes evitáveis, em sua grande maioria.

No município de Santiago do Sul, desde o ano de 2010 até o ano de 2019, ocorreram (04) quatro óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), destes três devido à Neoplasias/Tumores. Felizmente não houve óbitos materno nesse período.

4.1.7 MORBIDADE HOSPITALAR

Morbidade Hospitalar, trata da distribuição percentual de internações hospitalares no SUS por grupos de causas selecionadas, em determinado local e período. Indica o peso relativo dos grupos de causas de internação. A quantificação das doenças ou cálculo das taxas e coeficientes de morbidade e morbimortalidade são tarefas essenciais para Vigilância Epidemiológica e controle das doenças, que por sua vez, para fins de organização dos serviços de saúde e intervenção nos níveis de saúde pública, podem ser divididas em Doenças Transmissíveis e Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs).

Destacamos no quadro abaixo as internações hospitalares por problemas do aparelho respiratório, que pode estar ligada ao número de fumantes na população adulta e idosos, mas também tem relação com o clima, tendo em vista as variações importantes durante as quatro estações do ano, pois a temperatura varia de -4C° a +40C°. O maior percentual está na população idosa e crianças, os idosos, por tratar-se de doenças crônicas como Doença Obstrutiva Pulmonar Crônica (DBPOC), tem internações com maior frequência, e isso

contribuiu para um aumento importante dessas internações. Ações da Atenção Primária em Saúde (APS), devem ser desencadeadas para diminuir esse índice de morbidade.

Quadro 06 – Internações hospitalares por grupos de causas – 2015-2020

Causas Capítulo CID 10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	09	09	05	13	07	05	48
II – Neoplasias (tumores)	03	22	30	08	12	05	80
III – Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários.	04	05	04	00	03	02	18
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.	04	02	02	00	02	03	13
V – Transtornos mentais e comportamentais	04	02	02	03	05	01	17
VI – Doenças do sistema nervoso	02	02	01	00	08	05	18
VII – Doenças do olho e anexos	02	1	00	00	00	00	03
VIII – Doenças do ouvido, apófise e mastoide	01	00	04	01	05	01	12
IX – Doenças do aparelho circulatório	21	18	08	15	16	6	84
X – Doenças do aparelho respiratório	32	39	17	42	27	9	166
XI – Doenças do aparelho digestivo	21	23	10	17	14	12	97
XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	02	01	00	02	00	02	07
XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	16	15	06	14	19	20	90
XIV – Doenças do aparelho geniturinário	14	09	04	11	17	04	59
XV – Gravidez, parto e puerpério	8	8	3	10	9	11	49
XVI – Algumas afecções orig. no período perinatal	01	02	01	05	00	00	09
XVII – Malformações congênitas, deformações e anomalias cromossômicas	01	01	00	00	00	00	02
XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais.	02	08	25	07	15	10	67
XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	13	06	14	12	05	15	65
XXI – Contatos com Serviços de Saúde	02	01	00	02	01	00	06
Total	162	174	136	162	165	111	910

FONTE: DATASUS/TABNET

5. ANÁLISE DAS LINHAS DE ATENÇÃO

5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)

A Atenção Primária em Saúde (APS) é entendida como o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do trabalho em equipe e orientada pelos princípios doutrinários e transversais do Sistema Único de Saúde (SUS), de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Seu papel no Sistema de Saúde é garantir a acessibilidade, a coordenação, responsabilização e continuidade do cuidado; construindo vínculo entre usuário e profissionais. Para isto, é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e próxima da vida das pessoas. A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. (*Portaria Ministerial 2.436 PNAB Artigo 5º*).

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada no SUS e a ordenadora dos serviços, deve ser o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esta rede de atenção conta com equipe(s) de Estratégia Saúde da Família (ESF), apoiadas pelo(s) antigos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atualmente fazem parte das Equipes Ampliadas de ESF, além de arranjos assistenciais inovadores com a(s) equipe(s) do melhor em casa, articuladas com a comunidade e com os demais serviços do território.

Cabe à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) através da Coordenação de Atenção Básica, organizar, reorganizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território. Para o cumprimento desta missão, apresentam-se neste Plano Municipal de Saúde, instrumentos que norteiam o trabalho das equipes nas UBS com o objetivo de padronizar as ações na rede básica, respeitando as especificidades e peculiaridades de cada território.

Este documento traz diretrizes que buscam orientar os processos de trabalho nas UBS e aproximá-los cada vez da Política Nacional de Humanização do SUS e da Atenção Básica em Saúde. Assim, a Secretaria pretende qualificar a relação e a convivência entre usuários e trabalhadores, garantir acesso mais humanizado e fortalecimento do SUS.

A Rede de Atenção Básica do Município é composta por uma Unidade de Saúde atuando no modelo de Estratégia de Saúde da Família – ESF. A consequente

expansão de cobertura das ações básicas tem promovido a redução da desigualdade no acesso ao sistema de saúde.

5.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de atividades multiprofissional e intersetorial, objetivando os serviços relacionados ao medicamento com ênfase na promoção da saúde envolvendo o paciente e a comunidade, o qual envolve a seleção de medicamentos, sua programação, aquisição, armazenamento, distribuição, utilização, e também compreendendo avaliação da prescrição, dispensação e uso correto e ainda gerenciamento, financiamento, capacitação de recursos humanos, controle e avaliação da gestão.

Dentro deste conjunto que compreende a assistência farmacêutica, encontram-se as ações de atenção farmacêutica, privativa do profissional farmacêutico, sendo uma forma de assistência à população de forma individual e/ou coletiva, buscando promoção do uso racional de medicamentos, permitindo assim uma maior interação do farmacêutico com o paciente

O medicamento é um instrumento que assumiu na prática médica um papel de importante ferramenta, que visa o resultado final do processo diagnóstico e demonstra o contato mais direto serviço – usuário, além de ser o símbolo do desejo de modificar o curso natural da doença.

A Gestão adequada da Assistência Farmacêutica também possibilita a otimização e racionalização de recursos financeiros e a disponibilização de ferramentas fundamentais para o cuidado em saúde.

