



## **PLANO PLURIANUAL DE SAÚDE**

**2022 - 2025**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 DIAGNÓSTICO DO MUNICÍPIO.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.2 ASPECTOS GEOGRÁFICOS.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.3 - ASPECTOS DO MEIO AMBIENTE.....</b>	<b>15</b>
<b>3 ANÁLISE SITUACIONAL .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 DADOS DEMOGRÁFICOS .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....</b>	<b>22</b>
<b>4 MORBIDADE HOSPITALAR .....</b>	<b>23</b>
<b>5 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS .....</b>	<b>25</b>
<b>5.1 PRODUTO INTERNO BRUTO .....</b>	<b>25</b>
<b>5.2 SANEAMENTO BÁSICO .....</b>	<b>26</b>
<b>5.3 ABASTECIMENTO DE ÁGUA .....</b>	<b>26</b>
<b>5.4 DESTINO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS.....</b>	<b>27</b>
<b>5.5 CONDIÇÕES DE MORADIA .....</b>	<b>29</b>
<b>5.6 RENDA .....</b>	<b>30</b>
<b>5.7 MERCADO DE TRABALHO.....</b>	<b>30</b>
<b>6 COMPOSIÇÃO DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO ....</b>	<b>33</b>
<b>6.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE .....</b>	<b>33</b>
<b>6.2 OUTROS PROGRAMAS RELACIONADOS A APS.....</b>	<b>35</b>
<b>6.2.1 INFORMATIZA APS.....</b>	<b>35</b>
<b>6.2.2 PROGRAMA MAIS MÉDICOS.....</b>	<b>36</b>
<b>6.2.3 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA .....</b>	<b>36</b>
<b>6.2.4 PROGRAMA CRESCER SAUDÁVEL .....</b>	<b>37</b>

<b>6.2.5</b>	<b>POLÍTICAS DE EQUIDADE EM SAÚDE .....</b>	<b>38</b>
<b>6.2.5.1</b>	<b>SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA .....</b>	<b>38</b>
<b>6.2.5.2</b>	<b>SAÚDE DO CAMPO E DA FLORESTA .....</b>	<b>40</b>
<b>6.2.5.3</b>	<b>SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT .....</b>	<b>40</b>
<b>6.2.5.4</b>	<b>SAÚDE DA POPULAÇÃO DE RUA .....</b>	<b>41</b>
<b>6.2.5.5</b>	<b>SAÚDE DA PESSOA IDOSA .....</b>	<b>42</b>
<b>6.2.5.6</b>	<b>REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA .....</b>	<b>44</b>
<b>6.2.6</b>	<b>REDE CEGONHA .....</b>	<b>45</b>
<b>6.2.7</b>	<b>REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS .....</b>	<b>46</b>
<b>6.2.8</b>	<b>PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE .....</b>	<b>47</b>
<b>6.2.9</b>	<b>POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PAN) .....</b>	<b>47</b>
<b>6.2.9.1</b>	<b>PROGRAMA VITAMINA A .....</b>	<b>49</b>
<b>6.2.9.2</b>	<b>ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL .....</b>	<b>49</b>
<b>6.3</b>	<b>ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO .....</b>	<b>51</b>
<b>6.3.1</b>	<b>SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 ..</b>	<b>52</b>
<b>6.3.2</b>	<b>REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) .....</b>	<b>53</b>
<b>6.3.4</b>	<b>DESCREVENDO A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO E O FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ARROIO DO TIGRE .....</b>	<b>55</b>
<b>6.3.5</b>	<b>ALGUNS ENTRAVES EM SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>56</b>
<b>6.4.5</b>	<b>EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL (AMENT) .....</b>	<b>57</b>
<b>6.4.6</b>	<b>COMPOSIÇÃO DA EQUIPE AMENT TIPO 2 DE ARROIO DO TIGRE .....</b>	<b>57</b>
<b>6.4.8</b>	<b>OFICINAS TERAPÊUTICAS COM INSERÇÃO DAS PICS .....</b>	<b>58</b>
<b>7</b>	<b>PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>59</b>
<b>8</b>	<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....</b>	<b>60</b>
<b>8.1</b>	<b>MISSÃO .....</b>	<b>60</b>
<b>8.2</b>	<b>OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>61</b>
<b>8.3</b>	<b>ANÁLISE SITUACIONAL .....</b>	<b>61</b>
<b>8.4</b>	<b>RECURSOS FINANCEIROS .....</b>	<b>63</b>
<b>8.5</b>	<b>RECURSO FINANCEIRO COMPLEMENTAR .....</b>	<b>64</b>
<b>8.6.1</b>	<b>SELEÇÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>8.6.2</b>	<b>PROGRAMAÇÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>8.6.3</b>	<b>AQUISIÇÃO .....</b>	<b>66</b>
<b>8.6.4</b>	<b>ARMAZENAMENTO .....</b>	<b>67</b>
<b>8.6.6</b>	<b>DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DE ESTOQUE .....</b>	<b>68</b>
<b>8.6.7</b>	<b>PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RSS) .....</b>	<b>68</b>
<b>9</b>	<b>SERVIÇOS FARMACÊUTICOS- TÉCNICO ASSISTENCIAIS .....</b>	<b>69</b>

<b>9.1 DISPENSAÇÃO</b> .....	<b>69</b>
<b>9.2 ORIENTAÇÃO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS</b> .....	<b>70</b>
<b>9.3 PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS</b> .....	<b>70</b>
<b>9.4 MANUAL DE BOAS PRÁTICAS FARMACÊUTICAS</b> .....	<b>70</b>
<b>9.5 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO</b> .....	<b>71</b>
<b>9.6 PROCESSOS JUDICIAIS</b> .....	<b>71</b>
<b>10 VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b> .....	<b>72</b>
<b>10.1 IMUNIZAÇÕES</b> .....	<b>75</b>
<b>11 NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS</b> .....	<b>75</b>
<b>11.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b> .....	<b>76</b>
<b>11.2 VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR</b> .....	<b>78</b>
<b>12 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b> .....	<b>79</b>
<b>12.1 RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> .....	<b>79</b>
<b>12.2 GESTÃO EM SAÚDE</b> .....	<b>80</b>
<b>12.3 REGULAÇÃO EM SAÚDE</b> .....	<b>80</b>
<b>13 NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) E A COVID-19</b> .....	<b>81</b>
<b>14 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</b> .....	<b>82</b>
<b>14.1 ÓRGÃO DELIBERATIVO</b> .....	<b>82</b>
<b>14.2 ÓRGÃO DE GESTÃO MUNICIPAL</b> .....	<b>83</b>
<b>14.3 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE</b> .....	<b>83</b>
<b>15 FINANCIAMENTO</b> .....	<b>84</b>
<b>16 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES</b> .....	<b>85</b>
<b>17 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO</b> .....	<b>86</b>
<b>18 DIRETRIZES, OBJETIVO (S), META, INDICADOR</b> .....	<b>87</b>

## INTRODUÇÃO

O Planejamento é uma ferramenta necessária em qualquer organização, no serviço público, em especial na saúde pública é substancial, pois possibilita conhecer a realidade, identificar problemas, avaliar e intervir, realizando as intervenções necessárias, buscando melhorar o futuro da população.

A Constituição Federal de 1988, em consonância com os processos de reforma da Administração Pública observados nos anos 80 e 90 do século XX, evidenciou a descentralização, bem como o desenvolvimento de estratégias de participação do cidadão no planejamento das ações de saúde, como uma conquista da redemocratização do Estado.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com Constituição Federal de 1988, é ainda um desafio que exige esforço intenso e solidário entre as esferas de governo, que envolve a Gestão do Sistema, os Conselhos de Saúde e os Recursos Humanos do setor. O empenho destes segmentos constitui a base para a viabilização e a implementação de ações e de serviços acolhedores, qualificados e resolutivos, e para permitir avançar no acesso e na inclusão de todos os cidadãos a este Sistema.

O Plano Municipal de Saúde de Arroio do Tigre, aqui apresentado é uma das etapas do processo de planejamento e representa para os profissionais que compõe o grupo de planejamento, monitoramento e avaliação um conjunto de responsabilidades expressas em objetivos, diretrizes e metas que nortearão as ações no quadriênio 2022 a 2025.

Considerando que desde o ano de 2020, quando iniciou a Pandemia pelo coronavírus (SarsCov2), estamos vivenciando o cenário epidemiológico crítico e considerando que a lei orienta que as conferências municipais deverão ocorrer de forma quadrienal, a gestão municipal, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, optou por utilizar as diretrizes tratadas na conferência municipal realizada em 2019 e de não realizar nova conferência. O PMS, abaixo descrito, será encaminhado aos conselheiros em tempo hábil, para que todos possam levar o mesmo as suas representações e discutir se as demandas elencadas e expressas em objetivos, diretrizes e metas, analisando criteriosamente se o mesmo contempla a demandas daquele público.

Nesta perspectiva, também recordamos que a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde é atribuição do município embasado pela Lei Federal nº 8080/90, art.15, inciso VIII, estando o município habilitado na Gestão Plena de Atenção Primária, conforme estabelecido pela NOAS/01/2001. Este plano dará condições para o município receber recursos do Fundo Nacional de Saúde (Lei Federal 8142/90, art.14) a fim de realizar ações contidas neste.

As informações necessárias para a elaboração deste Plano Municipal foram retiradas dos dados disponíveis no município, na Coordenadoria Regional de Saúde e nos sites disponíveis via internet (<http://www.datasus.gov.br>, <http://www.ibge.gov.br> e <http://www.saude-rs.gov.br>, <http://181.191.228.203:8080/>, <https://egestorab.saude.gov.br/> e <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>). Lembramos que muitas vezes foram citadas informações de anos anteriores, porém devido a pandemia muitos sistemas não tiveram atualizações, como por exemplo, os dados retirados do site do IBGE.

## **2 DIAGNÓSTICO DO MUNICÍPIO**

### **2.1 Características gerais do Município**

#### **2.1.1 Aspectos históricos**

O primeiro registro de uma habitação no município de Arroio do Tigre foi de propriedade de Antônio Bento Pereira, que após subir a serra construiu um pequeno “carijo” (maquinário utilizado para produzir erva mate), que serviria de sustento a sua família que mais tarde também veio residir no local. Nos documentos consultados não foram encontrados registros do ano e nem mesmo da década em que este primeiro habitante de Arroio do Tigre, se estabeleceu na região, porém, tendo em vista, que os primeiros registros de imigrantes alemães datam dos anos de 1870, deduz-se que Antônio Bento Pereira, tenha se deslocado para a região em um período anterior a esta data e certamente já no século IX.

Habitado, principalmente, por índios Guaranis, o município começou a ser ocupado por volta dos anos de 1870 por famílias de origem germânica, vindas em sua grande maioria de Santa Cruz do Sul, as quais trouxeram as primeiras sementes para o plantio e animais para consumo e trabalho, a estes se somaram anos mais tarde os italianos e os luso-brasileiros.

Conta-nos à história que armados de coragem e vontade de vencer, os colonos enfrentaram a mata virgem e seus perigos, abrindo picadas construíram suas casas, ergueram as primeiras capelas que, em geral, também serviam de escolas. As famílias provenientes das colônias velhas trouxeram junto consigo animais domésticos para o tratamento da terra e de sua sobrevivência. Muitas vezes, alguns dos animais eram abatidos, principalmente as margens de um arroio onde estes saciavam sua sede. Pelos indícios encontrados nos animais mortos, tratava-se de um grande predador, que deixava as carcaças totalmente destroçadas.

Este fato acabou gerando pânico nos moradores, e então foram realizadas caçadas para abater o animal em questão. Desta forma, durante uma destas emboscadas, os caçadores se depararam com uma onça pintada que acabou sendo abatida com tiros de espingarda às margens do arroio que atravessava o povoado.

Tendo em vista que os primeiros moradores da região eram de origem européia, portanto, o único animal que conheciam com as características semelhantes às da onça

pintada eram os tigres encontrados na Europa, o arroio acabou recebendo a denominação de Arroio do Tigre. Posteriormente este nome passou a designar a região circunvizinha, onde hoje se localiza a cidade do município de Arroio do Tigre.

A colonização se iniciou por Sobradinho então município mãe, onde nos anos de 1870 a 1890, teve início à venda de lotes da então colônia de Sobradinho, os primeiros colonizadores foram; Frederico Henker, Pedro Limberger, Pedro Wagner e Augusto Konrad que se distribuíram entre a localidade de Arroio Bonito (município de Sobradinho) e em áreas do atual município de Arroio do Tigre.

Por volta de 1920 começou a tomar forma a Vila Tigre, surgiram às primeiras casas comerciais, as igrejas católica e evangélica depois o hospital Santa Rosa de Lima. Rapidamente todas as colônias, lotes com 25 hectares, foram ocupadas e cultivadas com fumo, feijão, milho e trigo.

Arroio do Tigre integrava o 3º Distrito do Município de Sobradinho, conforme Decreto nº 06 assinado em 06 de janeiro de 1928. Após quase 35 anos e com o desenvolvimento cada vez mais acelerado do distrito de Arroio do Tigre, iniciou-se a luta para a emancipação.

A emancipação do município deu-se em 06 de novembro de 1963, através da lei nº 4605-A, assinada pelo então governador Ildo Meneghetti, publicada no Diário Oficial de 10 de novembro de 1963. O novo município tomou partes das áreas de Sobradinho, Soledade e Espumoso.

### **2.1.2 Aspectos geográficos**

O município de Arroio do Tigre está localizado na Encosta Inferior do Nordeste na Macro-região dos Vales, Região do Vale do Rio Pardo e Micro Região Centro Serra, o Município é conhecido como micro região fomicultora de Santa Cruz do Sul e abrange uma área de 311.97 km<sup>2</sup> e, está situado a 425 metros de altitude, demonstrando ter muitos morros e ar puro. Tem como limites:

Ao sul: Sobradinho;

Ao norte: Estrela Velha e Salto do Jacuí;

A oeste: Ibarama;

A leste: Tunas e Segredo.

