



RESOLUÇÃO Nº 044/2017.

Dispõe sobre a aprovação do Plano de Trabalho para o Programa de Melhoria da Atenção, Promoção e Vigilância em Saúde - PORTAL SAÚDE – exercício 2017

A ASSEMBLEIA GERAL DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL PORTAL DA MATA SUL, no uso de suas atribuições legais.

CONSIDERANDO a deliberação da reunião ordinária do dia 10 de janeiro de 2017;

CONSIDERANDO, o disposto no art. 13 da Lei Federal nº 11.107/2005 regulamentada pelo Decreto Nº. 6.017, de 17 de janeiro de 2007 e art. 10 da Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990;e,

CONSIDERANDO o Protocolo de Intenções para a criação do Consórcio Intermunicipal Portal da Mata Sul, sob a forma de Associação Pública, nos termos das leis municipais ratificadoras, respectivamente, Nº. 423/2013 – Município de Tamandaré; Nº. 1.335/2013 – Município de Sirinhaém; Nº 1.543/2013 – Município de Rio Formoso; e, Nº. 1.117/2013 – Município de Gameleira.

RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar o Plano de Trabalho do Programa de Melhoria da Atenção, Promoção e Vigilância em Saúde - PORTAL SAÚDE, na forma do Anexo a esta Resolução.

Art. 2º. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.

Rio Formoso, 10 de janeiro de 2017.

CERTIDÃO

RESOLUÇÃO Certificamos que o(a) presente foi publicado(a), mediante afixação no quadro de aviso do Portal Sul Consórcio e no site www.portalsulconsorcio.pe.gov.br

Rio Formoso, 10 de Janeiro de 2017

Assinatura do Servidor e Carimbo

PORTAL SUL CONSÓRCIO
Miguel Freitas
Sec. Executivo - Mat. 033

Isabel Cristina Araujo Hacker
Presidente



PLANO DE TRABALHO
ANO 2017

1 - DADOS CADASTRAIS

1.1 DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|
| Órgão/Proponente CONSORCIO INTERMUNICIPAL PORTAL DA MATA SUL | | CNPJ 18.538.240/0001-00 | |
| Endereço ENGENHO SERRA DÁGUA | | | |
| Cidade RIO FORMOSO | | UF PE | CEP 55570-000 |
| | | ESFERA ADMINISTRATIVA AUTARQUIA INTERMUNICIPAL | |
| DDD | FONE | FAX | E-MAIL programaportalsaude@gmail.com |
| Nº UG (Unidade Gestora) | | Gestão (número) | |
| Nome do Responsável MIGUEL GOMES DE FREITAS | | CPF 055.437.624-53 | |
| RG/Órgão Expedidor 1.096.123 SDS-PE | Cargo SEC. EXECUTIVO | Função ADMINISTRAÇÃO | Matrícula 001 |
| Endereço Avenida Beira Mar, s/n, Ponta da Barra | | CEP 555780-000 | |



2 - DA EXECUÇÃO DO PROGRAMA

2.1 DESCRIÇÃO DO PROJETO

| Título do Projeto | Período de Execução | |
|--|--------------------------|---------------------------|
| Programa de Melhoria da Atenção, Promoção e Vigilância em Saúde – Portal Saúde | 2.2.1 Início Jan 2017 | 2.2.2 Término Dez 2017 |

Objeto do Projeto

Apresentação de proposta de trabalho para a execução do **Programa de Melhoria da Atenção, Promoção e Vigilância em Saúde – Portal Saúde** para o exercício de 2017

Justificativa da Proposição

A regionalização no Sistema Único de Saúde constitui estratégia prioritária para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizando os gastos, otimizando os recursos e potencializando o processo de descentralização. Deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios em se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

A formação de consórcios entre entes públicos (Municípios, Estados e União) para gestão de atividades específicas e consecução de objetivos de interesse comum, conforme a Lei dos Consórcios N° 11.107 de 06 de abril de 2005, constitui-se poderoso instrumento de cooperação federativa importante para a melhoria da eficiência da prestação de serviços públicos. A operação conjunta da rede pública de serviços de saúde tem sido o motivo da criação de vários consórcios municipais nos últimos anos. Isso por que é um tipo de serviço que exige grandes investimentos e que naturalmente é hierarquizado em rede por demanda: um município de pequena população não terá condições para oferecer todo o leque de serviços possíveis e necessários. Com isso, muitos municípios passam a depender de serviços oferecidos fora, cuja operação está totalmente além de seu controle; outros implantam equipamentos e serviços superdimensionados, cujo investimento necessário ou o custeio da operação são muito elevados para o potencial econômico do município (muitas vezes esta opção implica o sucateamento em médio prazo desses mesmos investimentos).

Para cumprir com as responsabilidades atribuídas aos municípios pela Constituição Federal de 1988 e pela legislação infraconstitucional no tocante à execução de ações e serviços de saúde, várias municipalidades, a partir da década de 80, resolveram se unir para formar Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). No final da década de 90, mais de dois mil municípios já se encontravam consorciados e atendiam a cerca de 20% da população brasileira.

Essas parcerias foram criadas com inúmeras finalidades: *ampliar a oferta de serviços de saúde, melhorar o acesso da população a esses serviços e ações*, propiciar maior articulação política entre as localidades consorciadas, organizar a referência ambulatorial e hospitalar e promover investimentos em infraestrutura, equipamentos e insumos, entre outras. De maneira geral, verifica-se atuação significativa dos consórcios na provisão de serviços secundários e terciários de saúde.