A farmácia está informatizada, cada paciente que retira medicamentos está devidamente cadastrado e tem o controle dos medicamentos que receberam, o que possibilita o adequado uso racional de medicamentos, controlando o processo de gerenciamento do medicamento. O objetivo da assistência farmacêutica é o fornecimento de medicamentos à população mediante apresentação de receituário médico. O armazenamento dos medicamentos consiste em procedimentos envolvendo o recebimento, estocagem conservação e o controle de estoque dos mesmos, conforme preconizado pela legislação vigente. A farmácia básica dispõe de uma gama considerável de medicamentos, que são dispensados

conforme as necessidades demandadas pela população, sendo adquiridos com recursos repassados pela União, do Estado e grande parte de custeio é realizado pelo Município.

A lista dos medicamentos tem como base a listagem de medicamentos que compõe o grupo da farmácia básica faz parte da Relação Municipal de medicamentos Essenciais (REMUME), definidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). Também são dispensados os medicamentos do Componente Excepcional e demandas judiciais.

5.3 SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS (SIA)

A boa gestão do sistema de saúde, considerando a amplitude da rede de atenção e o planejamento das ações, o volume e o fluxo de informações, a dinâmica e as necessidades da população, prescinde de um sistema informatizado de informações que disponha de uma base de dados fidedigna e que possibilite ao gestor a tomada de decisões.

Com a adoção pelo Ministério de Saúde de um modelo de atenção por programas de saúde, para que este tivesse efetividade, desenvolveram sistemas informatizados específicos para coleta e análise de dados a serem preenchidos pelos gestores das outras esferas de governo.

Esta prática que atendeu uma necessidade de gestão do nível superior, no entanto, com o desenvolvimento de novas ferramentas de informática em nível local, desencadeou um processo de informação baseado na alimentação individual destes sistemas a partir de dados locais de forma integrada instalando-se o Sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde – E-SUS, buscando qualificação das informações da cada setor no aspecto da produção e no efetivo lançamento dos dados.

São vários os Sistemas de Informação em uso na Secretaria Municipal de Saúde de preenchimento obrigatório pelo município, na qual cada profissional detém a qualificação para os procedimentos necessários.

Todas as informações são essenciais para acompanhamento de forma geral da produção e dos indicadores gerados, no contexto de propor ações de planejamento e políticas pontuais conforme a realidade demonstrada.

5.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Há alguns anos, usa-se a definição de Vigilância em Saúde, para definir a atuação do setor que engloba as “Vigilâncias” Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. Isso dá-se, justamente para que a atuação seja interdisciplinar e em conjunto. Sugere-se inclusive que desde a localização “física” desses setores, seja junto ou pelo menos

próxima, para que assim, possam realizar ações e tomar decisões conjuntas. Tendo em vista as especificidades de atuação, dissociar uma da outra, numa comparação um tanto esdrúxula, seria como “separar” os trabalhadores de uma linha de produção, onde o produto final é o conjunto de ação de todos.

A **vigilância em Saúde** está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. A partir daí a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador.

A Vigilância em Saúde está incluída no campo de ação do Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolve programas relevantes de prevenção e controle, devendo ser utilizada para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática, em várias áreas.

O desenvolvimento de sistemas de vigilância, implica o acesso à elevada gama de informações, especialmente as relativas à morbidade, à mortalidade, à estrutura demográfica, ao estado imunitário e nutricional da população, à situação socioeconômica e ao saneamento ambiental, sendo que a Saúde atualmente tem sido a porta de entrada para vários sistemas, tendo íntima relação com a situação social regional. A Vigilância deve trabalhar de forma integrada e harmônica com todas as Unidades de Atendimento à Saúde.

5.4.1 EPIDEMIOLÓGICA

Realiza um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Trabalha com doenças sexualmente transmissíveis agudas e crônicas; doenças transmissíveis agudas; doenças transmissíveis crônicas; doenças imunopreveníveis; investigações e respostas a casos e surtos e epidemias; doenças emergentes; agravos inusitados; inclui o também o Programa Nacional de Imunização (PNI), vacinação. **Imunização:** É o conjunto de todas as atividades relacionadas com os imunobiológicos e sua adequada utilização. Podem ocorrer surtos ou acontecimentos inesperados mesmo com imunobiológicos eficazes, cabendo providências complementares organizadas, seguindo diretrizes da Vigilância em Saúde, com respaldo científico e rigoroso sistema avaliador de qualidade, também com controle de procedimentos inadequados e

eventos adversos de imunobiológicos, acompanhando também de maneira rigorosa o armazenamento, a conservação e o transporte de vacinas até sua utilização.

5.4.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Realiza um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, produtos e da prestação de serviços de interesse da saúde. *Possui a missão de promover e proteger a saúde da população por meio de estratégias e ações de educação e fiscalização. Atua num conjunto de ações para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente da população e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Estabelece os parâmetros necessários à saúde pública, regulando os processos e produtos que interferem na saúde das pessoas e quando necessário usa o poder de polícia sanitária por meio da fiscalização e do monitoramento, aplicando infrações e intimações, interditando estabelecimentos, apreendendo produtos e equipamentos, entre outras ações. (VISA SC)*

São considerados Estabelecimentos de Saúde ou de Interesse da Saúde, por exemplo:

- Hospitais, clínicas médicas e odontológicas, laboratórios, asilos, presídios, profissionais de saúde, etc.
- Farmácias, drogarias, perfumarias, saneantes, produtos de higiene, produtos hospitalares (indústria, comércio e rotulagem) importadora, exportadora, distribuidora, transportadora, armazenadora de medicamentos, cosméticos e saneantes.
- Bares, restaurantes, mercados, frutarias, açougues, peixarias, frigoríficos, indústrias e rotulagem de alimentos, transportadoras, embaladoras, importadoras, exportadoras e armazenadoras de alimentos.
- Investiga situações que envolvem reações adversas a medicamentos, sangue e produtos para saúde, intoxicação por produtos químicos, etc.
- Shoppings, cinemas, clubes, óticas, postos da gasolina, estádios, piscinas, escolas, cemitérios, salões de beleza, portos, aeroportos, áreas de fronteira, entre outros.

Conforme a Tabela SUS/SIGTAP, estão entre as atribuições da VISA:

Descrição do Item	CÓDIGO SUS
1) Cadastro de estabelecimentos sujeitos a VISA	01.02.01.007-2
2) Instauração de processos administrativos de VISA	01.02.01.052-8
3) Inspeção em estabelecimentos sujeitos a VISA	01.02.01.017-0
4) Atividades educativas para população	01.02.01.022-6
5) Atividades educativas para o setor regulado	01.02.01.005-0
6) Recebimento de denúncias	01.02.01.023-4

7)	Atendimento de denúncias.	01.02.01.024-2
8)	Investigação de Surto por DTAs	01.02.01.020-0

A VISA, após inspeção no(s) estabelecimento(s) – pelo menos uma vez ao ano – emite o Alvará Sanitário, legitimando assim, o funcionamento do estabelecimento. Entretanto, em caso de descumprimento da legislação sanitária, o Alvará pode(deve) ser cancelado e estabelecido o Processo Administrativo correspondente.