O município de Arroio do Tigre está dividido em 07 distritos:



1º Distrito – Arroio do Tigre – Sede – engloba as seguintes localidades: Lambedor, Linha Turvo, Linha Cereja, Morro da Lentilha, Linha Rocinha, Linha Guabiroba e Linha Tigre.

2º Distrito – Taquaral – engloba as localidades de: Linha São Roque e Cristo Rei.

3º Distrito – Ocidental – engloba as localidades de: Linha Barrinha, Travessão, Linha Floresta, Linha Ocidental e Linha Ressaca.

4º Distrito – Vila Progresso – engloba as seguintes: Vila Progresso, Linha São José, Linha Santa Cruz, Linha Anjo da Guarda, Linha São Pedro e Linha Paleta.

5º Distrito – Sítio – engloba as localidades de: Sítio Alto, Sítio Baixo, Sítio Novo Papo Roxo, Linha Baitaca.

6º Distrito – Coloninha – engloba as localidades de: Coloninha e Palmital.

7º Distrito – Taboãozinho – engloba as localidades de: Taboãozinho, Lomba Alta e Lagoão.

### **2.1.3 - Aspectos do meio ambiente**

O município possui um relevo acidentado, com alguns morros, muitos arroios e rios que, embora não caudalosos formam vales ou depressões acentuadas. Estes arroios e rios formam 06 (seis) principais bacias hidrográficas, sendo elas:

- Bacia hidrográfica do rio Jacuizinho;
- Bacia hidrográfica do rio Lagoão;
- Bacia hidrográfica do rio Caixão;
- Bacia hidrográfica do rio Jaquirana;
- Bacia hidrográfica do rio Carijinho;
- Bacia hidrográfica do rio Arroio do Tigre.

Estes mananciais de águas apenas, o Arroio do Tigre situa-se numa área densamente povoada, cortando a cidade e em suas margens situam três vilas formadas por populações advindas do meio rural em busca de melhores condições de vida.

## **3 ANÁLISE SITUACIONAL**

Não se pode compreender ou transformar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade sem levar em conta que ela é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural.

Lembrando que intrincados mecanismos determinam as condições de vida das pessoas e a maneira como nascem, vivem e morrem, influenciando suas vivências e experiências em saúde e doença. Entre os inúmeros fatores determinantes da condição de saúde, incluem-se os condicionantes biológicos, meio físico, assim como o meio social, econômico e cultural.

Neste contexto, falar de saúde implica levar em conta, por exemplo, a qualidade da água que se consome, no ar que respiramos, estilos de vida pessoal, trabalho, renda, educação, cultura, entre outros.

Deste modo, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis, pois facilita o monitoramento de objetivos e metas em saúde, além de estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes. Ou seja, em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde e, que vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde da mesma.

Por conseguinte, a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde.

Neste sentido alguns indicadores são essenciais para compreensão da situação de saúde, suas causas e consequências, orientar decisões de políticas públicas e apoiar o controle social bem como subsidiar os processos de gestão do SUS. Sendo eles:

- Indicadores Demográficos;
- Indicadores Socioeconômicos;
- Indicadores de Mortalidade;
- Indicadores de Morbidade e fatores de risco;
- Indicadores de Recursos e de Cobertura.

Para uma melhor compreensão a seguir encontram-se dados produzidas pelos sistemas de informações disponíveis.

### **3.1 Dados Demográficos**

Em conformidade com os dados do censo de 2010 a população estimada era de 12.648, conforme levantamento realizado no ano de 2020 a população aumentou para 13.373 habitantes, já pelo cadastro individual dos Agentes Comunitários de Saúde a população é de 11.823 habitantes, contudo estes dados levam em consideração que alguns indivíduos não são contabilizados por não possuírem cadastro individual ou por possuírem termo de recusa.

O município de Arroio do Tigre possui como referência em saúde a 8ª Coordenadoria Regional da Saúde, macro região dos Vales, 27 Região de Saúde, Rio Grande do Sul, e é distante aproximadamente a 245 km da capital de Porto Alegre.

A taxa de urbanização apresentou alteração no mesmo período (CENSO/2010). A população urbana atualmente é de 6.304 habitantes, já a população rural é de 7.069 habitantes, contudo ao analisarmos o quantitativo de domicílio, utilizando o cadastro individual como base e tendo como referência julho de 2021, temos 6.170 domicílios, sendo 56,20% domicílios urbanos e 43,79% domicílios localizados na zona rural.

Também importante destacar que existe no município uma comunidade remanescente de quilombos já reconhecida pela Fundação Quilombo dos Palmares composta por 35 famílias e aproximadamente 112 pessoas. Esta comunidade denominada Sitio Novo/Linha Fão está localizada na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Unidos pela Saúde.

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

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Arroio do Tigre é 0,707, em 2010, o que situa este município na faixa de desenvolvimento médio (IDMH entre 0,500 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é longevidade, com índice de 0,848, seguida de renda com índice de 0,708, e de Educação, com índice de 0,589.

## Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e componentes

<b>IDHM e componentes</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
<b>IDHM Educação</b>	0,213	0,382	0,589
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	14,38	22,74	36,64
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	20,49	60,26	97,06
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	51,12	74,09	67,02
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	12,72	21,56	43,83
<b>IDHM Longevidade</b>	0,692	0,754	0,848
Esperança de vida ao nascer (em anos)	66,53	70,25	75,90
<b>IDHM Renda</b>	0,551	0,635	0,708
Renda per capita (em R\$)	246,84	415,31	654,51

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Ranking IDHM 2010	Município	IDHM 2010	IDHM Renda 2010	IDHM Longevidade 2010	IDHM Educação 2010
1696 °	Arroio do Tigre (RS)	0,707	0,708	0,848	0,589

Fonte: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>

Conforme dados extraídos do SISAB, o número de idosos encontra-se em torno de 2.586 (julho de 2021), um percentual de 21,87% da população, isso representa que envelhecimento contínuo de uma população traz uma série de implicações que afetam, direta ou indiretamente, diferentes esferas de sua organização social, econômica e política. Em algumas áreas, como é o caso da saúde, as consequências deste fenômeno se fazem sentir de forma mais clara e imediata.

O impacto de uma crescente massa de população idosa não somente sugere a necessidade de desenvolvimento de técnicas e metodologias de atendimento diferenciado, mas passa também pela questão fundamental da utilização mais intensiva dos serviços e equipamentos de saúde por parte da população em idades mais avançadas.

O prolongamento da vida tem como consequência uma mudança radical no perfil de morbidade da população brasileira. Conforme parcelas crescentes da população alcançam a terceira idade, aumenta, é esperado, o número de casos de doenças do tipo crônico-degenerativo, já que a sua incidência, em geral, é maior entre as pessoas idosas.

Paralelamente, portanto, às transformações demográficas em curso caracteriza-se uma verdadeira transição epidemiológica que se traduz na substituição das doenças infecciosas e parasitárias, de caráter agudo, pelas doenças não transmissíveis, de caráter crônico-degenerativo, como causas principais de morbidade. Nesta constante, a Secretaria Municipal de Saúde, através da gestora e da coordenadora técnica, participou da construção do Plano do Conselho Municipal da Pessoa Idosa. Bem como, o neste PMS buscamos contemplar a Avaliação Multidimensional, numa perspectiva que envolverá equipe multiprofissional, em todos os territórios, isto será custeado através de recursos da então primária e da portaria 894, a qual possibilitou manter as ações de uma nutricionista para atuar junto a esta equipe na realização das ações.

População total (2019).....	
13.373	
Índice de desenvolvimento humano .....	
0,7%	
Densidade demográfica (2019) .....	
41,2 hab/km <sup>2</sup>	
Taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais .....	7,05%
Percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (2016) .....	6,52%
Coefficiente de Mortalidade Infantil (IBGE/2019).....	15,07 por mil nascidos vivos
Expectativa de Vida ao Nascer (FEE 2010).....	75,90 anos
Taxa de Analfabetismo (IBGE/2010).....	7,05%
PIBpm (FEE 2018).....	
..R\$ 335.608	
PIB per capita (IBGE 2018) .....	R\$ 25.173,18
Exportações totais (2006) .....	US\$ 200.00

Fonte: DATASUS

A Tabela 01 ilustra a faixa etária da população estimada do município em relação ao sexo e o total de indivíduos de cada sexo, bem como, o total da população do município de Arroio do Tigre para o ano de 2012. Nota-se que Arroio do Tigre possui uma boa expectativa de vida, e que a população é predominantemente jovem.

**Tabela 01:** População residente no município, por faixa etária e sexo, 2012

Idade	Arroio do Tigre		Rio Grande do Sul		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	430	337	327.601	316.361	7.016.614	6.778.795
5 a 9 anos	453	446	368.967	354.792	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	535	500	438.629	423.154	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	552	548	442.405	433.332	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	550	519	437.737	433.169	8.629.807	8.614.581
25 a 29 anos	509	476	445.502	118.497	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	177	452	398.879	409.412	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	438	404	366.041	379.078	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	450	424	369.087	391.278	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	468	475	372.803	399.833	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	431	410	332.590	360.676	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	382	353	277.346	307.163	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	269	286	217.76	247.98	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	163	230	155.838	187.741	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	120	166	112.895	149.150	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	79	134	73.926	113.162	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	52	70	42.599	76.474	668.589	998.311
85 a 89 anos	21	24	17.730	38.252	310.739	508.702
90 a 94 anos	3	7	5.887	14.732	114.961	211.589
95 a 99 anos	1	3	1.271	3.917	31.528	66.804
Mais de 100 anos	1	0	248	791	7.245	16.987

Fonte: IBGE/2012

**Tabela 2:** Situação sócio-demográfica a partir do cadastro domiciliar e territorial

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Menos de 01 ano	61	58	119
01 ano	48	76	124
02 anos	59	55	114
03 anos	78	57	135
04 anos	59	62	121
05 a 09 anos	323	301	624
10 a 14 anos	352	311	663
15 a 19 anos	422	412	834
20 a 24 anos	382	356	738
25 a 29 anos	378	406	784
30 a 34 anos	402	425	827
35 a 39 anos	439	448	887
40 a 44 anos	429	419	848
45 a 49 anos	377	414	791
50 a 54 anos	385	389	774
55 a 59 anos	398	456	854
60 a 64 anos	396	490	786
65 a 69 anos	328	350	678
70 a 74 anos	226	274	500
75 a 79 anos	113	198	311
80 anos ou mais	122	189	311
<b>Total Geral</b>	<b>5777</b>	<b>6046</b>	<b>11823</b>
<b>Percentual</b>	<b>48,85%</b>	<b>51,13%</b>	

Fonte: ESUS (julho de 2021)

Observando a tabela acima nota-se que na população em geral as mulheres prevalecem, já se analisáramos por faixas etárias verifica-se que há uma leve predominância do sexo masculino nas faixas etárias menores de 60 anos e em contrapartida na população acima de 60 anos predomina o sexo feminino.

Segundo pesquisa da coordenação estadual de Saúde do Homem da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) este cenário também pode ser visto quando analisamos a população masculina brasileira como um todo.

Esta aponta que, em média os homens brasileiros vivem 7,2 anos menos que as mulheres, e as principais causas desse quadro, são o fato destes acreditarem que nunca vão adoecer, fazem diagnóstico tardio de doenças graves, estão mais expostos aos acidentes de trabalho e trânsito, utilizam álcool e drogas em maior quantidade, envolvem-se mais em situações de violência e não praticam atividade física com regularidade e por isso a importância se investir em políticas que contemple este público.

Neste, bem como em outros documentos norteadores de gestão, buscou-se contemplar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, visando que o município possui coordenador desta política e em suas ações buscou incluir a melhoria de acesso e acolhimento deste público aos serviços da Rede, incluindo desde a adolescência ações que envolvam o tema Saúde Sexual e Reprodutiva, Paternidade e Cuidado, Prevenção de Violências e Acidentes e Principais Agravos/Condições Crônicas.

Ressaltamos que, na Tabela 2: Situação sócio-demográfica a partir do cadastro domiciliar e territorial, consta como total de habitantes 11.823, enfatizamos que estes dados podem sofrer alteração para mais e para menos, visto que são atualizados semanalmente, outro ponto, diz respeito a muitos indivíduos assinarem termo de recusa e não receberem a visita do ACS e conseqüentemente não aceitar realizar seu cadastro individual. Estas situações acabam influenciando diretamente em várias ações e programas vinculados não apenas a saúde, mas a toda a gestão municipal. Junto ao CMS, em plenária, esta situação foi trazida e medidas serão tomadas, buscando sanar tais problemáticas.

### 3.2 Dados Epidemiológicos

A seguir apresentaremos dados referentes à natalidade, morbidade, e mortalidade que servem de referência e, além disso, possibilita conhecermos as condições de saúde de nosso município visando subsidiar a tomada de decisões e realizar o planejamento das ações de saúde local.

A tabela abaixo representa os coeficientes de mortalidade infantil, o que permite acompanhar a evolução, analisando a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento.

<b>Indicadores de nascimentos</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Mortalidade Infantil	1	2	2	2
Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal	85,2%	89%	88,9%	100%
Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária a Saúde – Icsab	40,48%	44,78%	45,18%	42,51%
AIDS em menores de 5 anos de idade	0	0	0	0
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	0	0	3	0
Proporção de parto normal	10,49%	16,54	11,97%	3,25%

Fonte: Portal BI e dados da 8ª CRS.

Outro indicador importante que está diretamente ligado ao potencial da atenção primária é a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. A cobertura do atendimento pré-natal pode identificar situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos além de, contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e número de casos de sífilis congênita.