3. PLANO DE METAS

| Número | Descrição | Início | Termino |
|---------|--|----------|----------|
| Meta 01 | Ampliar a oferta de serviços de saúde nos Municípios consorciados mediante a prestação de serviços de atenção à saúde aos usuários no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) | JAN/2017 | DEZ/2017 |
| Meta 02 | Implantar um Sistema de Informação Intermunicipal para o Monitoramento e Avaliação dos serviços de saúde prestados. | OUT/2017 | DEZ/2017 |
| Meta 03 | Ofertar exames de mamografia bilateral para rastreamento em Unidade Móvel | JAN/2017 | DEZ/2017 |
| Meta 04 | Ofertar assistência oftalmológica inclusive na detecção e tratamento da catarata para a população senil dos Municípios consorciados | MAI/2017 | DEZ/2017 |
| Meta 05 | Ofertar assistência odontológica a longo prazo no tratamento e diagnóstico de doenças referente a higiene bucal. | MAR/2017 | DEZ/2017 |
| Meta 06 | Ofertar aos profissionais da rede de saúde municipal cursos e capacitações que promovam atualização e conhecimento técnico. | MAR/2017 | DEZ/2017 |
| Meta 07 | Ofertar exames de PSA total para homens acima dos 40 anos de idade. | NOV/2017 | DEZ/2017 |
| Meta 08 | Manutenção do Núcleo Intermunicipal de Saúde | JAN/2017 | DEZ/2017 |



4. DESCRIÇÃO DAS METAS

META 01 – Ampliar a oferta de serviços de saúde nos Municípios consorciados mediante a prestação de serviços de atenção à saúde aos usuários no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

M1.1 - OBJETIVO – Desenvolvimento de ações e serviços de saúde, obedecendo os princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde (Lei 8.080/90), agindo de forma complementar e suplementar à atuação municipal vindo a garantir o acesso aos serviços e a assistência em saúde mediante a atuação multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado, compreendendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde, incluindo as ações de vigilância à saúde quando necessário.

M1.2 - BENEFÍCIOS e FORMAS - Os acessos aos serviços prestados pelos profissionais do Portal Sul Consórcio serão regulados pelas SMS através do Complexo Regulador de cada Município. Promovendo sempre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se:

- Integração das atividades hospitalares com as programações e as redes assistenciais estabelecidas no âmbito da política municipal de saúde; e,
- Total e absoluta adoção ao princípio da universalidade do acesso com gratuidade e ao respeito à equidade na oferta das ações.

O desenvolvimento e execução desta meta serão efetuados nas unidades de saúde dos municípios consorciados, conforme permissivo constante dos incisos III e XIV e do parágrafo único do Art. 4º do Estatuto Social deste Consórcio, abaixo transcrito:

Art. 4º - *Observados os limites constitucionais, dentre outros objetivos que porventura venham incorporar os interesses do **PORTAL SUL CONSÓRCIO**, os municípios consorciados fixam desde já os seguintes:*

I – (...)

III – *o compartilhamento ou uso em comum de instrumentos, máquinas e equipamentos de gestão, manutenção, informática, de pessoal técnico e de procedimentos de licitação e de admissão de pessoal;*

IV – (...)

XIV – *o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde, obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde (Lei 8.080/90). (...)*

Parágrafo primeiro – *Para fins do contido no inciso XI, do art. 4º, da Lei 11.107/05, os Municípios consorciados autorizam a gestão associada de seus serviços públicos, compreendendo a transferência do exercício de sua competência para o consórcio público, por meio de contrato de programa, no tocante aos serviços ocorrentes nas áreas: administrativa, arrecadação, saúde, cultura, educação, esporte, lazer, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, gestão de resíduos sólidos e proteção do meio ambiente, ainda que de forma indireta, além de todos aqueles diretamente ligados aos objetivos do consórcio.*

M1.3 – SERVIÇOS DE SAÚDE/PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR

| Categoria | Descrição dos serviços |
|----------------------------|--|
| Médico (a) Clínico Geral | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico (a) Cirurgião(ã) | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico (a) Pediatra | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico (a) Psiquiatra | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico (a) Neurologista | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico (a) Dermatologista | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico (a) Cardiologista | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico (a) Anestesista | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico (a) Ginecologista | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico (a) Ortopedista | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico(a) Urologista | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico(a) Proctologista | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico(a) Obstetra | Serviços médicos tipificados no item 4.11 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico(a) Endocrinologista | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico Radiologista | Serviços de saúde tipificados no item 4.02 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico Oftalmologista | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Médico Angiologista | Serviços médicos tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Nutricionista | Serviços de saúde tipificados no item 4.10 da Lei Complementar 116/2003 |
| Fonoaudiólogo(a) | Serviços de saúde tipificados no item 4.08 da Lei Complementar 116/2003 |
| Fisioterapeuta | Serviços de saúde tipificados no item 4.08 da Lei Complementar 116/2003 |
| Terapeuta ocupacional | Serviços de saúde tipificados no item 4.08 da Lei Complementar 116/2003 |
| Enfermeiro (a) | Serviços de saúde tipificados no item 4.06 da Lei Complementar 116/2003 |
| Assistente Social | Serviços Social tipificados no item 27.01 da Lei Complementar 116/2003 |
| Psicólogo(a) | Serviços psicológicos tipificados no item 4.16 da Lei Complementar 116/2003 |
| Farmacêutico(a) | Serviços farmacêuticos tipificados no item 4.07 da Lei Complementar 116/2003 |
| Biomédico(a) | Serviços de saúde tipificados no item 4.02 da Lei Complementar 116/2003 |
| Odontólogo (a) | Serviços odontológicos tipificados no item 4.12 da Lei Complementar 116/2003 |