A inspeção sanitária consiste, conforme a RDC 207/2018, no “conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que visa a proteção da saúde individual e coletiva, por meio da verificação in loco do cumprimento dos marcos legal e regulatório sanitários relacionados às atividades desenvolvidas e às condições sanitárias de estabelecimentos, processos e produtos. A inspeção permite a adoção de medidas de orientação e correção de situações que possam causar danos à saúde da população”.

A expedição da Alvará Sanitário, é precedida do Pagamento da Taxa correspondente, de acordo com o tipo de estabelecimento e está estabelecido em Lei Municipal. Caso o município não possua lei própria, normalmente utiliza a taxa/valores do Estado. Para isso, é necessário efetuar o pedido, via protocolo e após cumpridos os trâmites legais, é feita a inspeção e posterior emissão do Alvará, com validade de um ano geralmente, exceto em casos excepcionais.

A base para atuação em Santa Catarina é a Lei 6.320/1983. Além disso, o Código Sanitário Municipal, quando existir - é o “livro de cabeceira” de todo Fiscal Sanitário. Toda atuação/produção, deve ser registrada no Sistema PHAROS, para isso faz-se necessário login e senha, disponibilizados após possuir CREDENCIAL de atuação como Fiscal de VISA.

Ainda, Coleta e **Envio ao Laboratório Central (LACEN)** de amostras de água da **Rede Pública ou Soluções Coletivas** (poços artesianos, por exemplo). A coleta e envio são mensais, de acordo com a quota estabelecida de acordo com os cadastros no **SISÁGUA**, o qual deve ser alimentado regularmente.

5.4.3 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Em nossa região, o principal foco é o combate ao *Aedes Aegypti*, mosquito transmissor da Dengue, Zika Vírus e Chikungunya), porém não se limita a esse programa, mas sim, deve contemplar outros temas/programas que envolvam o meio ambiente ou outro tipo de vetores.

Desencadeia um conjunto de atividades relativas às zoonoses e questões sanitárias ligadas ao meio ambiente e riscos à saúde (água, ar e solo), com ações integradas com as equipes de ESF, Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O(s) Agente(s) de Combate a Endemias (ACE) deve(m), de forma ordenada/coordenada e supervisionada, realizar as ações de campo, orientando a população, sobre as formas de combate ao mosquito, verificar a existência de possíveis criadouros – locais com água parada (vasos de flores, caixas d'água, cisternas, piscinas, calhas, lonas, garrafas, lixo, entulhos de construção entre outros). Sugerir, orientar, notificar e tomar as providências cabíveis no sentido de eliminar o(s) problema(s).

Em conjunto com as demais vigilâncias e, se for no caso, em conjunto com as autoridades policiais, tomar as providências de acordo com cada situação apresentada e a não solução do problema, por parte do responsável pelo local(ais) onde o problema foi constatado.

5.4.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Desencadeia um conjunto de atividades que, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, se destinam à promoção e à proteção à saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

5.4.5 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS)

A Secretaria Municipal de Saúde pretende incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva de melhorar as atividades da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

A pretensão de trabalharmos com as Práticas Integrativas e Complementares visa contribuir no aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

Outro objetivo está na promoção e racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades, estimulando as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

O desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais do SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para educação permanente

busca estimular às ações intersetoriais com parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações, bem como o fortalecimento da participação social.

5.5 CONTROLE SOCIAL

A participação da comunidade, sob a perspectiva do controle social, permite que a população interfira na gestão do SUS, empregando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. Essa perspectiva é considerada uma das formas mais avançadas de democracia, pois determina uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, de maneira que decisões sobre as ações de saúde deverão ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles conhecem a realidade da saúde das comunidades. (BRASIL, 2001).

A Lei n.º 8.142/90 e resolução 453/2012 dão o respaldo ao exercício efetivo do Conselho Municipal de Saúde nos processos de fiscalizar, acompanhar, propor e deliberar sobre as políticas públicas prioritárias em saúde no município. Essa realidade é resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, representando uma vitória significativa no controle social através dos conselhos representativos e paritários. A partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício da cidadania e do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo. Por isso deve funcionar e tomar decisões regularmente acompanhando a execução da política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamento em seus rumos.

A legislação também é clara quanto a forma de composição dos conselhos. Em primeiro lugar, garante a representação dos seguintes segmentos: governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Esta composição deve ser paritária, na qual 50% são representantes dos usuários do sistema, 25% de profissionais e 25% de governo e prestadores de saúde.

As reuniões ordinárias ocorrem mensalmente com cronograma pré-estabelecido e divulgado no mural da Unidade Básica de Saúde. Por não possuir estrutura física própria, o Conselho Municipal de Saúde realiza as reuniões nas dependências do Centro Municipal de Saúde.

6. OBJETIVOS E METAS

6.1 OBJETIVO GERAL DO PLANO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Santiago do Sul, tem como objetivo principal a implementação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o arranjo organizacional que dará suporte a efetivação das políticas públicas de saúde no município. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes no município e em outros, assegurados à população através da Programação Pactuada Integrada (PPI) ambulatorial e hospitalar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), o custeio/financiamento entre outros aspectos.

7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)

7.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)

A Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) é entendida como o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do trabalho em equipe e orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS: de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Seu papel no Sistema de Saúde é garantir a acessibilidade, a coordenação, responsabilização e continuidade do cuidado; construindo vínculo entre usuário e profissionais. Para isto, é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e próxima da vida das pessoas.

A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade. (*Portaria Ministerial 2.436 PNAB Artigo 5º*).

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada no SUS e a ordenadora dos serviços, deve ser o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esta Rede de Atenção conta com as equipe(s) de Estratégia Saúde da Família (ESFs), com o apoio/suporte dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que desde a publicação da Portaria Ministerial 2.979/2019, passaram a integrar as Equipes Ampliadas de Saúde da Família, como arranjos assistenciais articuladas com a comunidade e com os demais serviços do território.