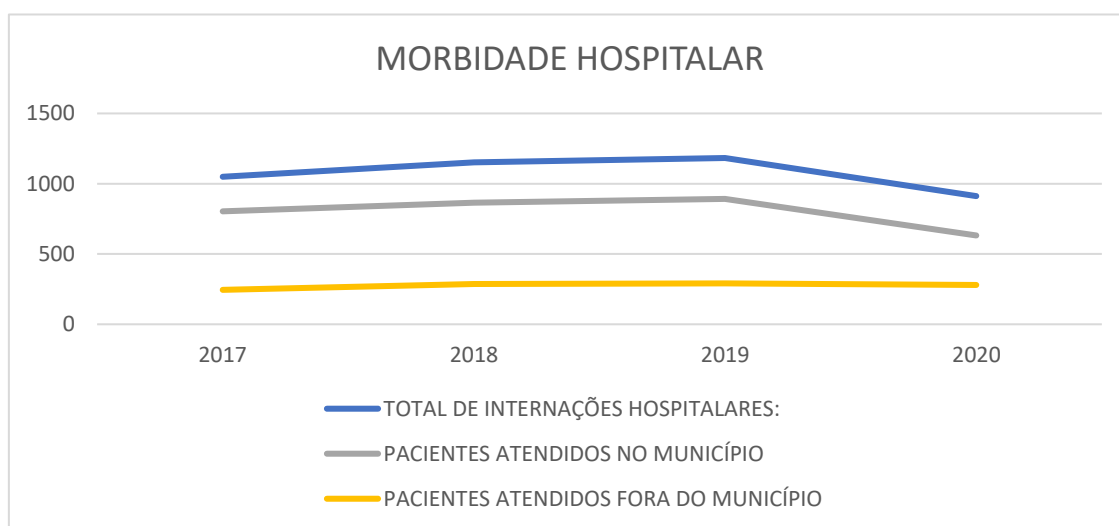
Além disso, observamos a importância da qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto, o que por consequência pode-se diminuir ao mínimo o número de mortes de recém nascidos e óbitos maternos.



Observou-se que, a série histórica do indicador mortalidade infantil vem se mostrando desfavorável a todas as ações realizadas pelos profissionais, contudo todos os óbitos supracitados foram investigados e apenas um teve como conclusão causa evitável, os demais foram não evitáveis. A partir destas investigações, também podemos tomar decisões pertinentes as melhorias necessárias em cada ponto da rede. Neste sentido, a rede fortaleceu-se de profissionais e hoje as equipes de saúde possuem apoio de médica pediatra atuando 20 horas semanais, pois além da demanda de consulta de puericultura, é crescente os casos de crianças com síndromes e doenças que necessitam de maior acompanhamento, sendo este feito pelas equipes, pela médica pediatra e nos respectivos serviços de referência de média e alta complexidade.

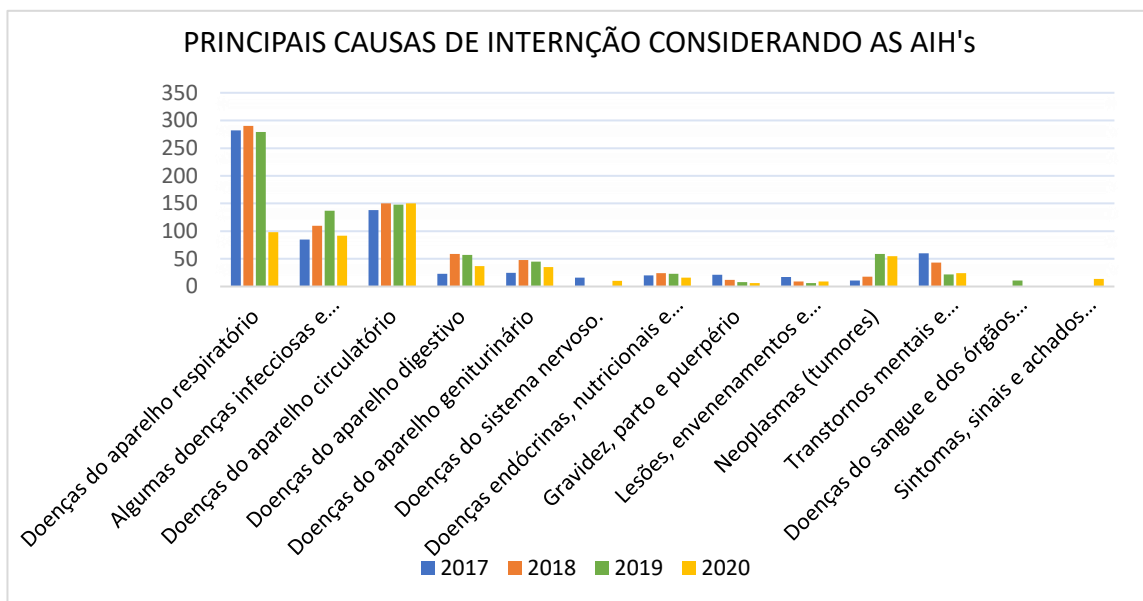
#### 4 Morbidade hospitalar

Em relação às condições de saúde, pela qual perpassa a população podemos constatar que a maioria das doenças que a afligem são influenciadas pelas condições de vida que a mesma leva, pela influência da etnia e do meio ambiente ao qual estão submetidas, além disso, o gráfico abaixo demonstra que os maiores afetados são os homens em comparação com as mulheres, senão vejamos.

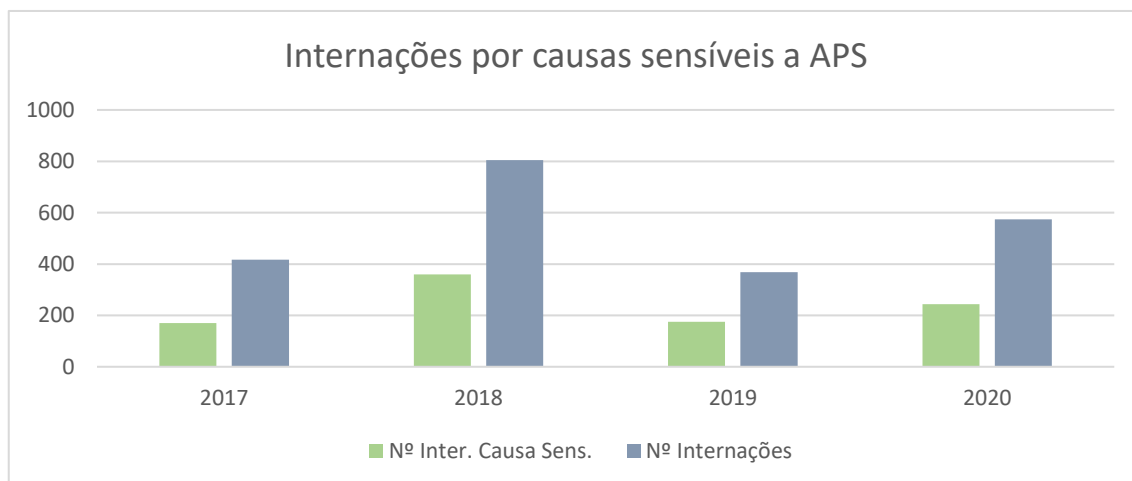


A partir da análise de série histórica percebemos que as internações hospitalares tanto no município, quanto fora dele vem em ascendência até o ano de 2019, já em 2020 nota-se discreto declínio, e aqui podemos ver o clássico reflexo da pandemia, pois consultas e procedimentos (cirurgias eletivas) foram suspensos neste período, conforme orientações da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Seguindo o Comunicado Centro de Operação de Emergência Covid-19 – COE COVID-19 Instituído pelo Decreto Estadual 55.129/2020 Posição sobre a suspensão de cirurgias eletivas, os serviços de saúde se redirecionaram durante o ano de 2020 para o atendimento da demanda COVID-19. Não é estranho que as internações também se mostraram em número mais baixos, pois em nosso município o momento crítico da pandemia, com aumento das internações hospitalares deu-se em março e junho de 2021.



Outro ponto a ser refletido quando analisamos as hospitalizações diz respeito ao trabalho realizado pelos serviços da APS durante a pandemia, o que evitou muitas hospitalizações e agravamento do quadro em decorrência do coronavírus. Quanto as causas sensíveis a APS, vimos um acréscimo quando comparado ao ano anterior, contudo os profissionais da APS estão trabalhando para que este número seja reduzido.



## 5 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Indicador socioeconômico são elementos que permitem aferir as condições sociais e econômicas de um determinado grupo da sociedade. Sendo mensurados através das condições de vida da população (saneamento básico, coleta de lixo, abastecimento de água, mercado de trabalho, renda, produto interno bruto, escolaridade entre outros). Neste sentido analisaremos alguns dados disponíveis a fim de traçar o perfil do município neste aspecto.

### 5.1 Produto Interno Bruto

Entre 2005 e 2010, segundo o IBGE, o Produto Interno Bruto (PIB) do município cresceu 64,5%, passando de R\$ 126,7 milhões para R\$ 208,4 milhões. O crescimento percentual foi superior ao verificado no Estado, que foi de 49,7%. A participação do PIB do município na composição do PIB estadual aumentou de 0,09% para 0,10% no período de 2005 a 2010.

Dados mais recentes conforme levantamento realizado no ano de 2013, temos que a base da economia do município está assentada na prestação de serviços, e nas atividades agropecuárias, atividades estas que giram em torno de culturas como: o fumo, feijão, milho, soja, leite e suínos. Também há no município agroindústrias familiares que produzem alimentos coloniais para venda em feiras e mercados.

Para maior entendimento a tabela abaixo demonstra como o município de Arroio do Tigre se destaca em relação ao Produto Interno Bruto, senão vejamos:

<b>PRODUTO INTERNO BRUTO DO MUNICÍPIO DE ARROIO DO TIGRE</b>	
PIB per capita	25.173,18
PIB TOTAL	335.608.780,00

Fonte: IBGE (2018)

Em relação às propriedades rurais estas em sua maioria são minifúndios, são de pequeno porte, ou seja, propriedades que possuem menos de 20 hectares, sendo administrada pela própria família, em regime de agricultura familiar.

Atualmente, tem-se em média 3.500,00 agricultores cadastrados com DAP (Declaração de Aptidão ao PRONAF). Para um maior entendimento da realidade agrícola do município, a seguir encontram-se alguns dados referentes à agricultura:

**Quadro 01 – Produção agropecuária 2021**

<b>PRODUTO</b>	<b>ÁREA</b>
Soja	9.000 ha
Tabaco	5.200 ha
Milho	4.300 ha
Feijão	900 ha
Suínos	830 mil quilos por ano
Leite	5.100.000 litros por ano, sendo 1.600 cabeças de gado leiteiro
Gado de corte	9.700 cabeças

Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Arroio do Tigre

## 5.2 Saneamento Básico

Sobre o saneamento básico na maioria das residências do município, o esgoto sanitário funciona sob a forma de poço absorvente, pois o município não possui uma rede de esgoto sanitário. Outro ponto que ressalta e que precisa ser revisto, é o aumento das moradias sem instalação sanitária.

**Tabela 4:** Dados de proporção de residências por tipo de instalação sanitária

<b>Instalação sanitária</b>	<b>IBGE 2000</b>	<b>SIAB 2013</b>	<b>ESUS (base local) 2021</b>
1. Rede geral de esgoto	3,3	00	3,89
2. Fossa séptica	26,9	-	42,66
3. Fossa rudimentar	49,6	-	37,31
4. Fossa	-	94 %	-
5. Vala	3,5	-	-
6. Rio, lago ou mar	0,2	-	1,69
7. Outro escoadouro	6,7	-	1,85
8. Não tem instalação sanitária	9,9	-	11,81
9. Céu aberto	-	6 %	0,73

Fonte: IBGE (2000), SIABMUN (2013) e ESUS (2021).

## 5.3 Abastecimento de Água

Quanto ao abastecimento de água o município possui uma rede, através de poços artesianos e fontes drenadas, em praticamente todos os distritos e localidades. Convém destacar que o município tem implantado desde agosto de 2005 o Sistema de Vigilância da Água – VIGIAGUA, que tem com objetivo de acompanhar as condições da água ingerida pela população. Abaixo se encontram os dados relativos às amostras de águas encaminhadas para análise.

**Tabela:** Número de amostras e percentual de cumprimento de diretriz nacional do plano

Parâmetro	2017	2018	2019	2020
Turbidez	87 72,50%	106 88,33%	106 88,33%	91 75,83%
Coliformes Totais/E. coli	87 72,50%	106 88,33%	106 88,33%	90 75,00%
Fluoreto	87 145,00%	76 126,67%	76 126,67%	91 151,67%
Residual Desinfetante	11 9,17%	33 27,50%	37 30,83%	73 60,83%

Fonte: VIGIÁGUA

Como podemos constatar através do VIGIAGUA, análise das amostras de água enviadas, houve uma melhora considerável na qualidade da água que está sendo consumida pela população que tem impacto positivo na saúde da população. O gráfico a seguir evidencia a mudança nos padrões de qualidade da água para consumo humano.

Os resultados demonstram a importância das várias ações que foram realizadas em relação à vigilância da qualidade da água para consumo humano, dentre elas destacamos: as reuniões com as sociedades de água, seminários, fóruns e atividades educativas.

Em relação à proporção de residências por tipo de abastecimento de água percebe-se que a maioria das mesmas, são abastecidas por água oriunda de Rede geral e poços artesianos.

**Tabela:** Dados de proporção de residência por tipo de abastecimento de água

Abastecimento de água	Medida	VIGIÁGUA 2000	SIAB 2013	ESUS (base local) 2021
1. Rede geral	%	37,7	73,88	73,99
2. Poço ou nascente	%	42,9	24,19	14,01
3. Outra forma	%	19,4	1,91	11,74

Fonte: VIGIÁGUA, SIABMUN (2013), e ESUS (2021).

#### 5.4 Destino dos resíduos sólidos

Quanto à coleta de resíduo sólido domiciliar (RSD), é coletado e transportado diariamente até o município de Sobradinho, onde é separado o resíduo orgânico do sólido. Depois é levado até o município de Minas do Leão onde é dada a destinação final, em local devidamente licenciado para essa atividade.