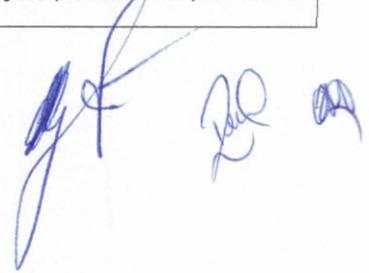
M1.4 – OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE/PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO

| Categoria | Descrição dos serviços |
|--|---|
| Técnico de Enfermagem | Serviços de saúde tipificados no item 4.06 da Lei Complementar 116/2003 |
| Técnico em Radiologia | Serviços de saúde tipificados no item 4.02 da Lei Complementar 116/2003 |
| Auxiliar Técnico de consultório odontológico | Serviços de saúde tipificados no item 4.01 da Lei Complementar 116/2003 |

M1.5 PLANO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA

| Descrição | Valor mensal (R\$) | Valor total por 12 meses (R\$) |
|---|---------------------------|---------------------------------------|
| Meta 01 - Ampliar a oferta de serviços de saúde nos Municípios consorciados (...) | 438.000,00 | 5.256.000,00 |
| | | |

Os valores desta planilha são previsão de possíveis gastos com a execução desta meta, sujeitos a variações para mais ou para menos conforme a demanda



META 02 – Implantar Sistema de Informação Intermunicipal para o Monitoramento e Avaliação dos serviços de saúde prestados.

M2.1 DESCRIÇÃO

“Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define e não se define o que não se entende, ou seja, não há sucesso no que não se gerencia”. - William Edwards Deming

Desde a edição da lei federal de número **8.080**, de 1990, que regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, a metamorfose do setor é visível. O Sistema Público de Saúde caminha no sentido da descentralização e da municipalização, em sintonia com o **Pacto de Gestão**. Esse processo torna o SUS muito mais complexo, à medida que aumenta sua superfície de contato com a realidade social, ressalta os entraves enfrentados pela burocracia entre gestões e escancara as diferentes visões de administração e suas múltiplas práticas, que acabam formando uma multiplicidade de serviço dentro do mesmo país.

Conjugados, alguns fatores intensificam ainda mais os obstáculos. Aí entram, por exemplo, a escassez de recursos, a falta de planejamento, a inadequação dos instrumentos regulatórios e a ausência de uma política unificada e de eficiência inquestionável na mensuração do desempenho das unidades de saúde. Mas problemas como esses podem ser solucionados ao se implementar controles mais rígidos sobre os serviços oferecidos aos cidadãos.

A grande questão é que, tradicionalmente, os mecanismos de controle costumam não ser aplicados à administração pública (sobretudo no âmbito municipal). É preciso, portanto, mudar essa cultura.

Vale então ressaltar que as práticas de monitoramento e avaliação:

- Ajudam a embasar a análise crítica dos resultados e da tomada de decisões;
- Contribuem para a melhoria contínua dos processos organizacionais;
- Embasam a alteração de procedimentos, fluxos, logística e assim por diante;
- Reduzem custos operacionais, implicando em uma melhor gestão do orçamento;
- Motivam os servidores públicos e profissionais de saúde envolvidos na prestação de serviços, promovendo uma visão do objetivo a ser alcançado;
- Encurtam o caminho da excelência na prestação de saúde pública.

Os saberes e ações de monitoramento e avaliação há muito estão presentes na área de saúde, assim como na história do sistema de saúde brasileiro. Diferentes concepções têm em comum que avaliar consiste em verificar, medir, determinar o valor de algo; a partir de um parâmetro (preceito legal, ótimo, padrão de referência, objetivo, etc.). Pode-se afirmar que o núcleo de qualquer avaliação, consiste na comparação do avaliado com um parâmetro definido, podendo ser com o próprio avaliado no tempo ou com seus semelhantes. Para essa comparação, em geral, utiliza-se de medidas, calculadas em determinado ponto de um período mais espaçado de tempo, expressas por indicadores quantitativos e, ou qualitativos.

Monitorar consiste em análises longitudinais que buscam produzir informações que revelem o curso ou desenvolvimento de algo no tempo, isto é, consiste em acompanhar o monitoramento de forma mais frequente, por meio de observações, registros, medições e compilações.

Pode-se afirmar que o monitoramento e avaliação são faces de um mesmo processo. Se monitorar é acompanhar o desenvolvimento de algo, isto significa compará-lo em sua evolução. Portanto, monitorar é também avaliar, pois um das formas de avaliar é comparar o desenvolvimento de algo no tempo. Por outro lado, acompanhar avaliações sucessivas, pode ser tomado com uma das formas de monitorar.

Embora muitas iniciativas e experiências estejam em curso, processos sistêmicos e periódicos de avaliação e monitoramento do Sistema Único de Saúde-SUS encontram-se pouco desenvolvidos.

Já é prática frequente o uso de dados, indicadores assim como análises e divulgação desses. No entanto, as informações geradas pouco orientam e tomada das decisões, assim como pouco orientam a tomada das decisões, assim como pouco se prestam para a qualificação dos serviços e ações da Vigilância e da Atenção à Saúde, e mais ainda, serem fontes para novos conhecimentos. Há, assim, no SUS a necessidade de produção das informações estratégicas para a gestão, despontando entre essas, os resultados de avaliações bem estruturadas, periódicas e contínuas, produtos de um sistema de avaliação. (Sistema de Avaliação Para a Qualificação do SUS, Afonso Teixeira dos Reis, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira e Paulo Eduardo Sellera).