Cabe à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) através da Coordenação de Atenção Básica, organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território. Para o cumprimento desta missão, apresentam-se neste Plano Municipal de Saúde, instrumentos que norteiam o trabalho das equipes nas UBS com o objetivo de padronizar as ações na rede básica, respeitando as especificidades e peculiaridades de cada território.

Este documento traz diretrizes que buscam orientar os processos de trabalho nas USF e aproximá-los cada vez da Política Nacional de Humanização do SUS e da Atenção Básica em Saúde. Assim, a Secretaria pretende qualificar a relação e a convivência entre usuários e trabalhadores, garantir acesso mais humanizado e fortalecimento do SUS.

7.1.1 DIRETRIZ 01: Atenção Primária em Saúde (APS), como garantia de acesso sendo a ordenadora dos serviços de saúde.

OBJETIVO: Ampliar o acesso aos serviços ambulatoriais da Atenção Básica, por meio das equipes de ESF.

			Meta prevista para o ano			
Meta	Indicador	Meta 2022-2025	2022	2023	2024	2025
Assegurar os recursos necessários – humanos, materiais, veículos e instalações físicas – adequados à assistência ambulatorial.	Recursos Humanos, materiais, insumos e instalações físicas	100%	100%	100%	100%	100%
Manter a cobertura de 100% com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF).	Relação população x equipes de ESF	100%	100%	100%	100%	100%
Assegurar a carga horária semanal de profissionais para o atendimento da demanda, de acordo com os parâmetros assistenciais vigentes.	Recursos Humanos para composição as equipes de Atenção Primária.	100%	100%	100%	100%	100%
Ampliar carga horaria fisioterapeuta e nutricionista	Ampliação carga horária	40h	40h	40h	40h	40h
Garantir o Atendimento multidisciplinar aos pacientes sintomáticos respiratórios suspeitos e confirmados de COVID-19.	Pacientes sintomáticos respiratórios	100%	100%	100%	100%	100%
Ampliar em 60% o agendamento prévio dos atendimentos eletivos (consultas e exames) na APS.	Agendamento prévio	100%	20%	20%	20%	20%
Ampliar o Programa de Controle do Tabagismo no município, para atender a demanda.	Tabagistas do município	50%	20%	10%	10%	10%
Acompanhar pelo menos 85% dos beneficiários do Auxílio Brasil, antigo Programa Bolsa Família (PBF).	Beneficiários do PBF cadastrados	85%	85%	85%	85%	85%
Redução das mortes prematuras (30-69) pelos quatro grupos de causas de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DNCT)	População na faixa etária de 30-69 anos. 277/100.000	40%	10%	10%	10%	10%
Acompanhar e monitorar os Hipertensos identificados, com verificação de Pressão Arterial (PA) a cada seis meses.	Hipertensos cadastrados Índice de Prevalência: 20% adultos > de 40 anos	100%	70%	80%	90%	100%
Acompanhar e monitorar os portadores de diabetes identificados, com solicitação de Hemoglobina Glicada, pelo menos uma vez ao ano.	Portadores de Diabetes Índice de Prevalência: 7% adultos > 40 anos	100%	70%	80%	90%	100%

Implementação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) – Academia ao Ar Livre, Fitoterapia, Reiki, Massoterapia e outros.	Promoção de Saúde, através de PICs à população usuária.	20	05	05	05	05
Implantar a Aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) à população Idosa.	Idosos do município	01	01	Manter	Manter	Manter
Implantar protocolos de atendimento na Unidade de Saúde da Família (USF)	Falta de protocolos	06	03	02	01	manter
Manutenção e melhoria do sistema de informação em saúde e-SUS/AB garantindo qualidade da informações de saúde direto com o MS Sistema de informação e-SUS/AB (Informatiza APS)	Informatização das Unidades de Saúde e produção ambulatorial	100%	100%	100%	100%	100%

7.1.2 DIRETRIZ 01: Atenção Primária em Saúde (APS), como garantia de acesso sendo a ordenadora dos serviços de saúde.

OBJETIVO: Saúde Mental – Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS.

Meta	Indicador	Meta 2022-2025	Meta prevista para o ano			
			2022	2023	2024	2025
Implantação/implementação do Serviço de Atendimento Psicossocial.	População com transtornos mentais e comportamentais	Implementar 100%	Imple-mentar	20%	30%	50%
Implantar Rede Municipal multi e interdisciplinar disciplinar no município.	Implantação da Rede	Implantar	Implan-tar	Imple-mentar	Imple-mentar	Imple-mentar
Oferecer Capacitação em Saúde Mental aos trabalhadores da saúde	Servidores Públicos municipais da Saúde	100%	30%	20%	20%	30%
Assegurar o acesso a todos os níveis de atenção em Saúde Mental, à demanda municipal.	População com transtornos ou sofrimento mental	100%	100%	100%	100%	100%

7.1.3 DIRETRIZ 01: Atenção Primária em Saúde (APS), como garantia de acesso sendo a ordenadora dos serviços de saúde.

OBJETIVO: SAÚDE BUCAL – Garantir o atendimento integral à população na área de Saúde Bucal, realizando minimamente os procedimentos estabelecidos no Caderno de Atenção Básica nº 17.

	Meta prevista para o ano
--	--------------------------

Meta	Indicador	Meta 2022-2025	2022	2023	2024	2025
Manter a cobertura em Saúde Bucal, em 100% da população usuária do SUS.	População usuária do SUS de Santiago do Sul	100%	100%	100%	100%	100%
Realizar Escovação dental supervisionada pelo menos 04 (quatro) vezes ao ano vezes aos alunos entre 00 e 12 anos. Ações do PSE	Crianças na faixa etária e que frequentam escolas	04	04	04	04	04
Implantar/implementara o Sistema de Tratamento Concluído (TC) na Atenção Básica com a 1ª Consulta programática.	População usuária da Rede Pública (APS)	01	01	Manter	Manter	Manter
Fornecer Próteses Totais (PT) e Próteses Parciais Removíveis (PPR) à população edentada	Próteses/ano à população edentada atendida na APS.	960	240	240	240	240
Atender através de agendamento, pelo menos uma consulta odontológica programática para cada gestante.	Gestantes acompanhadas no pré-natal	100%	100%	100%	100%	100%
Realizar o CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) na população 12 anos.	População 12 anos	2	01	00	00	01
Viabilizar estrutura física, com construção de escovódromo/escovadário nas escolas para escovação supervisionada.	Alunos de 0 a 12 anos Escolas da Rede pública	03	03	Manter	Manter	Manter

7.1.4 DIRETRIZ 01: Atenção Primária em Saúde (APS), como garantia de acesso sendo a ordenadora dos serviços de saúde.

OBJETIVO: Atenção integral e integrada à saúde da criança e adolescente.