Os resíduos sólidos de saúde (RSS) são coletados quinzenalmente por empresa especializada, a qual é responsável pela segregação e destinação correta desses resíduos, com a qual o município possui contratado para a prestação do serviço.

Os dados atualizados (tabela abaixo), trazidos pelos cadastros domiciliares realizados pelos ACS, mostram que a maioria dos resíduos são coletados, contudo um grande percentual ainda é queimado ou fica a céu aberto.

**Tabela:** Dados de proporção por residência por tipo de destino dos resíduos sólidos

Destino dos resíduos sólidos	IBGE 2000	SIAB 2013	ESUS (base local) 2021
1. Coletado	39,3	48,36	48,22
2. Queimado (na propriedade)	43,0	-	-
3. Enterrado (na propriedade)	9,1	-	-
4. Queimado/ enterrado	-	49,14	38,37
5. Jogado a céu aberto	7,1	2,48	0,61
6. Outro destino	1,4	-	12,79

Fonte: IBGE (2000), SIABMUN (2013) e ESUS (2021).

Com base na tabela abaixo, onde é apresentado o destino dos resíduos por zona rural e urbana, podemos notar que no interior do município a maior parte dos resíduos acaba sendo queimado, enquanto na zona urbana ele é, em sua maioria coletado. Uma pequena parcela, fica a céu aberto, sendo este fato mais expressivo na zona rural.

**Tabela:** Dados do destino dos resíduos sólidos na zona rural e urbana

Destino dos resíduos sólidos	Rural		Urbano	
	Nº	%	Nº	%
1. Coletado	240	10,56%	2430	83,85%
2. Queimado (na propriedade)	-	-	-	-
3. Enterrado (na propriedade)	-	-	-	-
4. Queimado/ enterrado	940	81,60%	288	9,94%
5. Jogado a céu aberto	26	1,14%	8	0,27%
6. Outro destino	152	6,69%	167	5,76%

Fonte: ESUS (julho de 2021).

Sabemos que, queimar ou enterrar os resíduos é uma opção vista como instantaneamente resolutive para resolver o problema nos locais mais longínquos, porém isto resulta em consequências desastrosas, pois a queima libera na atmosfera gases venenosos, que afetam seres vivos e meio ambiente.

No ser humano, a queima pode provocar sintomas e comprometimento das vias respiratória. Além de colaborar para o aumento do efeito estufa.

Assim como, o acúmulo de resíduos que ficam a céu aberto e acabam por atrair micro-organismos e animais vetores de doenças, aumentando as chances de adoecimento por doenças como: leptospirose, disenteria, cisticercose, giardíase, toxoplasmose e entre outras.

Isto mostra que ações em conjunto com o setor de meio ambiente e mais gestores são necessárias e urgentes, pois impactam diretamente na saúde da população.

Em anos anteriores o município, bem como demais municípios vizinhos, encontravam problemas em relação aos resíduos gerados por agrotóxicos, pois o vasilhame por não ter o descarte correto, acabava sendo reutilizado em outros serviços da agricultura ou depositado a céu aberto. Desde Lei 12.305/2010 que trata do descarte de embalagens vazias de defensivos, o problema foi minimizado e hoje, esta não é mais uma problemática que afeta nossos trabalhadores rurais.

## **5.5 Condições de moradia**

Com relação às condições de habitação do município podemos dizer que, conforme dados do ESUS (2021), dos 5.595 domicílios cadastros no sistema, 48,34% encontram-se na área rural e 44,57% na zona urbana do município. Quanto ao tipo de domicílio 86,04% moram em casa, 3,12 em apartamento e menos de 1% em cômodo, outros 10,23%, moram em outros tipos de domicílio não especificados.

Destes, 49,49 são de alvenaria com revestimento, 2,77% alvenaria sem revestimento, menos de 1% e 27,91% madeira aparelhada.

Quanto as condições de acesso ao domicílio, 29,50% é pavimentado, 56,62% é de chão batido, 0,03% é fluvial, 13,82% corresponde a outras formas ou não foi informado no cadastro. Devido à grande extensão territorial rural do município, como supracitado, justifica-se a maior parte dos acessos serem de chão batido, bem como salienta-se a importância das equipes de saúde do interior, que prestam assistência no território a quem muitas vezes não consegue buscar outras formas de atendimento.

## 5.6 Renda

Outro indicador socioeconômico importante é a renda média domiciliar per capita que auxilia no conhecimento sobre o grau de desenvolvimento da população, mas é um coeficiente que pode esconder várias disparidades na distribuição da renda não refletindo muitas vezes as desigualdades sociais existentes.

No cadastro domiciliar, realizado pelo ACS, o responsável familiar informa a renda estimada da família, contudo, por ser um dado declarado, muitas pessoas não informam dados verídicos.

No quadro abaixo, vemos que 82,83% da população declara que recebe de 1 a 3 salários mínimos.

Renda familiar (declarada pelos usuários)	
Descrição:	Quantidade:
Até ¼ salário mínimo	155
De ½ salário mínimo	333
De 1 salário mínimo	1180
De 2 salários mínimos	1577
De 3 salários mínimos	460
De 4 salários mínimos	127
Mais de 4 salários mínimos	52

Fonte: ESUS (2021)

## 5.7 Mercado de Trabalho

Quanto ao mercado de trabalho formal do município, o mesmo apresentou por seis anos, saldos positivos na geração de novas ocupações entre 2005 e 2012. O número de vagas criadas neste período foi de 164.

Segundo dados do Ministério do Trabalho e Emprego, o mercado de trabalho formal em 2010 totalizava 1.537 postos, 13,2% a mais em relação a 2004. O desempenho do município ficou abaixo da média verificada para o Estado, que cresceu 27,8% no mesmo período. Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 81,57% em 2000 para 86,06% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 2,00% em 2000 para 1,24% em 2010, conforme demonstra o quadro abaixo.

Ressaltamos que, devido a pandemia que assola nosso país, não conseguimos dados atualizados para correlacionarmos com os dados dos anos anteriores.



**Ocupação da população de 18 anos ou mais - Município - Arroio do Tigre – RS**

	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	81,57	86,06
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	2,00	1,24
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	29,44	59,84
<b>Nível educacional dos ocupados</b>		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	25,24	39,94
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	13,27	23,34
<b>Rendimento médio</b>		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	68,99	41,49
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	85,69	82,17
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou mais	96,85	97,28

Fonte: IBGE

No tocante à taxa de desemprego, o município apresentou a menor taxa em comparação à taxa apresentada pela microrregião (2,8%), Estado (4,8%) e Brasil (7,4%). O quadro abaixo demonstra a taxa de desemprego da população acima de 16 anos segundo raça/cor, onde se percebe-se que a taxa de desemprego é maior na população de raça/cor preta. (IBGE, 2010)

**Taxa de desemprego população 16 anos e mais por ano segundo cor/raça:**

<b>Cor/Raça</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Branca	0,43	2,10	1,21
Preta	-	9,47	2,75
Parda	-	4,38	1,83
<b>Total</b>	<b>0,36</b>	<b>2,40</b>	<b>1,30</b>

Fonte: Censo demográfico

Outro dado relevante é em relação ao trabalho infantil que ainda é um grande problema social e cultural, pois muitas crianças acabam trabalhando desde a mais tenra idade na lavoura, campo, desempenhando funções de adulto, ou seja, o trabalho infantil é predominantemente agrícola.

E, está também é uma realidade do município, conforme dados apresentados pelo censo do IBGE na população de 10 a 15 anos conforme observamos no quadro abaixo.

Quadro: Taxa de trabalho infantil por ano segundo cor/raça

<b>Cor/Raça</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Branca	43,70	45,65	54,55
Preta	31,40	33,70	38,46
Amarela	-	-	22,22
Parda	48,39	40,00	16,45
Sem declaração	-	100,00	
<b>TOTAL</b>	<b>43,96</b>	<b>45,14</b>	<b>48,89</b>

Fonte: Censo demográfico

Em relação ao trabalho infantil, desde o último plano municipal de saúde, algumas ações foram implantadas, ressaltamos aqui o Grupo Técnico Intersetorial de Enfrentamento a Violência – GTIEV, o qual vem trabalhando para fortalecer as ações do território, bem como as ações que o setor saúde vem participando, sendo estas realizadas pelo poder judiciário e de Saúde do Trabalhador (CEREST).

## 5.8 Educação

A educação do município busca a qualidade do ensino através de encontros, palestras e cursos de atualização e aperfeiçoamento profissional assim como, a troca de experiências.

Isto se encontra refletido na taxa de alfabetização da população, que segundo dados do censo do IBGE/2000, está em 90,20%. Atualmente, conforme dados da Secretaria Municipal de Educação e Cultura SMEC (2017), o município conta com uma rede de ensino formado por 15 escolas sendo 7 de Ensino Fundamental Completo (EMEF), 5 de Ensino Fundamental Incompleto e 3 Escolas Municipais de Ensino Infantil (EMEI).

Já a rede pública estadual possui 05 escolas no município: 04 escolas de ensino fundamental estão localizadas na zona rural e uma escola de ensino médio localizada na área urbana que atende estudantes provenientes de todo o município. A rede privada está representada por uma escola que se localiza na área urbana que oferece o ensino fundamental e profissionalizante (curso normal e técnico em enfermagem).

## **6 COMPOSIÇÃO DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO**

O Sistema Único de Saúde - SUS representa desde 1988, o modelo vigente de política de saúde no Brasil, neste sentido os níveis de atenção à saúde são: Primária, Urgência e Emergência, Serviços especializados e hospitalar.

Aqui, aproveitamos para lembrar que a partir da Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020, as Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental foram alteradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), alterando assim, o nome do serviço Atenção Básica para Atenção Primária, estas e outras alterações estão em consonância com o novo modelo de financiamento do Programa Previne Brasil.

Neste sentido, os serviços de saúde como o Posto de Saúde Sede – PACS, que tinha vinculado a ele apenas uma equipe de ACS, passou a ser classificado como uma equipe 70 - eSF - Equipe de Saúde da Família, a partir disto, pode-se incluir nesta equipe médicos, técnicos de enfermagem além de outros enfermeiros, profissionais que até então estavam no CNES apenas no estabelecimento de saúde e que apesar da alta demanda que acolhiam, não recebiam custeio do MS. Após estas alterações pode-se solicitar, no E\_GESTOR, credenciamento de duas (2) equipes de atenção primária, o qual foi homologado em 20 de julho de 2021, através da Portaria nº 45, assim hoje, o estabelecimento Posto de Saúde Sede faz jus a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio referentes às duas (2) equipes de Atenção Primária – eAP vinculadas a ele, o próximo passo será regularizar as equipes de saúde bucal (20 horas) deste estabelecimento.

### **6.1 Atenção Primária a Saúde**

O município possui uma cobertura populacional de 100 % (por cento) das equipes de Atenção Primária a Saúde, que é composta por uma rede formada por Unidades Básicas de Saúde localizadas em cada sede distrital sendo configurada da seguinte forma: 03 Equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo duas localizadas no meio rural e, uma equipe localizada na área urbana do município, também possuímos uma Unidade Básica de Saúde Sede, que foi transformada em 02 equipes de Atenção Primária (20 horas).

**Posto de Saúde Sede PACS (CNES 2233851):** esta unidade está localizada na sede do município e possui cadastrados e vinculados a ela 3862 cidadãos. Nesta unidade, são realizados atendimentos médicos todos os dias pela parte da manhã e tarde, atendimento odontológico diariamente, atendimento de enfermagem e procedimentos ambulatoriais, atendimentos domiciliares, imunizações, atendimento de fisioterapia. Este estabelecimento, também abriga o setor de vigilância epidemiológica.

Atualmente este serviço foi homologado pelo MS, conforme supracitado e passa a atender com duas equipes de Atenção Primária (20 horas), posteriormente também serão regularizadas as equipes de saúde bucal (20 horas).

**ESF Unidos pela Saúde (5833612):** está localizada em Sítio Alto (5º distrito), zona rural, atendendo os três distritos mais distantes da sede do município. Este estabelecimento comporta uma equipe de Saúde da Família e uma equipe de Saúde Bucal, são realizados atendimento médico, odontológico, de enfermagem conforme cronograma de atividades obedecendo 40 horas semanais dos membros das equipes, também são realizados diariamente procedimentos ambulatoriais, dispensação de medicamentos que compõem a farmácia básica, imunizações, atividades educativas e atendimento domiciliar. A equipe trabalha de forma itinerante, sendo durante as manhãs nas unidades localizadas em Coloninha (6º distrito) e Taboazinho (7º distrito) e à tarde os atendimentos são realizados pela equipe na unidade de Sítio, sendo esta, a unidade com melhor infraestrutura das três que compõe este ESF Alto e na Comunidade Quilombola (nesta os atendimentos ocorrem uma vez no mês). Lembramos que, a unidade de Sítio Baixo, também pertencente ao 5º distrito, foi desativada em 2020 e os atendimentos concentram-se hoje todos na unidade de Sítio Alto, esta medida se fez necessária, para que os usuários pudessem ter atendimento qualificado.

Esta decisão foi tomada pela gestão em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde e demais representantes daquela comunidade. Esta unidade está com a vaga de médico do Programa Mais Médicos em aberta, desde a saída do último profissional.

**ESF Saúde para Todos (CNES 5833604):** unidade localizada na sede do município abrangendo os bairros: São Francisco, Industrial, Limberger, parte dos bairros Felicidade e Centro. Este estabelecimento comporta uma equipe de Saúde da Família e uma equipe de Saúde Bucal, são realizados atendimento médico, odontológico, de enfermagem conforme cronograma de atividades obedecendo 40 horas semanais dos membros das equipes, com exceção do profissional médico, que por ser do programa Mais Médicos, tem oito horas para estudo.

São ofertados a população desta unidade atendimento médico, odontológico, enfermagem, sendo por agendamento prévio de acordo com os programas desenvolvidos, livre demanda e urgências, procedimentos ambulatoriais diariamente, imunizações, atividades educativas e atendimento domiciliar. Durante períodos da Pandemia pelo Coronavírus, esta unidade tornou-se referencia nos atendimentos e coletas para exames (RT-PCR e Antígeno para COVID-19).