M2.2 – OBJETIVO – Garantir na Rede Municipal de Saúde o monitoramento de indicadores assistenciais e administrativos para acompanhamento e controle dos resultados da instituição, como também, a avaliação do desempenho de cada colaborador frente a gestão.

M2.3 – BENEFÍCIOS - Promover o desenvolvimento pessoal e profissional a partir da metodologia de diagnóstico e análise de desempenho individual ou em grupo, contribuir para construção de indicadores de saúde, avaliar o atendimento de cada colaborador de forma qualitativa e quantitativa, promover a identificação de possíveis riscos que impactam na organização e desempenho da gestão ou os riscos ligados aos pacientes, instituir padronização nas emissões de relatórios de monitoramento e avaliação interno, contribuindo assim para melhoria da qualidade da gestão consorciada.

M2.4 PLANO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA

| Descrição | Valor mensal (R\$) | Valor total por 12 meses (R\$) |
|-----------------------|--------------------|--------------------------------|
| Sistema de Informação | 6.000,00 | 72.000,00 |
| | | |

Os valores desta planilha são previsão de possíveis gastos com a execução desta meta, sujeitos a variações para mais ou para menos conforme a demanda

M3.1- DESCRIÇÃO

O rastreamento do câncer de mama é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos dessa prática é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade. Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada. Os riscos ou malefícios incluem os resultados falso-positivos, que geram ansiedade e excesso de exames; os resultados falso-negativos, que resultam em falsa tranquilidade para a mulher; o sobrediagnóstico e o sobretratamento, relacionados à identificação de tumores de comportamento indolente (diagnosticados e tratados sem que representem uma ameaça à vida); e, em menor grau, o risco da exposição à radiação ionizante, se frequente ou sem controle de qualidade.

O rastreamento pode ser oportunístico ou organizado. No primeiro, o exame de rastreio é ofertado às mulheres que oportunamente chegam às unidades de saúde, enquanto o modelo organizado é dirigido às mulheres na faixa etária alvo que são formalmente convidadas para os exames periódicos. A experiência internacional tem demonstrado que o segundo modelo apresenta melhores resultados e menores custos.

Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, com cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado, a mortalidade por câncer de mama vem diminuindo. As evidências do impacto do rastreamento na mortalidade por essa neoplasia justificam sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

No Brasil, conforme revisão das [Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama](#), publicada em 2015, a mamografia é o método preconizado para rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher. A mamografia é o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade do câncer de mama.

A mamografia de rotina é recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. A mamografia nessa faixa etária e a periodicidade bienal são rotinas adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseiam-se na evidência científica do benefício dessa estratégia na redução da mortalidade nesse grupo e no balanço favorável entre riscos e benefícios. Em outras faixas etárias e periodicidades, o balanço entre riscos e benefícios do rastreamento com mamografia é desfavorável.

Aproximadamente 5% (cinco por cento) dos casos de câncer de mama ocorrem em mulheres com alto risco para desenvolvimento dessa neoplasia. Ainda não existem ensaios clínicos que tenham identificado estratégias de rastreamento diferenciadas e eficazes para redução de mortalidade neste subgrupo. Portanto, recomenda-se acompanhamento clínico individualizado para essas mulheres.



Risco elevado de câncer de mama inclui: história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

O êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares:

Informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada.

Alcançar a meta de cobertura da população-alvo.

Garantir acesso a diagnóstico e tratamento oportuno.

Garantir a qualidade das ações.

Monitorar e gerenciar continuamente as ações.

(Controle do câncer de mama – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes de Silva - INCA)

M3.2- OBJETIVO – Realizar exames de mamografias bilaterais para rastreamento em Unidade Móvel em mulheres de 50 a 69 anos afim de identificar precocemente lesões sugestivas de câncer e encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação e tratamento.

M3.3- BENEFÍCIOS – A oferta de exames de mamografia em unidade móvel promoverá a descentralização do serviço e otimização do tempo de entrega dos resultados, como também na identificação do câncer de mama em estágios iniciais, ou quando as lesões são menores de dois centímetros de diâmetro, apresentando prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura.

M3.4- CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO META 03

| MUNICÍPIOS | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ |
|--------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| RIO FORMOSO | X | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| SIRINHAÉM | X | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| TAMANDARÉ | X | X | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE | X | X | X | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

| | |
|--------------------------------|---|
| MESES COM EXAMES DE MAMOGRAFIA | ✓ |
| MESES SEM EXAMES DE MAMOGRAFIA | X |

M3.5- PLANO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA META 03

| Exames de Mamografia | Valor Unitário (R\$) | Valor mensal (R\$) | Valor total por 12 meses (R\$) |
|----------------------|----------------------|--------------------|--------------------------------|
| 320 exames por mês | *45,00 | 14.400,00 | **172.800,00 |

* Port. Ministerial Nº 2.304 de outubro de 2012 **os valores mencionados trata-se de uma previsão de possíveis gastos com a ação.

META 04 – Ofertar assistência oftalmológica inclusive na detecção e tratamento da catarata para a população senil dos Municípios consorciados

M4.1- DESCRIÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a catarata é responsável por 51% dos casos de [cegueira](#) no mundo, o que representa cerca de 20 milhões de pessoas. Como a expectativa de vida da população mundial está aumentando, o número de pessoas com catarata tende a crescer. A catarata é também uma importante causa de baixa visão em países desenvolvidos e em desenvolvimento.