Meta	Indicador	Meta 2022-2025	Meta prevista para o ano			
			2022	2023	2024	2025
Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças (ACDC) de até 05 anos peso e altura.	Crianças de zero a cinco anos	100%	100%	100%	100%	100%
Captar 100% das Declarações de Nascidos Vivos (DNVs) e inseri-las no SINASC	Nascido vivos de mães residentes no município.	100%	100%	100%	100%	100%
Reduzir a taxa de mortalidade infantil para menos de	Nascido vivos de mães residentes no município.	00	00	00	00	00

10/1000						
Investigar os óbitos em crianças menores de um ano.	Óbitos infantis no município SIM	100%	100%	100%	100%	100%
Assegurar atendimento multi e interdisciplinar aos adolescentes, com ênfase para saúde sexual e reprodutiva, uso de drogas e cultura da paz e não violência.	Adolescentes residentes no município	100%	100%	100%	100%	100%
Realizar as ações/atividades do programa PSE e Crescer Saudável.	Alunos da Rede Pública de Ensino	100%	100%	100%	100%	100%
7.1.5 DIRETRIZ 01: Atenção Primária em Saúde (APS), como garantia de acesso sendo a ordenadora dos serviços de saúde.						
OBJETIVO: Garantir a atenção integral à saúde da mulher, em todos os ciclos de vida.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	Indicador	Meta 2022-2025	2022	2023	2024	2025
Razão de exames citológicos na população feminina de 25 a 64 anos.	População feminina na faixa etária, usuária do SUS	1,00	0,80	0,80	0,90	1,00
Razão de exames de mamografia para rastreamento em mulheres entre 50/69 anos.	População feminina na faixa etária, usuária do SUS	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80
Garantir atendimento multiprofissional às gestantes de alto risco.	Gestantes de Alto Risco acompanhadas pela APS	100%	100%	100%	100%	100%
Realizar pelo menos sete consultas de pré-natal, por gestante, através das equipes de Atenção Primária.	Gestantes acompanhadas pela Rede Pública	90%	90%	90%	90%	90%
Notificar 100% dos casos de violência contra mulher.	Mulheres vítimas de violência	100%	100%	100%	100%	100%
Investigar os óbitos maternos e mulheres em idade fértil (MIF)	Óbitos maternos e de MIF	100%	100%	100%	100%	100%
Reduzir a proporção de gravidez na adolescência – 10 a 19 anos.	Gestantes menores de 20 anos	13%	20%	18%	15%	13%
Aumentar a proporção de partos normais no SUS e Saúde Suplementar para 43%.	Partos normais x partos cesáreos	43%	35%	38%	40%	43%

7.2 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC)

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Os serviços assistenciais do SUS organizam-se em ações da **Atenção Básica** e em ações da **Média e Alta Complexidade**, que envolvem a assistência ambulatorial e hospitalar de todas as especialidades. Visando à promoção dos direitos sociais da saúde consagrados na Constituição Federal com observância aos princípios/diretrizes da regionalização e da hierarquização da atenção à saúde.

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar se constituem para os gestores em um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão.

A Constituição Federal definiu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e a Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, prevê, em seu Artigo 7º, como princípios do sistema, entre outros: a) **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; b) **integralidade de assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;(…).

Isto posto, fica evidente a necessidade de articulação e a implementação as Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo o acesso aos serviços em todos os níveis de complexidade, sem “transferir” reponsabilidades, ou seja, assegurar ao cidadão usuário do SUS, o atendimento ambulatorial e hospitalar, em tempo oportuno e de acordo com as necessidades individuais e coletivas, mediante a referência e contrarreferência, o mais próximo possível de sua residência, através de protocolos clínicos estabelecidos e a regulação do acesso, priorizando os casos mais urgentes sem interferências externas e/ou políticas.

Na média e alta complexidade, propõe-se a ampliação da oferta de serviços da rede própria e de forma complementar, através do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS). Fortalecer o processo de descentralização dos serviços de saúde, buscando garantir a consolidação de um modelo de atenção à saúde com clínica ampliada, integralidade, acolhimento e cogestão.

7.2.1 DIRETRIZ 02: Assegurar a integralidade da assistência, por meio da articulação e estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em todos os pontos de atenção, ampliando a oferta serviços ambulatoriais e hospitalares.

OBJETIVO: Fortalecimento das Redes de Atenção com garantia e regulação do acesso, potencializando as ações de saúde, ampliando a oferta de exames e consultas especializadas, através da Rede Própria ou contratada.

Meta	Indicador	Meta 2022-2025	Meta prevista para o ano			
			2022	2023	2024	2025
Assegurar o acesso a todos os níveis de atenção, através da programação Pactuada Integrada (PPI) ambulatorial e hospitalar	População referenciada pela APS, usuária do SUS.	100%	100%	100%	100%	100%
Regular o acesso aos serviços de média e alta complexidade, através do Sistema de Regulação (SISREG).	Serviços referenciados e local de prestação de serviços.	100%	100%	100%	100%	100%
Ampliar a oferta de exames de imagem ou laboratoriais através da PPI, Consórcios de Saúde e/ou compra direta.	Demanda referenciada pela APS.	60%	20%	15%	15%	10%
Manter a participação Consórcio Intermunicipal de Saúde (AMOSC, CVC e CIM/CATARINA)	Participação em consórcio de Saúde – Contrato de rateio	03	03	03	03	03
Assegurar ao atendimento de urgência e emergência hospitalar, à população usuária do SUS em tempo integral.	População usuária do SUS da Rede Pública	100%	100%	100%	100%	100%
Ordenar o acesso aos serviços de média complexidade no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Demanda da Rede Básica de Saúde	100%	100%	100%	100%	100%

7.3 VIGILÂNCIAS EM SAÚDE

Vigilância é a observação contínua da distribuição e tendências de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la. (LANGMUR,1963)

Vigilância da Saúde é uma proposta de reorganização das práticas de saúde, cujas bases conceituais e metodológicas, vem sendo definidas a partir da reflexão sobre um processo de experimentação iniciado a cerca de 15 anos (TEIXEIRA, Carmen 2004).