**ESF Vida e Saúde (2700883):** unidade localizada em Linha Ocidental, abrangendo Linha Taquaral, Linha São Roque, Linha Travessão, Linha Ocidental, Linha Tigre, Linha Barrinha, Linha Floresta, Linha Ressaca e Vila Progresso, Linha Paleta e Linha São José Este estabelecimento comporta uma equipe de Saúde da Família e uma equipe de Saúde Bucal. São realizados atendimento médico, odontológico, de enfermagem conforme cronograma de atividades obedecendo 40 horas semanais dos membros das equipes, com exceção do profissional médico, que por ser do programa Mais Médicos, tem oito horas para estudo.

## **6.2 OUTROS PROGRAMAS RELACIONADOS A APS**

### **6.2.1 Informatiza APS**

Em nosso município trabalhamos com o programa PEC e-SUS APS – (Versão 4.2.7) que permite o registro das atividades de cada profissional, através de prontuário ou em Coleta de Dados Simplificada - CDS (ficha de atividade coletiva), sendo este programa uma estratégia do Departamento de Atenção Primária a Saúde capaz de registrar e estruturar as informações desta.

Hoje os ACS utilizam PEC AB território, através de tablets, adquiridos e entregues aos mesmos em 27 de maio de 2021, sendo todas as equipes capacitadas para o uso, pelos profissionais Anderson de Gaspari e Bruna Finkler.

Cabe salientar que, o processo de implantação e implementação do Prontuário Eletrônico do Cidadão em todas as equipes de saúde iniciou em dezembro de 2017, tendo o ESF Saúde para Todos como piloto, atendendo a cronograma crescente das equipes. A plataforma eletrônica facilitou o acesso à informação de cada cidadão de forma individual ou coletiva, a partir dele foi possível acompanhar o histórico de eventos de saúde, mesmo os realizados através de fichas (CDS).

Para os próximos anos, como forma de qualificar os dados e a assistência de saúde, o sistema PEC e-SUS APS e PEC AB território, serão substituídos por outro que atenda às necessidades da Secretaria da Saúde, Policlínica, Vigilância em Saúde e SAMU de foram interligada, pois neste contexto o sistema do MS contempla apenas os serviços da APS, ficando os demais desassistidos.

### **6.2.2 Programa Médicos Pelo Brasil**

O Município de Arroio do Tigre aderiu ao programa Mais Médicos e conta atualmente com dois (2) profissionais, possuindo carga horária de 32 horas, sendo que oito (8) horas são reservadas para estudo. Durante a adesão, as três (3) estratégias de família foram contempladas, porém com a saída de um profissional, a vaga não foi mais preenchida.

Segundo o Ministério da Saúde o Programa Mais Médicos, que foi substituído pelo Programa Médicos Pelo Brasil, em 2021, é um programa que possui participação do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Assim, o programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS. Além de estender o acesso, o programa provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade.

### **6.2.3 Programa Auxílio Brasil**

O Cadastro Único para Programas Sociais reúne informações socioeconômicas das famílias brasileiras de baixa renda – aquelas com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa. Essas informações permitem ao governo conhecer as reais condições de vida da população e, a partir dessas informações, selecionar as famílias para diversos programas sociais.

No Município Arroio do Tigre, o total de famílias inscritas no Cadastro Único em dezembro de 2015 era de 1.752. O Programa Bolsa Família (PBF), que foi substituído pelo Programa Auxílio Brasil é um programa de transferência condicionada de renda que beneficia famílias pobres e extremamente pobres, inscritas no Cadastro Único. O Programa Auxílio Brasil beneficiou, no mês de julho de 2021, 456 famílias, representando uma cobertura de 11% da população total do município, 73% da estimativa de famílias pobres no município.

As famílias recebem benefícios com valor médio de R\$ 88,80 e o valor total transferido pelo governo federal em benefícios às famílias atendidas alcançou R\$ 40.494,00 no mês. Em relação às condicionalidades, o acompanhamento da frequência escolar, com base no quinto período (out/nov) de 2019, atingiu o percentual de 95,3%, para crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos, o que equivale a 471 alunos acompanhados em relação ao público no perfil equivalente a 491. Para os jovens entre 16 e 17 anos, o percentual atingido foi de 75,6%, resultando em 133 jovens acompanhados de um total de 176.

Já o acompanhamento da Secretaria de Saúde dentro das condicionalidades do programa Auxílio Brasil na Saúde que corresponde ao acompanhamento do peso, altura e vacinação de crianças menores de 7 anos, gestantes e mulheres de 14 a 44 anos, no ano de 2019 atingiu 85,7 %, do percentual para acompanhamento na área de saúde do município, o que corresponde que o município conseguiu acompanhar 671 beneficiários(as) dos 783 com este perfil.

#### **6.2.4 Programa Crescer Saudável**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é uma condição complexa, com dimensões sociais e psicológicas, que afeta praticamente todos os grupos etários e socioeconômicos e ameaça sobrecarregar países desenvolvidos e em desenvolvimento.

O excesso de peso entre crianças brasileiras tem alcançado prevalências preocupantes. Os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), de 2017, mostraram que cerca de 2 em cada 10 crianças brasileiras menores de 5 anos e cerca de 3 em cada 10 crianças brasileiras com idade entre 5 e 9 anos apresentavam excesso de peso (sobrepeso ou obesidade).

A obesidade infantil é um dos maiores desafios da saúde pública no século XXI. Crianças com sobrepeso têm 55% de chance de se tornarem adolescentes obesos e 80% de chance de serem adultos obesos, e também são mais propensas a desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em idade mais jovem do que as crianças que não tem excesso de peso. Dentre essas DCNT, destacam-se o diabetes e doenças cardiovasculares, que por sua vez estão associadas a uma maior chance de morte prematura e incapacidade na vida adulta, onerando o SUS.

Devido a este contexto, o Ministério da Saúde Criou o Programa Crescer Saudável que consiste em um conjunto de ações a serem realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde, prevenção e cuidado das crianças com obesidade matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Ensino Fundamental I, com vistas a apoiar os esforços de reversão do cenário epidemiológico no país. A iniciativa tem como eixos prioritários de ação: a vigilância alimentar e nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, o incentivo às práticas de atividade física, e as ações voltadas para oferta de cuidados para as crianças que apresentam obesidade.

### **6.2.5 Políticas de Equidade em Saúde**

A SMS desenvolve as políticas de promoção de equidade em saúde, que formam um conjunto de ações e serviços de saúde priorizados em função da gravidade da doença, e ajudarão a alcançar, de forma igualitária e universal, o desafio maior do SUS. As políticas de promoção da equidade, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde como os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos com o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros. Dentre elas se destacam as políticas abaixo citadas.

#### **6.2.5.1 Saúde da População Negra**

De acordo com o Ministério da Saúde, as ações de saúde voltadas à população negra visam inserir o quesito raça-cor como instrumento de identificação de prioridades, programas e políticas públicas.



Com isso, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) quer enfrentar questões importantes, levando em consideração o mais importante dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o da equidade. Reconhecendo as especificidades de gênero e raça será possível a criação de estratégias que efetivem a equidade na atenção à saúde da população negra.

O racismo é uma das expressões mais fortes de desigualdade e atinge uma grande parcela da população brasileira. O Racismo Institucional coloca as pessoas de determinados grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações.

Na saúde, as desigualdades se refletem nos dados epidemiológicos que evidenciam a diminuição da qualidade e da expectativa de vida da população negra, tanto pelas altas taxas de morte materna e neonatal, como pela violência vivenciada de forma mais intensa por esse grupo populacional, sobretudo os homens jovens negros. Dados como estes explicitam a contradição existente em nossa situação de saúde, já que atualmente setenta por cento dos atendimentos feitos no SUS são de pessoas negras.

Atualmente, o município possui 35 famílias vivendo na comunidade de Linha Fão, no entanto temos em torno de 18 famílias intituladas quilombolas morando nos diferentes distritos do município, contabilizando em torno de 150 pessoas. A equipe de referência em saúde, realiza atendimento na comunidade mensais e pretende aumentar este atendimento quinzenalmente, para garantir o acesso a saúde desta população. Além disso, realiza acompanhamentos, visitas domiciliares, atendimentos, encaminhamentos, ações de educação em saúde, mobilização social, atividades coletivas, educação permanente. Outrossim, os atendimentos a população negra, contemplam tanto o interior quanto a cidade, somando a estas atividades, campanhas, informativos, relatórios, buscando estratégias de prevenção, qualificação e resolutividade.

### **6.2.5.2 Saúde do Campo e da Floresta**

A população do campo e da floresta é formada por povos e comunidades que têm seus modos de vida relacionados predominantemente com o campo, a floresta e os ambientes aquáticos. Destacam-se os camponeses, os agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo, comunidades remanescentes de quilombos, populações que habitam ou usam reservas extrativistas, populações ribeirinhas, populações atingidas por barragens, e outras comunidades tradicionais. Somadas, estas populações representam aproximadamente 30 milhões de pessoas que estão na área rural, ou seja, 15,65% da população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (2010).

No município de Arroio do Tigre esta realidade é predominante, tendo uma área rural extensa, para tanta busca em consonância com a Política Nacional de Saúde do Campo e da Floresta, a melhoria do nível de saúde das populações do campo e da floresta por meio do acesso aos serviços de saúde; da redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas; e da melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. Para tanto, é necessário considerar, na gestão do SUS, a diversidade e as dinâmicas próprias dos espaços não-urbanos, a mobilidade populacional, os diferentes sujeitos sociais, seus modos de produção, suas formas de organização comunitária, suas necessidades de recursos naturais – incluindo o acesso à terra - e toda uma gama de aspectos culturais e ambientais que impactam a saúde, a qualidade de vida e o desenvolvimento sustentável no campo e na floresta. Para este atendimento, conta-se com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família que atendem especificamente áreas rurais, além do Posto Sede que também realiza atendimentos a esta população.

### **6.2.5.3 Saúde da população LGBT**

O Ministério da Saúde, considerando a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e as desfavoráveis condições de saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), e visando a redução das iniquidades e desigualdades em saúde neste grupo populacional, elaborou a Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT apresenta esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção da saúde, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate à homofobia, lesbofobia e transfobia, e a discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde. É constituída por um conjunto de princípios éticos e políticos expressos em uma marca que reconhece os efeitos perversos dos processos de discriminação e de exclusão sobre a saúde. Suas diretrizes e objetivos estão, portanto, voltadas para a promoção da equidade em saúde. Além disso, é uma política transversal, com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo, que deverá atuar articulada às demais políticas do Ministério da Saúde. Neste sentido, o município através das equipes de saúde busca garantir o acesso, qualificando o atendimento, garantindo a equidade, resolutividade e atenção integral.

#### **6.2.5.4 Saúde da População de Rua**

A População em Situação de Rua (PSR) é um grupo heterogêneo que se concentra nas grandes cidades brasileiras e suas regiões metropolitanas; que tem na rua sua principal fonte de sustento; e que possui em comum a pobreza, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Esta população faz dos logradouros públicos e das áreas degradadas espaço de moradia e sustento, podendo utilizar-se de unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Entre os agravos e doenças de maior incidência sobre o segmento, destacam-se: o alcoolismo e a dependência a outras drogas; doenças mentais e diversas formas de sofrimento psíquico, frequentemente gerados pela perda ou precarização dos laços familiares e sociais e da própria identidade social, IST's em geral, e a AIDS, em particular, tuberculose e doenças dermatológicas.

Apesar de neste momento, não termos tal demanda, a Secretaria Municipal de Saúde, busca em parceria com outras áreas, estratégias intersetoriais, que visem estar preparados para prestar atendimento integral desta demanda, considerando a importância da atuação de equipes interdisciplinares que prestem serviços de forma contínua, enfatizando a promoção da saúde, a prevenção e a atenção básica e especializada, inclusive as ações de urgência e emergência.

### 6.2.5.5 Saúde da Pessoa Idosa

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o Censo IBGE de 2010, a população idosa brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população total do País. A expectativa de vida para a população brasileira aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem.

O aumento da expectativa de vida representa um importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais.

A transição demográfica brasileira apresenta particularidades como 55,7% de mulheres entre as pessoas idosas. Se considerarmos a população mais idosa, com idade superior a 80 anos, o percentual de mulheres sobe para 61% do contingente de idosos. A distribuição por critério de cor ou raça demonstra que 55% da população idosa são da cor branca, 8,6% preta 35,2% parda.

Outra característica importante é o crescimento da população dos mais idosos, sendo 10.473 milhões (44,5%), com 70 anos ou mais, 5.623 milhões (23,9%) entre 65 e 69 anos e 7.440 milhões (31,6%) entre 60 e 64 anos. Destaca-se também o aumento do número de idosos centenários, hoje existem 24 mil idosos com 100 anos ou mais (IBGE/PNAD 2011).

O envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo País, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar. Associadas a esse quadro, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social.

O mesmo fenômeno acontece no município de Arroio do Tigre, de acordo com os cadastros do E-SUS realizados pelos agentes de saúde, temos em torno de dois mil quatrocentos e cinquenta (2450) idosos, em torno de 17,95% da população do município.

Em consonância as legislações vigentes, o município visa:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas;
- j) garantir e facilitar ao idoso o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS, em todos os níveis;
- k) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e ações desenvolvidas através do Sistema Único de Saúde - SUS;
- l) adotar e aplicar em nível local, através do serviço de vigilância sanitária municipal, as normas do Ministério de Saúde concernentes ao funcionamento de casas-lares e instituições similares, inclusive hospitais que forneçam serviços geriátricos, fiscalizando a humanização do atendimento;
- m) capacitar pessoal técnico para integração de equipes multiprofissionais gerontológicas, no sentido de garantir a independência e a autonomia da pessoa idosa;
- n) incentivar e desenvolver pesquisas de caráter epidemiológico que permitam detectar problemas de saúde peculiares ao processo de envelhecimento, objetivando conhecer a realidade da pessoa idosa do Município, as ações de saúde preventivas, o tratamento e a reabilitação;
- o) estabelecer atendimento específico ao idoso hierarquizado, nos diversos níveis de complexidade da rede, do Sistema Único de Saúde - SUS, com a unidade básica sendo a porta de entrada no programa e o local mais importante de atendimento.