O único tratamento curativo da catarata é o cirúrgico e consiste em substituir o cristalino opaco por prótese denominada de lente intra-ocular (LIO)

Toda vez que a qualidade de vida do portador de catarata esteja comprometida, ou seja, que existam limitações nas atividades que realiza habitualmente, a cirurgia está indicada

A evolução da catarata geralmente é bilateral com certa assimetria, daí a importância da realização da cirurgia do segundo olho para recuperação integral do sistema visual

A evolução na cirurgia da catarata, com resultados funcionais a cada dia mais previsíveis e índices de complicações cada vez menores, não diminui a responsabilidade do cirurgião especializado em cirurgia da catarata, devido à visão ser o principal sentido do ser humano, e a perda da visão de um olho representar 40% de perda de capacidade laborativa e da visão de ambos os olhos perda de 100% desta capacidade.

A moderna cirurgia da catarata com a implantação de lentes intra-oculares, através de minúsculas incisões, representa um dos mais importantes avanços da medicina, por permitir tratar com grande eficiência a principal causa de cegueira, recuperando de forma segura e rápida o mais importante sentido do ser humano, a visão.

M4.2- OBJETIVO – Realizar em parceria com a Fundação Altino Ventura atendimentos com foco no diagnóstico e tratamento da catarata na população senil e de baixa renda dos Municípios consorciados, promovendo desta forma a descentralização dos serviços de saúde e ampliação do campo de atuação da FAV.

M4.3- BENEFÍCIOS – Diminuir o tempo de espera dos pacientes que aguardam por consultas e cirurgias, reduzir custos com TFD dos municípios, promover bem estar e qualidade de vida dos pacientes com baixa acuidade visual, garantir a realização de exames pré-operatórios específicos para cirurgia de catarata, reduzir filas de espera na regulação dos municípios e proporcionar a população tratamentos com profissionais extremamente capacitados e totalmente gratuitos.

| FASE 01 (TRIAGENS) | Valor mensal (R\$) | *Valor total por 12 meses (R\$) |
|----------------------------|---------------------------|--|
| Hospedagem | 3.750,00 | 45.000,00 |
| Alimentação | 1.000,00 | 12.000,00 |
| <i>Sub - Total</i> | 57.000,00 | |
| FASE 02 (CIRURGIAS) | Valor (R\$) | *Valor total por 12 meses (R\$) |
| Hospedagem | 14.250,00 | 14.250,00 |
| Alimentação | 5.600,00 | 5.600,00 |
| <i>Sub -Total</i> | 19.850,00 | |
| <i>Total anual</i> | 76.850,00 | |

M4.5- CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO META 04

| MUNICÍPIOS | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ |
|--------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| RIO FORMOSO | | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| SIRINHAÉM | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | |
| TAMANDARÉ | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | |
| BARREIROS | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | |
| SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | |

| | | |
|----------------------------|-------|---|
| MUTIRÃO DE ACUIDADE VISUAL | BAIXA | ✓ |
| TRIAGENS CATARATA | | ✓ |
| CIRURGIAS CATARATA | | ✓ |

META 05 – Ofertar assistência odontológica a longo prazo no tratamento e diagnóstico de doenças referente a higiene bucal.

M5.1- DESCRIÇÃO

O histórico e a evolução das políticas públicas em Saúde Bucal no Brasil, (*Quadro 01*) influenciam e destacam a maneira de pensar e agir de diferentes categorias profissionais e de gestores da saúde pública ao longo do tempo. Essas formas de organização em propostas ou modelos, ou mesmo a ausência destes, condicionam as formas de planejamento dos serviços, suas articulações, seu desenvolvimento e sua avaliação até os dias atuais cujas dificuldades se acentuam, fortemente, dadas as particularidades inerentes a região de abrangência de Portal Sul Consórcio.



Ademais, no setor privado, a prática odontológica atual, nitidamente curativa, por seus altos custos, torna-se acessível para tão somente a um pequeno percentual da população, os quais consomem serviços odontológicos com frequência regular; outros em torno de cinco por cento servem-se desses mesmos serviços de modo irregular, ficando o restante da população à mercê de atendimento ainda mais irregular ou sem qualquer espécie de cobertura. Isto determina, para esse modelo, algumas características, dentre as quais se poderia colocar: baixo impacto social, baixa produtividade e ineficácia.

Os Serviços Públicos, por outro lado, apresentam oferta inelástica de serviços, operando com os mais variados modelos de atendimento e escassos recursos."

M5.2- OBJETIVO – Contribuir para a melhoria da saúde bucal dos Municípios consorciados, voltados para a prestação de serviços odontológicos e de Educação em Saúde através de Unidade Móvel.

M5.3- BENEFÍCIOS – Oferta de procedimentos cirúrgico-restauradores, aplicação tópica de flúor, evidenciação de placa bacteriana, selamento provisório de cavidade dentaria, capeamento pulpar, restauração de dente permanente anterior e posterior, restauração de dente decíduo, obturação de dente decíduo, obturação de dente permanente unirradicular, pulpotomia dentaria, raspagem alisamento e polimento supragengivais, raspagem alisamento e polimento subgengivais, raspagem corono-radicular, drenagem de abscessos na boca e anexos, excisão e sutura na boca, contenção de dentes por splintagem, exodontia, gengivectomia, tratamento cirúrgico de hemorragia buço dental, tratamento cirúrgico periodontal, tratamento de alveolite, ulotomia/ulectomia e ações voltadas a Promoção de Saúde elaboradas a partir do diagnóstico precoce das doenças cárie e periodontal, no sentido de minimizar a ocorrência de novos danos à Saúde Bucal.