A partir destas definições, serão objeto de atenção a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das não transmissíveis e das imunopreveníveis, bem como a manutenção da capacidade de resposta às emergentes. Constituirão igualmente prioridades o fortalecimento da promoção da saúde, nesta incluída a vigilância em saúde ambiental e a implantação da política de saúde do trabalhador. Particularmente em relação às doenças transmissíveis, deverão ser empreendidas ações de atuação voltadas ao diagnóstico e tratamento precoce, bem como ao controle e à eliminação de agravos.

No tocante às doenças não transmissíveis, a estratégia central consistirá na implementação e monitoramento de ações voltadas à redução da mortalidade decorrente destas doenças. A prevenção e o controle incluirão o fortalecimento de medidas educativas, com prioridade à conscientização da população quanto aos fatores de risco relacionados a essas doenças.

A Vigilância Sanitária (VISA) tem por objeto de atuação o controle e a regulação das atividades humanas que podem gerar risco à saúde, seja dos trabalhadores e consumidores envolvidos na ação, seja da população em geral. Em função disso, a VISA municipal desenvolve inspeções e normatiza a conduta do comércio, formal e informal, e da indústria. Nos últimos anos a VISA tem ampliado seu escopo de atuação, de forma pactuada com a Secretaria Estadual de Saúde, mas também tem buscado consolidar localmente as suas atividades. Nesse sentido os esforços serão concentrados na qualificação e expansão das ações de vigilância sanitária, a serem executadas de forma transversal e integradas às políticas de saúde, com o objetivo de prevenir e controlar os riscos oriundos da produção, comercialização e uso de bens e serviços mediante o monitoramento do risco e o controle sanitário.

7.3.1 DIRETRIZ 03: Redução dos riscos e agravos à saúde da população, através de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, reduzindo a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, aprimorando as ações de Vigilância em Saúde

OBJETIVO: Fortalecer a promoção e vigilância em saúde, implementando ações para a redução de incidência e prevalência de casos e a promoção da qualidade devida.

Meta	Indicador	Meta 2022-2025	Meta prevista para o ano			
			2022	2023	2024	2025
Reduzir a morbi-mortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, privilegiando ações coletivas de caráter preventivo.	Incidência e prevalência de Doenças	30%	30%	Manter	Manter	Manter
Manter e ou alcançar as coberturas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde e/ou Doenças Emergentes.	Cobertura vacinal público alvo nas faixas etárias correspondentes	95%	95%	95%	95%	95%
Encerrar oportunamente pelo menos 100% dos casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) registrados no SINAN.	Doenças de Notificação Compulsória	100%	100%	100%	100%	100%
Manter a proporção de cura nas coortes dos casos novos de hanseníase tuberculose.	Incidência de Tuberculose e Hanseníase	100%	100%	100%	100%	100%
Investigar e encerrar oportunamente os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e óbitos Infantis.	Óbitos registrados no período	100%	100%	100%	100%	100%
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Óbitos registrados no período	100%	97%	98%	99%	100%
Preenchimento do Campo OCUPAÇÃO , em todas as notificações de agravos, relacionados ao trabalho.	Registro de Acidentes notificados.	100%	100%	100%	100%	100%
Manter a vigilância e realizar bloqueio em casos de surtos ou epidemias. COVID-19 entre outros.	Surto de doenças emergentes	100%	100%	100%	100%	100%
Alcançar as metas pactuadas no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) Portaria 1708/2013.	Metas pactuadas na Qualificação de Vigilância	90%	80%	85%	90%	90%
Realizar 100% das ações de campo para determinar os índices de infestação do mosquito Aedes Aegypti.	Visitas a armadilhas (AR), Pontos Estratégicos (PEs) e (LIA)	100%	100%	100%	100%	100%

Fazer o Reconhecimento Geográfico (RG)	Perímetro urbano	01	01	01	01	01
Número de ciclos que atingiram 80% de cobertura nos imóveis visitados para o controle da dengue.	Ciclos de visitas para bloqueio quando de focos de Aedes Aegypti.	04	04	04	04	04

7.3.2 DIRETRIZ 03: Redução dos riscos e agravos à saúde da população, através de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, reduzindo a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, aprimorando as ações de Vigilância em Saúde.

OBJETIVO: Ampliar a atuação da VISA, aprimorando suas práticas de trabalho e apoio tecnológico.

Meta	Indicador	Meta 2022-2025	Meta prevista para o ano			
			2022	2023	2024	2025
Inspecionar as unidades comerciais cadastradas no município.	Estabelecimentos de Saúde Interesse da Saúde	100%	100%	100%	100%	100%
Manter cadastrados 100% dos estabelecimentos de Saúde e de Interesse da Saúde no município.	Número de estabelecimentos existentes no município.	250	250	255	260	265
Atualizar o Código Sanitário Municipal (Lei Municipal) de acordo com a legislação vigente.	Código Sanitário Municipal	01	01	01	01	01
Inspecionar as unidades comerciais, pelo menos uma inspeção ao ano em cada local.	Estabelecimentos comerciais cadastrados	100%	100%	100%	100%	100%
Realizar pelo menos seis grupos de Ações de Vigilância Sanitária (VISA).	Ações de VISA	06	06	06	06	06
Proporção de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano, em relação aos parâmetros de qualidade.	Amostras de água coletada e analisadas por mês.	288	72	72	72	72

7.4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica é um dos componentes para garantia de integralidade da assistência em qualquer nível de atenção. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), prevista no Decreto 7.508/2011 – Seção II – Artigos 25 a 29, pressupõe que todo indivíduo atendido na Rede Pública de Saúde, deva ter assegurado o acesso ao tratamento completo. Isso implica em garantir o acesso aos medicamentos para o restabelecimento da saúde do indivíduo, medicamentos estes que devem estar disponíveis em tempo integral e de acordo com as especificidades locais/regionais. Para isso é necessário a implantação e/ou a manutenção da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) no município, visando a ordenação do uso racional de medicamentos e a definição da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

Para garantia da assistência farmacêutica, demanda o aprimoramento dos fluxos internos de trabalho e de articulação entre o setor de compras e o almoxarifado, evitando desta forma, faltas indesejáveis de medicamentos essenciais, sejam estes de uso contínuo ou sazonais.