### **6.2.5.6 Rede de atenção à Pessoa com Deficiência**

Segundo o Ministério da Saúde a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em levantamento realizado junto aos Agentes Comunitários de Saúde neste ano, constatou-se que há em nosso município 249 (duzentas e quarenta e nove) pessoas com deficiência, sendo a de maior prevalência a deficiência física, seguida pela deficiência Intelectual/Cognitiva e tendo como a de menor incidência a deficiência visual (não corrigida).

Com base nesses dados e percebendo a escassez de trabalhos realizados junto as pessoas com deficiência, é de suma importância que se façam ações na área da saúde onde possam ocorrer a inclusão social desses pacientes. Assim, torna-se necessária uma integralização das ações, caracterizada pelo conjunto de trabalhos de uma equipe multidisciplinar.

Apesar de poucos, temos na atenção básica o acesso realizado através das Unidades Básicas de Saúde, com atendimento odontológico às pessoas com deficiências, inclusive com profissionais capacitados para melhor atender os usuários. Além disso, é desenvolvido pelos profissionais cirurgiões dentistas práticas de saúde bucal para crianças da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) na qual são desenvolvidas atividades voltadas para a importância do cuidado e higiene bucal para a conservação da saúde, sendo que os atendimentos são agendados na Unidade de Saúde Sede todas as terças-feiras do mês.

Referente a reabilitação física, no que tange as fisioterapias, são realizados atendimentos de segunda a sexta-feira, no Centro Multiprofissional, com duas fisioterapeutas. Na reabilitação auditiva e oxigenoterapia domiciliar, não possuímos atenção especializada habilitada em nosso município, assim todas as demandas referente a reabilitação que chegam a Secretaria de Saúde são encaminhadas para as referências em saúde, no nosso caso este tipo de demanda é encaminhada a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde, a qual após recebimento encaminha o retorno do agendamento ao nosso município e entramos em contato com os pacientes para que na data agendada comparecem ao local da consulta.

Como meta principal para o ano de 2022 temos instituído a construção e implantação do Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência, onde será trabalhado através de ações multidirecionais (palestras, mídia, discussões em grupos de apoio entre outros) as deficiências num âmbito geral, permitindo que a população veja e perceba essa parcela de pessoas como pertencentes e inclusivas da nossa sociedade.

### **6.2.6 Rede Cegonha**

Também possuímos o programa da Rede Cegonha, que consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de doenças, tanto maternas como do bebê, permitindo um desenvolvimento saudável e reduzindo os riscos da gestante.

O município disponibiliza uma equipe qualificada e multiprofissional para planejamento e acompanhamento das mulheres, temos um médico gineco/obstetra que faz o acompanhamento de todo o pré-natal dando seguimento ao parto e acompanhamento hospitalar.

A rede municipal fornece a gestante:

- Cartão da gestante com a identificação preenchida e orientação sobre o mesmo;
- Aplicação de vacinas e suas orientações;
- Realização de testes rápidos;
- Exames de sangue e duas ecografias;
- Orientações sobre a sua participação nas atividades educativas – reuniões em grupo mensal e visitas domiciliares;
- Consulta médica e de enfermagem, assim como de outros profissionais quando o mesmo for o caso (psicólogo/nutricionista/assistente social);
- Auxílio para realização de cesárea;
- Parto normal gratuito;
- Consulta de puerpério;
- Consulta e tratamento odontológico;

- Consulta de puericultura e acompanhamento da criança, com médico pediatra;

- Consulta de urgência no hospital;

Também fornecemos apoio ao parceiro da gestante, fornecendo esse mesmo acompanhamento, assim como os testes rápidos e exames de rotina.

Além disso, com a recente decisão pela regionalização dos partos o município está empenhado para a permanência da realização dos mesmos no hospital Santa Rosa de Lima, pois este possui condições técnicas capazes de proporcionar partos de qualidade sem risco a criança e a gestante, assegurando a integralidade e a equidade no acesso das gestantes aos serviços hospitalares, sem contar que esta regionalização acarreta sérios impactos ao nosso município, tanto econômicos quanto pela não aceitação dos usuários se deslocarem para outros municípios a fim de ter seus filhos.

Contudo, apesar de gerar grande impacto, esta decisão não será tomada de forma unilateral, cabendo ao Estado e aos municípios que compõe a oitava coordenadoria de saúde a decisão.

### **6.2.7 Rede de atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**

Os serviços de saúde, em sua organização, têm a finalidade de garantir acesso e qualidade às pessoas, a APS em sua importante atribuição de ser a porta de entrada do sistema de saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde, um grande desafio atual para as equipes de APS e a Atenção em Saúde para as doenças crônicas. Estas condições são multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, sua abordagem envolve as diversas categorias profissionais e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

Assim, são desenvolvidas em nosso município grupos de atividades voltados para portadores de doenças crônicas, com foco em diabéticos, hipertensos, obesos e idosos, abordando a relevância da adesão ao tratamento não medicamentoso, informando-os sobre adequada, da prática regular de exercício físico e sobre a utilização correta dos medicamentos e conscientizando-os sobre o valor da redução dos fatores de risco das doenças cardiovasculares, entre outras atividades.



### **6.2.8 Programa Academia da Saúde**

O Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado. Seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população.

Para tanto, o Programa promove a implantação de polos da Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. No Município de Arroio do Tigre contamos com 3 polos da academia da saúde, eles estão localizados: na praça Deputado Ivo Mainardi, Parque Municipal Atilio Pasa e outro na rua Getúlio Vargas.

Dentro deste programa, são realizados grupos, que devido a Pandemia pelo COVID-19 precisaram ser cessados e que agora entrarão novamente em ativa. O público alvo para estas atividades serão Idosos, Hipertensos, Diabéticos e Obesos que se encontrem em tratamento e em quadro estável da doença, ou aqueles que estejam iniciando o tratamento.

### **6.2.9 Política de Alimentação e Nutrição (PAN)**

A alimentação e a nutrição são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, uma alimentação adequado em macronutrientes e micronutrientes possibilita pleno crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) aprovada no ano de 1999, guia as ações em alimentação e nutrição, ela apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Atualmente, o município conta com uma nutricionista que integra a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que entrou em vigor em janeiro de 2008, para melhorar a qualidade da atenção básica à saúde. Esse profissional atua de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF).

O trabalho realizado é voltado à promoção de práticas alimentares saudáveis, onde são desenvolvidas atividades de educação alimentar e nutricional (EAN) e antropometria nos grupos de HIPERDIA (Hipertensos e Diabéticos), Gestantes, Puericultura, Bolsa Família, Programa Saúde na Escola e Crescer Saudável quando houver necessidade de orientações nutricionais individuais os pacientes primeiramente devem passar por uma avaliação do enfermeiro ou médico. Esta prática busca evitar agravamentos de doenças crônicas não-transmissíveis que estão entre as causas da maioria dos óbitos, segundo o Ministério da Saúde.

As informações atuais nos mostram que houve uma intensa redução da desnutrição em crianças, porém, as deficiências de micronutrientes e a desnutrição crônica ainda são prevalentes em grupos vulneráveis. Em contrapartida, é crescente a evolução do excesso de peso- que compreende o sobrepeso e a obesidade - sendo considerado um dos maiores problemas de saúde pública em todas as faixas etárias.

Essas transformações no estado nutricional da população são decorrentes do padrão alimentar atual, onde a dieta habitual é uma combinação de uma dieta “tradicional” (baseada no arroz com feijão) com alimentos ultraprocessados, com altos teores de gorduras, sódio e açúcar e baixo teor de micronutrientes e alto conteúdo calórico. O consumo médio de frutas e hortaliças ainda é metade do valor recomendado enquanto alimentos ultraprocessados, como doces e refrigerantes, têm o seu consumo aumentado a cada ano.

O declínio do nível de atividade física, aliado à adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com a adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar tem relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, como diabetes e a hipertensão e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas.

Sendo assim, a inserção do profissional nutricionista na atenção primária à saúde, especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) torna-se necessário para a resolução de problemas alimentares e prevenção de doenças causadas pela insegurança alimentar. E como medidas preventivas ao excesso de peso e hábitos de vida não saudável, o município desenvolve atividades de promoção a alimentação saudável através de práticas de educação alimentar e nutricional, reeducação alimentar e de ginástica fazendo a prevenção de doenças e agravos e promovendo a qualidade de vida.

### **6.2.9.1 Programa Vitamina A**

No Brasil, a deficiência de vitamina A é um problema de saúde pública moderado, sobretudo, na Região Nordeste e em alguns locais da Região Sudeste e Norte. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) traçou o perfil das crianças menores de cinco anos, foram observados níveis inadequados de vitamina A em 17,4% das crianças, sendo as maiores prevalências encontradas no Nordeste (19,0%) e Sudeste (21,6%) do País.

Evidências científicas referentes ao impacto da suplementação com vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade apontam para redução do risco global de morte em 24%, de mortalidade por diarreia em 28% e mortalidade por todas as causas, em crianças HIV positivo, em 45%. Diante desse impacto positivo, a Organização Mundial da Saúde recomenda a administração de suplementos de vitamina A para prevenir a carência, a xeroftalmia e a cegueira de origem nutricional em crianças de 6 a 59 meses. Ressalta ainda que a suplementação profilática de vitamina A deve fazer parte de um conjunto de estratégias para melhoria da ingestão desse nutriente, portanto associado à diversificação da alimentação.

O programa consiste na suplementação preventiva com megadoses de vitamina A de 100.000 UI às crianças de 6 a 11 meses e com megadoses de vitamina A de 200.000 UI às crianças de 12 a 59 meses e às puérperas. Essa vitamina é essencial às funções ligadas ao sistema visual, crescimento e sistema imune, reduzindo a gravidade das infecções e, por consequência, promovendo recuperação mais rápida de diarreias. A reserva adequada de vitamina A reduz em 24% a mortalidade infantil, 28% da mortalidade por diarreia e 45% da mortalidade por todas as causas em crianças HIV positivo. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde – PNDS (2006), a prevalência de deficiência dessa vitamina é de 17,4% em crianças menores de cinco anos e de 12,3% em mulheres em idade fértil.

### **6.2.9.2 Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**

Dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, revelam que o Brasil ainda está muito aquém das recomendações da OMS para práticas alimentares de crianças pequenas.

Essa pesquisa mostrou que 41% das crianças menores de 6 meses estavam em Aleitamento Materno Exclusivo (AME), e que sua duração mediana foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a da amamentação foi de 341,6 dias (11,2 meses). A pesquisa ainda revelou que as prevalências do uso de água, chás e outros leites foram, respectivamente, 13,8%, 15,3% e 17,8%. Observou-se consumo de comida salgada precoce em 20,7% das crianças e de frutas, em 24,4%; as prevalências do consumo de bolachas/salgadinhos, refrigerantes e café entre crianças de 9 a 12 meses de vida foram, respectivamente, 71,7%, 11,6% e 8,7%, demonstrando que, além da introdução precoce de alimentos, observa-se consumo de alimentos não recomendados para crianças menores de 2 anos.

As práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida estão intimamente relacionadas à morbimortalidade de crianças, representada por doenças infecciosas, afecções respiratórias, cárie dental, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes como as de ferro, zinco e vitamina A.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde do Brasil (MS) recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada até 2 anos de idade ou mais, com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos de qualidade e em tempo oportuno, o que resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todas as etapas da vida e para a mãe, além disso, não agride o meio ambiente, renovável e não tem custo para as famílias. O padrão alimentar estabelecido nos primeiros anos de vida também repercute nos hábitos alimentares das crianças e na saúde em outras etapas da vida.

A "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)", lançada em 2012, tem objetivo de qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica. Com a iniciativa, o Ministério da Saúde pretende estimular a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A ação é resultado da integração de duas ações importantes do órgão: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que se uniram para formar essa nova estratégia, que tem o compromisso de formar mais recursos humanos na atenção básica.

O município já vem desenvolvendo ações referente ao incentivo a Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os 6 meses, sendo realizadas orientações sobre a temática no Grupo de Gestantes e em consultas de pré-natal e puericultura. Além disso, todos os anos as ações são intensificadas no mês de agosto, com atividades voltadas ao incentivo da amamentação através do Agosto Dourado.

### **6.3 Atenção secundária e terciária à saúde no município**

São os serviços de média e de alta complexidade ambulatorial e hospitalar de todas as especialidades que constituem as redes de atenção, abrangendo consultas, exames de média e alta complexidade entre outros procedimentos.

Além das unidades de saúde pertencentes ao município são contratualizados prestadores de serviços existente no município a fim de atender as demandas relativas há alguns serviços como por exemplo internações hospitalares, serviços de diagnose, entre outros.

Quanto aos serviços de maior complexidade, os quais requerem maior densidade tecnológica ou atendimento especializado pelo Sistema Único de Saúde, os encaminhamentos obedecem há um fluxo estabelecido em portarias e resoluções, as quais definem os serviços de referência para cada especialidade, juntamente com uma cota, ou seja, um quantitativo físico que leva em conta, para base de cálculo, a população do município.

A Assistência hospitalar é constituída pelo Hospital Santa Rosa de Lima é uma entidade filantrópica, fundada em 26 de dezembro de 1941, que conta com 76 leitos, sendo 61 SUS e está credenciada para internações através de Autorização de Internação Hospitalar - AIHs e por isso atende alguns municípios da Microrregião Centro Serra oferecendo internações na área de clínica médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica.