| PLANO DE APLICAÇÃO FINANCEIRO META 05 | | | |
|--|-----------------------------|---------------------------|--|
| Despesas com a Unidade Móvel | Valor Unitário (R\$) | Valor mensal (R\$) | *Valor total por 05 meses (R\$) |
| Cavalo-mecânico para o traslado da Unidade Móvel | 1.000,00 | 00,00 | 2.000,00 |
| Despesas com RH | Valor Unitário (R\$) | Valor mensal (R\$) | *Valor total por 05 meses (R\$) |
| Odontólogos | 2.693,95 | 5.387,90 | 26.939,50 |
| Aux. De Saúde Bucal | 1.061,24 | 5.306,20 | 26.531,00 |
| Hospedagem | 300,00 | 6.000,00 | 30.000,00 |
| Alimentação | 200,00 | 1.000,00 | 5.000,00 |
| Despesas com Tratamento | Valor Unitário (R\$) | Valor mensal (R\$) | *Valor total por 05 meses (R\$) |
| Tratamento/consulta/procedimento | 3,00 | 1.500,00 | 7.500,00 |
| <i>Os valores desta planilha são previsão de possíveis gastos com a execução desta meta, sujeitos a variações para mais ou para menos conforme a demanda</i> | | Valor total | 97.970,50 |

META 06 – Ofertar aos profissionais da rede de saúde municipal cursos e capacitações que promovam atualização e conhecimento técnico.

M6.1- DESCRIÇÃO

A Educação em Saúde refere-se tanto a um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, à profissionalização e à carreira na saúde. Trata-se de um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que estes respondam às necessidades da população e dos trabalhadores em saúde, de maneira a contribuir para o incentivo à gestão social da saúde. (CONASS, 2007)

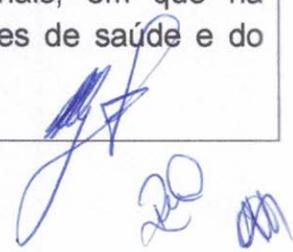
Há necessidade da abordagem de outros modos explicativos para a relação educação em saúde e trabalho em saúde, na qual parece impossível uma separação de termos, uma vez que um produz o outro. Com efeitos fundamentais tanto para a construção da competência do trabalhador quanto para a expressão de seu lugar como sujeito ético-político produtor de cuidado, que impacta o modo de viver de outro, material e subjetivamente constituído (o usuário, individual e/ou coletivo). (COBRA, 2011)

A Educação em Saúde tem por desafio gerar cidadania para o usuário e para o profissional, na lógica de um comportamento participativo e responsabilizador. Segundo Campos (2009), com sujeitos coprodutores que influenciam e são influenciados, que compreendem, agem e se envolvem; que são produtos e produtores de si mesmos e de seu contexto natural e social. (MARIA et al., 2007)

Entretanto, não pode ser desconsiderado que o processo de implantação do SUS teve que lidar com inúmeras limitações, uma vez que representava uma proposta de ação renovada em saúde, quando na verdade os profissionais não haviam sido formados em consonância com o modelo de promoção à saúde, como também os gestores deparavam-se com inúmeras dúvidas ao tentar adequar a estruturação de ações básicas de saúde, sem dispor na ocasião de recursos para esta finalidade. (MARIA et al., 2007)

A atribuição dos profissionais de saúde do SUS como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser a de facilitadores no processo da educação em saúde. Essa perspectiva converge para a formação continuada dos profissionais de saúde visto que uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor. (MARIA et al., 2007)

No entanto, a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde devem ter como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimentos da vigilância da saúde; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população; e, finalmente, aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais, em que há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituído das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde. (MARIA et al., 2007)



A Política Nacional de Educação em Saúde (EPS), lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão da saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de *produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população*. (CAROTTA, 2009)

A Educação Permanente em Saúde trabalha, desde então, com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho que possibilita mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas. Outras potencialidades dessa estratégia são: fortalecimento do controle social; repolitização do Sistema Único de Saúde (SUS); incentivo ao protagonismo de usuários e trabalhadores no processo saúde-doença; e a produção de um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população. (CAROTTA, 2009)

No entanto, a gestão da educação em saúde é um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), que traz em si a imprescindível necessidade de cuidar mais de seus "cuidadores". Os recursos humanos de uma empresa pública são alvos constantes dos chamados Fatores Críticos de Sucesso e constituem-se em fator essencial para o alcance das metas propostas no planejamento do Sistema Único de Saúde. (COBRA, 2011)

O trabalhador do SUS é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, coparticipação e corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. (COBRA, 2011)

Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como a capacitação e educação permanente dos trabalhadores bem como a humanização da qualidade do trabalho, dentre outros. A implementação dessa proposta vem sendo difundida desde 2003 com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, e de seus dois departamentos: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). (COBRA, 2011)

É responsabilidade da Atenção Básica em todas as esferas de governo:

Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para a gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais e das equipes. (BRASIL, 2011)

A Portaria em discussão coloca a Educação Permanente em Saúde como importante fator na consolidação da reorientação do modelo de atenção à Saúde no Brasil a partir da Atenção Básica, quando diz que há necessidade:

[...] de um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia

para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. (BRASIL, 2011)

Há um entendimento acerca da educação permanente como estratégia de gestão, além de sua dimensão pedagógica, como um processo que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho. (BRASIL, 2011)

A educação permanente é descrita na citada Portaria como um processo pedagógico que contempla:

[...] desde a aquisição e atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). (BRASIL, 2011)

A Portaria dispõe, ainda, sobre metodologias em relação à Educação Permanente:

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Nessa mesma linha é importante diversificar este repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, etc. (BRASIL, 2011)

Fica clara a necessidade de consolidação da reorientação do modelo assistencial, visando a uma horizontalização. A Educação Permanente em Saúde, tanto da perspectiva do empoderamento e emancipação dos usuários como da capacitação dos trabalhadores e gestores em saúde, executada a partir de discussões e reformulações dos processos de trabalho, mostra-se um campo fértil ainda a ser explorado e que favorece a consolidação do SUS e seus princípios. A determinação do Sistema Único de Saúde como lócus para a educação em saúde parece-nos acertada, pois ali se encontram interesses, recursos e os atores envolvidos no processo da saúde.