7.4.1 DIRETRIZ 04: Garantia de Assistência Farmacêutica integral aos usuários do SUS.						
OBJETIVO: Assegurar o acesso e a distribuição de medicamentos do componente básico, excepcional e demandas judiciais.						
			Meta prevista para o ano			
Meta	Indicador	Meta 2022-2025	2022	2023	2024	2025
Manter atualizada a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).	REMUME	01	Manter	Manter	Manter	Manter
Garantir a oferta de medicamentos com base no uso racional do medicamento.	REMUME Assistência Farmacêutica	100%	100%	100%	100%	100%
Assegurar o destino correto dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), Grupos A e B – RDC ANVISA 306, produzidos pela Rede Pública de Saúde.	Resíduos de Saúde produzidos	100%	100%	100%	100%	100%
Estabelecer rotinas de reposição de medicamentos e insumos – solicitação, aquisição, entrega e pagamento – de modos a assegurar o estoque e regular reduzir faltas.	Rotinas estabelecidas	100%	Manter	Manter	Manter	Manter
Prestar assistência farmacêutica em tempo integral, registro de entradas e saídas de forma sistematizada.	Controle de entradas e saídas	100%	100%	100%	100%	100%
Manter o envio regular ao sistema HORUS, através da exportação via Webservice mensalmente.	Controle de estoques, entradas e saídas.	48	12	12	12	12
Melhorar o controle de estoque, entradas e saídas, evitando o desabastecimento	Coordenação Farmácia	50%	Manter	Manter	Manter	Manter
Prestar assistência farmacêutica (consulta) agendada ou livre demanda, de forma organizada.	Assistência Farmacêutica adequada	100%	100%	1005	100%	100%

7.5 GESTÃO DO SUS

Mesmo levando em consideração a conquista histórica que significa o Sistema Único de Saúde (SUS) no nosso país, devemos ter muito claro as enormes dificuldades que significam a sua implementação dado a nossa história de tratamento do estado com relações de fisiologismo, patrimonialismo, loteamento e privatização por grupos e corporações organizadas, como também de um modelo de atenção equivocado.

Assim, se por um lado temos um sistema com significativos avanços e que tem sido de uma importância incomensurável para toda a população brasileira, de outro há ainda gargalos que são produtos de toda essa nossa cultura e que necessitam de um tratamento correto e sintonizado com os princípios da Reforma Sanitária.

A prática corrente tem sido do tratamento da doença em detrimento de ações que possibilitem a promoção efetiva da saúde. Quando analisamos o SUS, nos seus vinte e poucos anos, percebemos que apesar de alguns avanços pontuais e de relevância e impacto no contexto socioepidemiológico, continuamos presos a uma lógica focada nos medicamentos, nos leitos hospitalares, “medicocêntrica” e mais recentemente nos exames de alta complexidade.

O descompromisso com uma efetiva e agressiva prática de promoção da saúde tem gerado uma demanda cada vez mais crescente por tratamentos cada vez mais especializados e de custos cada vez mais elevados, colocando em xeque não só a capacidade de financiamento, mas o próprio sistema como um todo. Não temos programas que possibilitem um acompanhamento racional de diabetes, hipertensão, oftalmologia, saúde mental, assistência farmacêutica, saúde bucal e outros e somos obrigados, em consequência, a arcar com os desumanos e insustentáveis tratamentos de hemodiálise, cirúrgicos, transplantes, intoxicações e câncer, só para citar alguns. (CNS, 2006 – João Batista Júnior).

A partir dos pressupostos acima, busca-se assegurar aos profissionais de saúde e a população santiaguense, a certeza de que serão enviados esforços no sentido de melhorar os indicadores e a efetiva mudança do modelo assistencial atual, centrado no ato médico, na cura de doenças em detrimento da promoção de saúde, do autocuidado e da prevenção de doenças.

O processo da Educação Permanente deve estar voltado à qualificação dos profissionais de saúde com foco na consolidação e ampliação da resolutividade da Atenção Primária, bem como para o fortalecimento da atuação em áreas prioritárias, além dos aportes para o fortalecimento gerencial, como a formação aos funcionários que trabalham nas farmácias e no apoio administrativo das Unidades Básicas de Saúde.

Para isso, deve ser elaborado um Plano de Educação Permanente articulado ao modelo de atenção atual, contemplando as áreas de gestão de sistema, atenção à saúde, educação e controle social, assumindo um olhar no território, e das propostas estratégicas das áreas temáticas. Além disso, este plano deverá pensar estratégias e critérios para a garantia da participação dos servidores em eventos e atividades inerentes a função.

O município de Santiago do Sul, firma compromisso com a prática da Educação Permanente, em contraposição à lógica da capacitação continuada e das ações fragmentadas de treinamento e capacitação. Propõem-se estratégias que fortaleçam o caráter pedagógico da prática cotidiana, fornecendo os aportes necessários de conhecimento atualizado para o seu fortalecimento e qualificação, de acordo com o desenvolvimento profissional dos atores envolvidos.

7.5.1 DIRETRIZ 05: Gestão do SUS – Instrumentos de Planejamento e Gestão e Educação permanente.**OBJETIVO:** Desenvolver estratégias para a incorporação da prática do planejamento no cotidiano das ações desenvolvidas em todos os âmbitos da Secretaria de Saúde.

Meta	Indicador	Meta 2022-2025	Meta prevista para o ano			
			2022	2023	2024	2025
Manter o Sistema de Regulação, Controle, Avaliação (RCA) com vistas a ordenar, coordenar e aprimorar as ações e serviços de saúde na atenção ambulatorial e hospitalar.	RCA mantido	01	01	01	01	01
Consolidar a Gestão do Trabalho no SUS, centrada na valorização dos trabalhadores.	Trabalhadores da Saúde, com vínculo protegido	100%	95%	95%	98%	100%
Elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS).	PAS elaborada	04	01	01	01	01
Elaboração do Relatório Anual de Gestão no Sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP).	RAG elaborado e apreciado	04	01	01	01	01
Elaboração do Relatório Resumido do Quadrimestre Anterior (RDQA) no Sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP)	RDQA elaborados e aprovados	12	03	03	03	03
Revisar anualmente do Plano Municipal de Saúde (PMS)	PMS revisado	01	01	01	01	01
Atualizar o plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) adequando vencimentos aos padrões regionais.	PCCS adequado com progressão	01	01	01	01	01
Ampliar o processo de educação permanente a todos os servidores.	Servidores vinculados à Secretaria de Saúde	100%	100%	100%	100%	100%

7.5.2 DIRETRIZ 05: Gestão do SUS – Instrumento de Planejamento e Gestão – Investimentos.**OBJETIVO:** Manter ambiente adequados, com equipamentos com recursos tecnológicos e veículos, de acordo com a necessidade.