A reforma do sistema de saúde brasileiro iniciada no final da década de 80, baseou-se em princípios estabelecidos pela Constituição de 1988, como a universalização do acesso, a integralidade do atendimento e a descentralização dos serviços. Sendo assim, compete ao município a gestão dos serviços de saúde.

Dentro desta perspectiva o município de Arroio do Tigre se enquadra nesta situação, se depararam com dificuldades de oferta de serviços especializados, por exemplo: oferta incompatível com a demanda, dificuldade de marcação nas referências.

Diante desta situação os municípios se uniram em associações para agregar esforços com a finalidade de ofertar aos munícipes serviços especializados.

O Consórcio Intermunicipal é uma iniciativa autônoma de municípios localizados em áreas geográficas contíguas que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços especializados e de apoio diagnóstico de maior densidade tecnológica à população das municipalidades participantes.

Além de aumentar a eficiência e agilidade na marcação dos serviços especializados o consórcio facilita a implementação do sistema de referências, isto é, a consulta com especialistas é realizada somente após a indicação do clínico, o que tende a reduzir os custos além de permitir ampliação e diversificação da oferta de serviços especializados.

Assim, o objetivo do convênio do município com o Consórcio Intermunicipal Vale do Jacuí é ofertar a população arroioitigrense atendimentos nas áreas de consultas e exames especializados e procedimentos conforme necessidades, possibilidades e disponibilidade de contratualização do prestador com o consórcio. Em breve este contará com sede própria, com suas instalações no município de Sobradinho, o que facilitará a prestação deste serviço.

### **6.3.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192**

Possuímos em nosso Município como serviço de urgência e emergência o SAMU 192, que é um serviço de cobertura com cem por cento de atendimento, ou seja, este serviço busca qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de emergência nos serviços de saúde.

O seu funcionamento é 24 horas regulamentado pela Regulação Estadual do SAMU localizada em Porto Alegre, assim o solicitante liga 192 relata a situação para um médico da central da regulação este analisa a situação e libera a equipe para atendimento, assim a equipe se desloca até o local do sinistro o mais rápido possível, chegando ao local a vítima é avaliada pela equipe que entra em contato com o médico regulador que repassa as orientações de como proceder, sendo que em alguns casos a vítima recebe o atendimento no local e é liberada e em caso de necessidade é encaminhado ao hospital de referência, que é o Hospital Santa Rosa de Lima.

A equipe do SAMU em Arroio do Tigre é composta por dez integrantes, sendo cinco técnicos em enfermagem, quatro condutores de veículo e uma enfermeira, que

seguem uma escala de um condutor e um técnico em enfermagem por turno, sendo que dois profissionais trabalham durante o dia e dois profissionais trabalham durante a noite, sendo que todos os profissionais que trabalham no SAMU são treinados e capacitados pela Central de Regulação.

Lembramos ainda que, a partir da Nota Técnica DGAE/SES N° 004/2021, que trata da Alteração de Gestão no CNES dos Estabelecimentos Tipo Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar de Urgência e Unidade de Pronto Atendimento, fez com que serviços que tinham no CNES gestão dupla ou estadual, como o caso deste, passasse a ser municipal, ainda na competência de 07/2021, sendo todas as alterações feitas pelos responsáveis pelo CNES municipal.

### **6.3.2 Rede de atenção Psicossocial (RAPS) Rede de atenção Psicossocial (RAPS)**

A Rede de Atenção Psicossocial do Município de Arroio do Tigre é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas;
- c) Centros de Convivência;

II - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- c) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

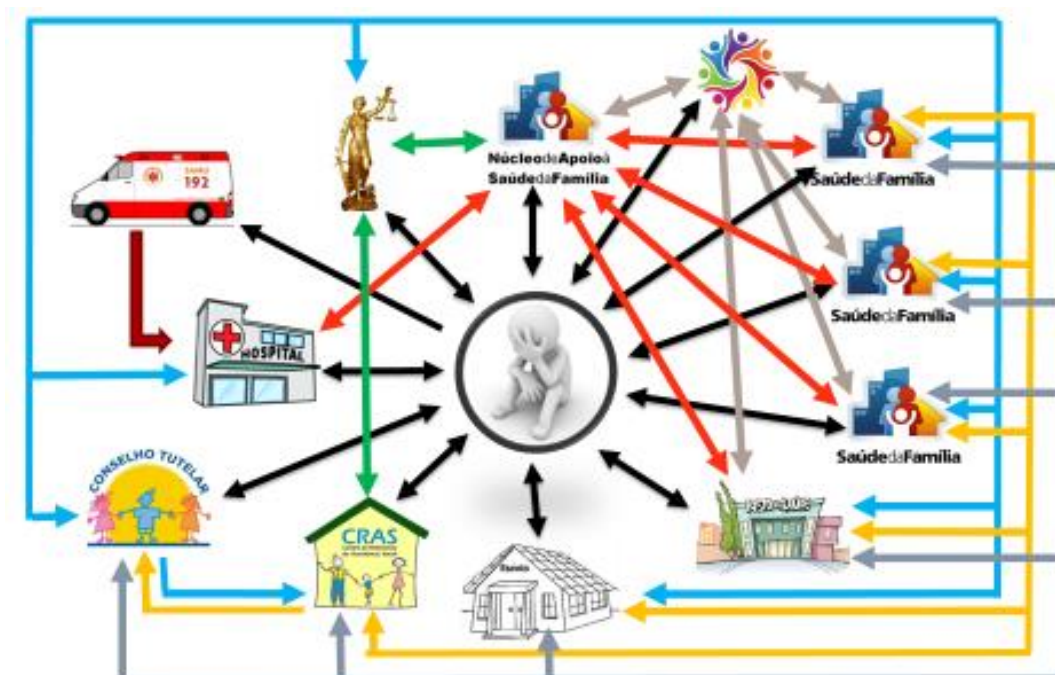
III - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

<b>Que serviços existem?</b>	<b>Onde estão localizados?</b>	<b>Quem atende?</b>	<b>Finalidade do serviço?</b>
<b>I – Atenção Primária a Saúde</b>			
ESF Unidos Pela Saúde	Sítio Alto, Coloninha e Taboãozinho	População do território	Acolhimento, assistência, acompanhamento e proteção.
ESF Vida e Saúde	Ocidental, Taquaral e Vila Progresso	População do território	Acolhimento, assistência, acompanhamento e proteção.
ESF Saúde Para Todos	Bairro Industrial	População do território	Acolhimento, assistência, acompanhamento e proteção.
Posto de Saúde Sede - PACS	Centro	População do território	Acolhimento, assistência, acompanhamento e proteção
AMENT	Centro Multiprofissional	Indivíduos referenciados pelas equipes	Matriciamento, suporte a equipe dos ESFs, acompanhamento
Oficinas Terapêuticas	Centro Multiprofissional	População com transtornos mentais e comportamentais e usuários de álcool e outras drogas.	Socialização e autonomia dos usuários; Tratamento alternativo.
<b>II - Atenção de Urgência e Emergência</b>			
SAMU	Sede Município	População em geral	Suporte imediato ao usuário e transporte, quando necessário.
<b>III - Atenção Hospitalar</b>			
Leitos SM - HG	Sede Município	Usuários de álcool e outras drogas e/ou em sofrimento psíquico.	Desintoxicação química e reabilitação psiquiátrica
<b>IV – Rede Intersectorial de Apoio</b>			
Centro de Referência de Assistência Social	Sede Município	População em geral.	Ofertar serviços e ações de proteção e gestão territorial da rede de serviço assistencial.
Conselho Tutelar	Sede Município	Crianças e adolescentes	Requisitar o acesso aos serviços e as políticas públicas.
Poder Judiciário	Sede Município	População em geral	Propiciar o acesso aos serviços
Educação - escolas	Todo município	Crianças e adolescentes	Solicitar acesso aos serviços e encaminhar



### 6.3.4 Descrevendo a Organização do serviço e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial de Arroio do Tigre



Os usuários que se encontram em sofrimento são acompanhados nos territórios, pelas equipes de referência. Num primeiro momento a equipe encaminha o usuário para fazer um acompanhamento mais próximo e regular aos grupos de convivência da saúde e Oficina Terapêutica.

Os usuários que a equipe de referência percebe que estão necessitando de uma atenção mais intensiva, passam a ser acompanhadas também por psicólogo e assistente social do NASF. Estes profissionais realizam Visitas Domiciliares – VD, acompanhados pelos agentes comunitários de saúde, ou por integrantes da equipe de referência, ou ainda é realizado interconsulta na própria unidade de referência. Em alguns casos, frente a determinadas situações, é realizado atendimento individual para o enfrentamento dos momentos de crise.

Nas situações de crise, em que o usuário apresenta risco de autoagressão/suicídio/heteroagressão, exposição moral ou patrimonial, havendo agravamento do quadro em saúde mental e após esgotadas todas as estratégias terapêuticas de cuidado em território, a equipe de saúde encaminha o mesmo para internação, cadastrando a solicitação no sistema de regulação do Estado e a vaga é regulada para os hospitais de referência.

As situações de emergência, que mesmo recebendo os cuidados e atenção evoluem para surto, tentativa de suicídio e que envolvem risco iminente e que necessitam de atenção imediata, são atendidas diretamente pelo SAMU ou no plantão do Hospital, ou seja, os usuários procuram diretamente estes serviços, visto que não temos CAPS nem unidade de atendimento 24 horas.

Sendo importante mencionar, que a referência em especialidade psiquiátrica muitas vezes é em Porto Alegre, dificultando a adesão por parte do paciente, o acompanhamento em território, apoio familiar. Além da referência citada, o município presta atendimento através do pagamento via consórcio de consultas com psiquiatra, por não dispor deste profissional na rede pública de saúde do município.

### **6.3.5 Alguns entraves em saúde mental**

- Recursos humanos insuficiente para atender a grande demanda em saúde mental, em especial nos momentos de crise – Busca-se com a implantação de uma equipe especializada em saúde mental, maior poder de análise de cada caso, para melhor condução e intervenção, através do apoio matricial às equipes de Atenção Básica, subsidiando e auxiliando nas demandas e atendendo as demandas moderadas a graves;
- Fragilidade na rede de atenção e na construção desta, dificuldade de compreensão dos papéis e da responsabilidade de cada setor, nas articulações;
- Devido a fatores culturais há pouco investimento em políticas públicas que propiciam momentos de lazer bem como de valorização de vida;
- Pouco investimento e oferta de ações de prevenção e -promoção da saúde mental;
- Persistência da cultura da medicamentação, principalmente pelos próprios profissionais médicos, que muitas vezes não disponibiliza a externalização do sofrimento do usuário – manejo e condução;
- Dificuldade de compreensão tanto dos profissionais, dos familiares e da população de forma geral com relação ao entendimento do sofrimento vivenciado pelo usuário o que fragiliza o suporte e apoio, pois o mesmo (usuário) acaba sendo visto como “fraco”, “quer chamar a atenção”, ou seja, a uma banalização do sofrimento humano.

Como supracitado, alguns entraves persistem desde o plano anterior, o que ressalta imperiosamente a implantação da Equipe AMENT, para fortalecer e articular ações de Educação Permanente aos profissionais de saúde e da rede psicossocial.

#### **6.4.5 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT)**

O objetivo da AMENT é oferecer atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados, em caráter multiprofissional, respondendo à necessidade de atendimento em saúde mental especializado, identificados pela atenção primária, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde e da rede intersetorial, aparada na Lei 10.216/2001, trabalhando de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS.

Dessa forma, a AMENT deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes da rede de atenção primária, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios, assim trabalhando de maneira integrada com todos os outros pontos de atenção das redes do SUS.

#### **6.4.6 Composição da Equipe AMENT tipo 2 de Arroio do Tigre**

- 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais),
- 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais)
- 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais);

#### **6.4.7 Competência da equipe da AMENT**

I Ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade, dentre outros, atendendo necessidades de complexidade intermediária, entre a Atenção Básica e os CAPS;

II Prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pela Atenção Básica;

III Constituir, preferencialmente, referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental;

IV Trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS;

V Realizar ações de apoio matricial para as equipes de AB, contribuindo para a integralidade do cuidado aos usuários e auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre as necessidades de saúde mental;

VI Estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial;

VII Prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, incluindo moradores de residências terapêuticas.

Em substituição ao Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que passou a ser ENASFAP, o município começou a contar com uma Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT).

#### **6.4.8 OFICINAS TERAPÊUTICAS COM INSERÇÃO DAS PICS**

A realidade das equipes de atenção primária que atuam no território e estão próximas aos usuários e suas famílias, mostra que diariamente elas se deparam com as mais diversas situações que envolvem saúde mental, necessitando realizar alguma intervenção neste sentido.

Estas equipes são no território, recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e mais diversas formas de sofrimento psíquico, principalmente neste momento em que a mais de um ano a rotina de vida da população encontra-se alterada devido a pandemia por COVID-19.

Segundo NT da SES, tanto as Oficinas Terapêuticas (OT) do tipo I e as do tipo II, podem contar com a inserção de atividades de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). As PICS vêm ao encontro da consolidação do princípio da integralidade do SUS, na perspectiva da ampliação do acesso, da articulação do conhecimento científico com os saberes tradicionais e populares, ancestrais e contemporâneos, da diversificação das ofertas de saúde, do cuidado integral a saúde e da ampliação do escopo terapêutico (SES, 2018).

De acordo com o que estabelece a Resolução nº 404/2011, o município enquadra-se na modalidade Oficina Terapêutica tipo II, as quais já vem acontecendo desde 2013.

Num primeiro momento as oficinas ofertavam atividades físicas com educador físico, num segundo momento passaram a oferecer atividades de artesanato com uma arte educadora e agora, inseriu nas OT, as Práticas Integrativas Complementares (PIC's), desenvolvendo: Aromaterapia, Cromoterapia e Sistemas de Reiki.

As Oficinas Terapêuticas estão vinculadas ao estabelecimento da ESF Saúde para Todos, mesmo estando vinculada apenas a um estabelecimento as PIC's contemplarão os usuários e familiares advindos dos territórios das quatro equipes de saúde da atenção primária.