(Fonte: Coleção Gestão da Saúde Pública – Volume 12)

M6.2- OBJETIVO – O objetivo das capacitações é de atualizar os profissionais de saúde com vista na qualificação das ações e do planejamento, potencializando o desenvolvimento das competências, individuais e coletivas, bem como do desenvolvimento integral e valorização do desempenho dos servidores, buscando a excelência na qualidade dos serviços prestados e o alcance das metas institucionais.



M6.3- BENEFÍCIOS – capacitar os servidores para o exercício da gestão com efetividade; fomentar o desenvolvimento de um perfil de servidor público; promover ações para educação e inclusão social de pessoas portadoras de necessidades especiais; capacitar os profissionais para o acolhimento humanizado, atendimento resolutivo, bem como aumento no vínculo e confiança do paciente e capacitar gestores para lidar com conflitos e solucioná-los, utilizando as melhores práticas para atingir as soluções possíveis dentro de um contexto específico, minimizando os desgastes internos e de imagem.

| M6.4- PLANO DE APLICAÇÃO DE CURSOS | | | | | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|--------------|------------------|
| | Descrição | Carga horária p/curso | V. da hora aula (R\$) | N. de cursos | V. Total (R\$) |
| 01 | Curso de boas práticas e atualização do Calendário Vacinal | 08 | 180,00 | 01 | 1.440,00 |
| 02 | Curso de atualização em Hanseníase para profissionais de nível superior. | 10 | 180,00 | 01 | 1.880,00 |
| 03 | Curso de Formação Continuada (Lei 11.350/2006) para Agente Comunitário de Saúde - ACS | 40 | 180,00 | 03 | 21.600,00 |
| 04 | Curso de Formação Continuada (Lei 11.350/2006) para Agente de Combate as Endemias - ACE | 40 | 180,00 | 03 | 21.600,00 |
| 05 | Curso de Capacitação Teórico e Prático sobre o Sistema de Informação E-SUS AB. | 68 | 180,00 | 03 | 36.720,00 |
| 06 | Curso de Capacitação Cuidador de Idosos | 08 | 180,00 | 03 | 4.320,00 |
| Valor total anual | | | | | 87.560,00 |

Os cursos serão executados conforme a disponibilidade de recursos arrecadados.
Valores estimados de Hora/aulas sujeitos a variação quando da contratação.

META 07 – Ofertar exames de PSA total para homens acima dos 40 anos de idade.

M7.1- DESCRIÇÃO

O câncer da próstata é a quarta causa de morte por neoplasias no Brasil, correspondendo a 6% do total de óbitos por este grupo nosológico. Sua incidência vem apresentando um aumento significativo após a introdução de novos métodos diagnósticos e o aumento da expectativa de vida da população masculina.

O câncer de próstata é também o segundo tipo de câncer que mais afeta os homens, e o mais frequente nos que já passaram dos 50 anos. A própria idade avançada está entre os fatores de risco, assim como o histórico familiar da doença, fatores hormonais e ambientais, além de maus hábitos alimentares, sedentarismo e excesso de peso.

A causa exata do câncer de próstata não é conhecida, portanto, não é possível impedir a maioria dos casos da doença. Muitos fatores de risco como idade, raça e histórico familiar não podem ser controlados, mas baseados no que se sabe atualmente, existem riscos que podem ser evitados para reduzir o risco de ter câncer de próstata.

O antígeno prostático específico (PSA) é usado principalmente para pesquisar câncer de próstata em homens assintomáticos. É também um dos primeiros exames realizados em homens que apresentam sintomas que podem ser causados pelo câncer de próstata.

M7.2- OBJETIVO – Visa inserir estratégias e noções voltadas para a saúde do homem buscando atingir a prevenção do câncer de próstata e possíveis prostatites através da detecção precoce e pela oferta de exames de PSA total, nos Municípios de Rio Formoso, Sirinhaém e Tamandaré.

M7.3- BENEFÍCIOS – Com o aumento da idade, as condições benignas como cancro da próstata tornam-se mais frequentes, identificar precocemente possíveis malignidades decorrentes a alterações na próstata permite que o tratamento seja feito nos estágios iniciais da doença como também o acompanhamento pela atenção Básica e encaminhamento para os serviços especializados através da referência, contra referência e fluxos regulatórios dos Municípios.

Atualmente tem se valorizado o valor do PSA para predizer a chance de câncer de próstata no futuro do paciente. Pacientes com PSA menor que 1 ng/ml tem chance menor que 5% de apresentarem câncer de próstata num seguimento de 10 anos.