			Meta prevista para o ano			
Meta	Indicador	Meta 2022-2025	2022	2023	2024	2025
Manutenção, reforma e ampliação da Unidade de Saúde da Família (USF) da Rede Municipal	Unidades de Saúde	03	03	03	03	03
Aquisição de Veículos para reposição da frota	Veículos, Vans e Ambulâncias	08	02	02	02	02
Compra de Equipamentos Ambulatoriais, mobiliário e equipamentos de informática.	Equipamentos necessários	50	15	15	10	10
Manutenção, reforma e ampliação da Academia de Saúde, com a aquisição de equipamentos novos.	Academia de Saúde ao Ar Livre	10	05	05	-	-
Manutenção do sistema de informação da atenção básica e-SUS/AB e sistema de gestão em saúde para a secretaria de saúde – Informatiza APS.	Informatização através de CPU modernos	12	12	12	12	12

8. MECANISMOS DE MONITORAMENTO DO PLANO

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 será revisado anualmente, no período de outubro a dezembro quando da elaboração da Programação Anual em Saúde (PAS), conforme prevê a Portaria de Consolidação 001/2017 de 28 de setembro de 2017 para adequação e aprimoramento de suas metas. O denso elenco de atividades propostas em função do enfrentamento dos problemas diagnosticados e dos objetivos, que se pretende alcançar, exige da gestão a definição de estratégias específicas e monitoramento e avaliação de suas metas estratégicas, da eficiência administrativa e do impacto, quando possível, das ações realizadas. Para tanto, a formação de grupos técnicos para estudo do PMS, é uma proposta a ser implementada no primeiro ano da vigência. Outras ferramentas a serem utilizadas para monitoramento do Plano estão o Relatório Anual de Gestão (RAG) e a Programação Anual de Saúde (PAS).

A Participação e o Controle Social no SUS, talvez seja ainda o maior desafio a serem enfrentados pelos gestores, trabalhadores, prestadores de serviço e especialmente pelos usuários do Sistema. Nota-se uma participação muito tímida da grande maioria dos usuários. Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) funcionam de forma muito irregular ao ponto do Ministério Público Federal, ter expedido correspondência para verificar o funcionamento dos conselhos, sua estruturação e se estão de acordo com o que preconiza a Resolução CNS 453/2012.

A Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de 10 de maio de 2012, em sua Terceira Diretriz traz. *“a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática”*.

Todas estas estratégias, juntas, implicarão no monitoramento das ações realizadas e propostas no Plano Municipal de Saúde, e serão sempre apresentadas e discutidas no Conselho Municipal de Saúde, e, conseqüentemente, inseridas no processo anual de revisão e readequação do Plano Municipal de Saúde.

9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde visa ser referência Central ao funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde, do Conselho e Guia para as Programações Anuais e Relatórios de Gestão.

O Plano Municipal de Saúde de Santiago do Sul será o instrumento de gestão que norteará todas as ações na área de saúde do município configurando-se como um grande desafio ao gestor da saúde.

Trata-se de um documento em permanente construção, na qual a dinâmica da situação de saúde impõe constante atualização das ações e metas.

A garantia do cumprimento das propostas, bem como as necessárias atualizações dentro do contexto sanitário, se dará através do monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde.

Cabe a responsabilidade ao Conselho Municipal de Saúde estabelecer mecanismos de acompanhamento do cumprimento das diretrizes, ações e metas estabelecidas neste instrumento de Planejamento de Gestão, buscando através das representações legais estabelecer o cumprimento normativo legal.

A operacionalização deste Plano está condicionada à disponibilidade de recursos técnicos e financeiros, devendo o mesmo orientar o processo de planejamento e gestão da Secretaria Municipal de Saúde com destaque para o Plano Plurianual - PPA 2018-2021.

O planejamento e a programação serão coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Conselho Municipal de Saúde que fiscalizará as ações previstas juntamente com a população.

A administração orçamentária e financeira sobre o Fundo Municipal de Saúde será realizada pelo gestor do Fundo Municipal representado pela Secretária Municipal de Saúde e pelo Conselho Municipal de Saúde na deliberação dos Relatórios de Gestão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. **Auditoria do SUS.** Noções básicas sobre sistemas de informação. 2 ed. DENASUS, Ministério de Saúde. 2004.

_____. **Manual de informações básicas sobre controle, avaliação, regulação, modelos de atenção à saúde, gestão e planejamento.** SES Alagoas-CCAR, setembro, 2006.

_____. **Manual de normas de auditoria do Ministério de Saúde.** 2. ed. 1998.

_____. **Manual do curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS.** Parte II, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – Organização e funcionamento.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de Gestão da Vigilância em Saúde.** Brasília, 2009.

MATUS, C. **O Planejamento Estratégico Situacional no Setor Público.** São Paulo: Ed. FUNDAP, 1996.

Nota Técnica N° 7/2020-CGFIP/DGIP/SE/MS

Plano Municipal de Saúde de Santiago do Sul, Gestão 2014 – 2017

Sites acessados:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: www.ibge.gov.br

DATASUS: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>

DIVE: <https://www.dive.sc.gov.br/>

ATLAS BRASIL: <http://www.atlasbrasil.org.br/>

Fundo Nacional de Saúde (FNS) <https://portalfns.saude.gov.br/>



CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE DE SANTIAGO DO SUL - SC

RESOLUÇÃO 003/2021

No uso das atribuições deste Conselho após apresentação e explanação pela equipe técnica e gestora do FMS/SMS na qual apresenta o Plano Municipal de Saúde de 2022/2025 e a Programação Anual de Saúde 2022, na qual os Instrumentais de Planejamento e Gestão do SUS serão inseridos junto ao sistema DIGISUS MS, RESOLVE:

APROVAR:

- PMS 2022/2025 – Plano Municipal de Saúde
- PAS 2022 – Programação Anual de Saúde 2022

Santiago do Sul, SC, 28 de dezembro de 2021

Joarmar F. Gonilani

Presidente do CMS

Santiago do Sul/SC