M7.4- PLANO DE APLICAÇÃO FINANCEIRO META 07

| EXAME | Quantidade por município | Valor Unitário (R\$) | Valor do evento novembro azul (R\$) | *Valor total anual (R\$) |
|-----------|--------------------------|----------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| PSA TOTAL | 200 | **16,42 | 9.852,00 | 9.852,00 |

*os valores mencionados tratam-se de uma previsão de possíveis gastos com a ação. **SIGTAP-TABELASUS

M8.1- DESCRIÇÃO

Compete ao **NÚCLEO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - NIS**

- I - Executar as atividades inerentes as ações previstas para o desenvolvimento de programas e projetos junto aos municípios consorciados ao PORTAL SUL CONSÓRCIO;
- II - Acompanhar e monitorar os resultados dos programas e projetos desenvolvidos, corrigindo as não conformidades, informando aos Departamentos envolvidos de forma sistêmica;
- III - Assessorar os demais Departamentos do CONSÓRCIO na proposição de novos programas e projetos voltados ao desenvolvimento econômico e social da região de atuação do PORTAL SUL CONSÓRCIO;
- IV - Emitir pareceres, notas, orientações e relatórios nos processos afetos às suas atribuições;
- V - Atuar em consonância com as orientações administrativas e financeiras do PORTAL SUL CONSÓRCIO, em relação aos programas e projetos em execução.
- VI – Atestar a execução dos serviços e acompanhar as medições para pagamento das empresas contratadas.
- VII – Executar as políticas ambientais adotadas pelo Portal Sul Consórcio em consonância com a legislação

M8.2- Despesas operacionais mensais**PLANILHA 01 – PESSOAL ADMINISTRATIVO**

| ITEM | Cargo/função | Símbolo | Carga horária | *Venc/encargos (R\$) |
|-------------------------------------|--|---------|---------------|----------------------|
| 01 | Superintendente Setorial do Núcleo Intermunicipal de Saúde - NIS | CC-3 | 200 | 8.400,00 |
| 02 | Gerente Técnico do NIS | CC-4 | 200 | 7.200,00 |
| 03 | Assessor Técnico de Políticas de Saúde | CC-5 | 200 | 5.600,00 |
| 04 | Assistentes de Processamento de Dados | CC-6 | 200 | 5.250,00 |
| Total de vencimentos mensais | | | | 26.450,00 |

Legendas: * = Valor mensal com encargos legais e previdenciários

3 – PLANILHA DE CUSTOS POR METAS

| Número | Descrição | Custo mensal estimado | Custo anual estimado |
|------------------|--|-----------------------|----------------------|
| Meta 01 | Ampliar a oferta de serviços de saúde nos Municípios consorciados mediante a prestação de serviços de atenção à saúde aos usuários no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) | 438.000,00 | 5.256.000,00 |
| Meta 02 | Implantar um Sistema de Informação Intermunicipal para o Monitoramento e Avaliação dos serviços de saúde prestados. | 6.000,00 | 72.000,00 |
| Meta 03 | Ofertar exames de mamografia bilateral para rastreamento em Unidade Móvel | 8.000,00 | 96.000,00 |
| Meta 04 | Ofertar assistência oftalmológica inclusive na detecção e tratamento da catarata para a população senil dos Municípios consorciados | ----- | 76.850,00 |
| Meta 05 | Ofertar assistência odontológica a longo prazo no tratamento e diagnóstico de doenças referente a higiene bucal. | ----- | 97.970,50 |
| Meta 06 | Ofertar aos profissionais da rede de saúde municipal cursos e capacitações que promovam atualização e conhecimento técnico. | ----- | 87.560,00 |
| Meta 07 | Ofertar exames de PSA total para homens acima dos 40 anos de idade. | ----- | 9.852,00 |
| Meta 08 | Manutenção do Núcleo Intermunicipal de Saúde - NIS | 26.450,00 | 317.400,00 |
| Total R\$ | | | 6.013.632,50 |

Valores sujeitos a variações, para mais ou para menos, conforme a realidade da execução de cada meta.

5 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO –(Média Mensal)

| CONSORCIO INTERMUNICIPAL PORTAL DA MATA SUL | | | | | | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| JAN/17 | FEV/17 | MAR/17 | ABR/17 | MAI/17 | JUN/17 | JUL/17 | AGO/17 | SET/17 | OUT/17 | NOV/17 | DEZ/17 |
| 502.000,00 | 502.000,00 | 502.000,00 | 502.000,00 | 502.000,00 | 502.000,00 | 502.000,00 | 502.000,00 | 502.000,00 | 502.000,00 | 502.000,00 | 502.000,00 |

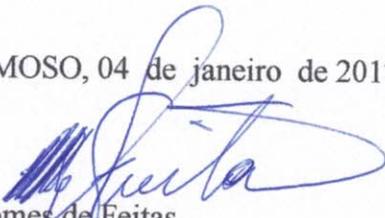
6 – PREVISÃO DE ARRECADAÇÃO

ARRECADAÇÃO MENSAL ESTIMADA

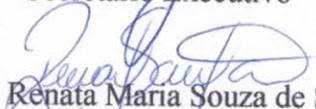
| MUNICIPIO | VALOR DA COTA R\$ |
|---------------------------|-----------------------|
| RIO FORMOSO | 130.000,00 |
| SIRINHAÉM | 115.000,00 |
| SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE | 117.000,00 |
| TAMANDARÉ | 220.000,00 |
| VALOR TOTAL MENSAL | R\$ 573.000,00 |

OBS. Arrecadação variável conforme a execução da meta

RIO FORMOSO, 04 de janeiro de 2017



Miguel Gomes de Feitas
Secretário Executivo



Renata Maria Souza de Santana
Superintendente do NIS