O acesso dos usuários se dará por meio de encaminhamento das equipes do território à terapeuta, tanto nos atendimentos individuais quanto nos atendimentos coletivos e contemplarão pessoas de todas as idades, raças e gêneros que apresentem sofrimento mental, bem como usuários de álcool e/ ou de drogas e seus familiares e profissionais vinculados a esta secretaria.

## **7 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE**

A proposta para o processo de Planificação da Atenção à Saúde compreende a realização de oficinas presenciais que ao final se tornarão um plano de intervenção visando a organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde, a definição de fluxos na Rede de Atenção à Saúde e as pactuações para maior resolutividade.

O processo de Planificação tem as Coordenadorias Regionais de Saúde como pontos fundamentais. Em seu projeto piloto já contemplou algumas coordenadorias, porém desde 2019, não se teve mais continuidade.

Ressaltamos que, o município encontra-se organizado e aguardando orientações provenientes da esfera Estadual, através da oitava coordenadoria regional de saúde para darmos seguimento ao mesmo, visto que se trata de um projeto daquela esfera.

Visualizamos para os próximos anos o alinhamento e efetivação na realização deste projeto, visto que no Plano Estadual de Saúde, em seu objetivo 3, traz como meta: Melhorar a qualidade dos Serviços de Saúde nos municípios.

## **8 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

A assistência farmacêutica (AF) de acordo com a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é definida por um conjunto de ações e atividades para obter resultados concretos e melhoria da qualidade de vida da população. Este conjunto envolve pesquisa, desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, e ainda seleção, programação, aquisição, distribuição e a dispensação de medicamentos. E as ações envolvem a promoção, proteção e recuperação, tanto individual ou coletiva, tendo como insumo essencial o medicamento visando o acesso e o uso racional.

Além disso, a Assistência Farmacêutica se baseia em um conjunto de atividades realizadas sistematicamente na qual o usuário é o foco principal. Da mesma forma, não se opõe aos resultados da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias, de maneira organizada, desenvolvendo os serviços em torno do contexto social, abrangendo complexidade de acordo com qualidade dos serviços e nível de atividades. De acordo com o MS, aumentar os recursos para compra de medicamentos sem organizar e estruturar os serviços de assistência farmacêutica é aumentar os riscos de desperdício, é imprescindível que ocorra um gerenciamento adequado, isto é, que sejam desenvolvidas ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação de resultados de forma contínua e permanente considerando conhecimentos, habilidades, comunicação e atitudes.

Portanto, a Assistência Farmacêutica no município de Arroio do Tigre quebrou paradigmas, pois as atividades e ações do ciclo da assistência farmacêutica não concentram mais apenas na logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir), ou seja, não sendo este o principal foco da ação. No entanto, por considerar o plano municipal da assistência farmacêutica abrangente e complexo, será possível apenas descrever resumidamente às etapas da assistência farmacêutica municipal.

### **8.1 MISSÃO**

Propiciar assistência farmacêutica de qualidade na rede de atenção básica do município.

## **8.2 OBJETIVO GERAL**

Estruturar e organizar a assistência farmacêutica do município de modo a garantir uma assistência adequada e de qualidade.

## **8.3 ANÁLISE SITUACIONAL**

A rede de atenção básica do município é constituída por nove Unidades Básicas de Saúde, onde atuam três equipes de Estratégia Saúde da Família e duas equipes de Atenção Primária.

Em relação à assistência farmacêutica das oito estruturas físicas (unidades de saúde), seis estão localizadas na zona rural as quais possuem, somente, dispensários de medicamentos (medicamentos básicos e insumos) e uma na zona urbana, denominada farmácia municipal (FM).

Juntamente com a farmácia municipal encontra-se inserida a central de abastecimento farmacêutico, tendo como atividades, dispensações e controle de estoque de medicamentos básicos, insumos, alguns estratégicos e medicamentos da Portaria 344/98.

Já, tudo que se refere ao componente especial e especializado, componente estratégico (relatórios), processos judiciais, gerenciamento de usuários com deficiências – sistema GUD e participação das programações anuais e plano plurianual são realizadas pela profissional farmacêutica e uma auxiliar. Este ambiente/local junto a FM.

O atendimento da FM é realizado no período da manhã, das 07h: 30min às 11h: 30min, e no período da tarde, das 13 às 17 horas.

No que tange aos recursos humanos, a FM e central de abastecimento municipal conta com uma profissional farmacêutica com carga horária de 40 horas semanais, a qual atua como responsável de todas as atividades que englobam a Gestão da Assistência Farmacêutica do município e auxilia no que se refere a ações voltadas a medicamentos nos demais serviços de saúde. Além desta profissional, para auxiliar na distribuição, dispensação e controle de estoque dos medicamentos básicos a farmácia conta com o apoio de mais duas atendentes para que o serviço não seja interrompido e para satisfazer a demanda com qualidade.

Os dispensários de medicamentos contam com o apoio das técnicas de enfermagem para recebimento, dispensações e controle de estoque, supervisionada pelas enfermeiras responsável técnica.

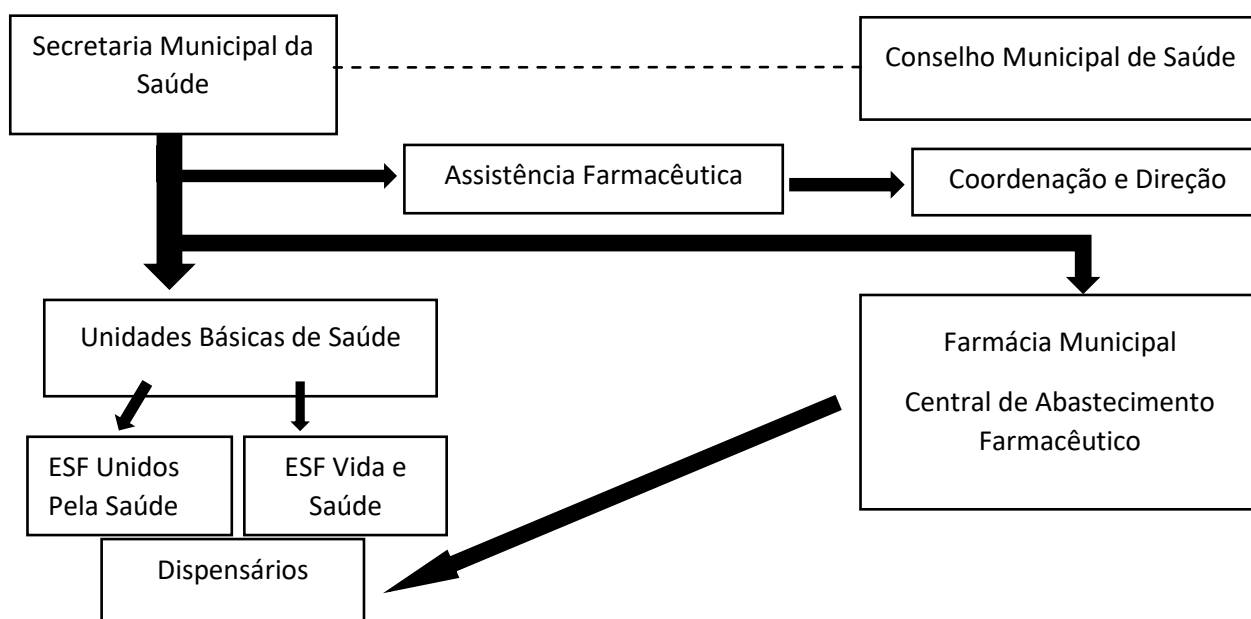
Em detrimento ao controle de algumas etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, no momento as duas unidades básicas de saúde da zona urbana apresentam sistema informatizado. Mas referente às outras sete unidade básica de saúde todos os procedimentos e atividades relacionados aos medicamentos são realizados manualmente através de relatórios padrões.

Conforme dados levantados a farmácia municipal proporciona atendimentos que geram dispensação de algum medicamento na receita, sendo que corresponde a uma média diária de 140 usuários atendidos pelo serviço de dispensação. Além disso, são realizados em média mês 400 dispensações de medicamentos especiais, especializados e protetores solares, média mês 50 dispensações de materiais especiais (fraldas – sistema GUD).

Na farmácia municipal são desenvolvidas atividades técnicas gerenciais (seleção, programação, aquisição, recebimento, estocagem, armazenamento, controle de estoque, inventário) e técnica assistenciais (dispensação, orientação, educação e suporte técnico para equipe de saúde).

## ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### ORGANOGRAMA





## 8.4 RECURSOS FINANCEIROS

A Portaria nº 399 de 2006 que trata do Pacto pela Saúde, ressalta que a assistência farmacêutica é responsabilidade (das) três esferas de governo, ou seja, federal, estadual e municipal e a quem compete promover a estruturação da assistência farmacêutica de forma conjunta com as demais esferas, na busca por garantir o acesso da população a medicamentos, promovendo o seu uso racional observando as pactuações estabelecidas e as normas vigentes (CRF-PR, 2010). O bloco de financiamento da assistência farmacêutica é constituído por três componentes: Básico, Estratégico e Especializado.

O Art. 3º, da Portaria 1.555/2013 define o financiamento do Componente Básico da AF e é de responsabilidade da União, Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios. Mas cabe salientar que a partir da publicação da Portaria nº 2.001 de 3 de agosto de 2017 o valor repassado pela União sofreu alterações. Os valores gastos anualmente em medicamentos e insumos básicos no município estão referidos abaixo.

- *União: R\$ 5,58 x 13.353 = 74.509,74/ano (Medicamentos do anexo I e IV da Rename).*
- *Estado: R\$ 1,86 x 13.353 = 24.836,58/ano (Medicamentos do anexo I e IV da Rename) e R\$ 0,50 x 13.353 = 6.676,50/ano (Insumos para usuários insulino dependentes do anexo IV da Rename).*
- *Municipal: R\$ 1,86 x 13.353 = 24.836,58/ano (Medicamentos do anexo I e IV da Rename) e R\$ 0,50 x 13.277 = 6.676,50/ano (Insumos para usuários insulino dependentes do anexo IV da Rename).*

O componente básico é constituído por medicamentos presentes nos anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Estes medicamentos e insumos são voltados aos agravos prevalentes e prioritários da APS.

O componente estratégico da AF garante o acesso a medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS. Fazem parte deste componente os seguintes programas/ medicamentos: Controle de endemias: tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; Programa IST/Aids (antirretrovirais); Programa

Nacional de sangue e hemoderivados; Programa Nacional de imunizações (vacina e soros); Combate ao tabagismo, e Prevenção de deficiência nutricionais.

O financiamento e aquisição dos medicamentos e insumos do componente estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde. Cabe ao Ministério da Saúde distribuir aos Estados e distrito Federal, e da mesma forma os Estados distribuir aos municípios.

O componente Especializado da AF é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde. Este componente é dividido em três grupos:

- Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade da União;
- Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade dos Estados e distrito Federal;
- Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade dos Municípios e Distrito Federal.

## **8.5 RECURSO FINANCEIRO COMPLEMENTAR**

A assistência farmacêutica municipal investe, além dos recursos federais e estaduais um valor oriundo do recurso próprio para cobrir despesas com medicamentos e insumos. No entanto os valores repassados não são suficientes para manter os medicamentos que compõem a lista básica municipal. Além disto, este recurso complementar também investe em medicamentos para atender as demandas judiciais.

E de acordo com o Art. 4º, da Portaria 1.555/2013 que: define que as Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios poderão, anualmente, utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros, definidos nos termos dos incisos II, III e § 1º do art. 3º, para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS no Distrito Federal e nos Municípios, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, obedecida a [Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964](#), e as leis orçamentárias vigentes, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade.

Diante disto, a assistência farmacêutica municipal não adere anualmente este percentual, pois os recursos como mostra acima são insuficientes.

## 8.6 SERVIÇO FARMACÊUTICO- TÉCNICO GERENCIAIS

### 8.6.1 Seleção

A seleção de medicamentos até o momento é realizado através de reunião com os profissionais médicos, enfermeiros e com coordenador da assistência farmacêutica. No entanto, considerando a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria n° 3.916/GM de 30 de outubro de 1998 que estabelece em uma de suas diretrizes, adoção de Relação de Medicamentos Essenciais e uma de suas prioridades a revisão permanente desta relação compete a assistência farmacêutica municipal aderir.

Na reunião estabeleceu-se critérios para inclusão dos medicamentos:

- *medicamento de valor terapêutico comprovado;*
- *medicamentos que supram as necessidades da maioria da população;*
- *medicamentos pelo nome do princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira ou na ausência, pela Denominação Comum Internacional;*
- *medicamentos que disponham de informações suficientes sobre segurança, eficácia, biodisponibilidade e características farmacocinéticas;*
- *medicamentos de menor custo;*
- *formas farmacêuticas, apresentações e dosagem:*
  - *comodidade para a administração aos pacientes;*
  - *faixa etária;*
  - *facilidade para cálculo da dose a ser administrada;*
  - *facilidade de fracionamento ou multiplicação de doses.*

A relação municipal de medicamentos essenciais apresenta como vantagem na promoção do uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e dispensadores, bem como, seguir rotinas de diagnóstico e de tratamento.

E serão considerados medicamentos seguros, eficazes e de custos efetivos, destinados ao atendimento dos problemas prioritários de saúde da população, diante da multiplicidade de produtos farmacêuticos e de novas tecnologias;

Além da REMUME ser revisada e aprovada pela equipe multiprofissional, foi encaminhada para apreciação e aprovação ao Conselho Municipal de Saúde, conforme Ata n° 09/2017 na data de 14 de setembro de 2017.

Esta REMUME é considerada um instrumento técnico norteador para o Sistema Único de Saúde.

### **8.6.2 Programação**

O método utilizado para programação dos medicamentos é o de Consumo Histórico, que consiste na soma do consumo do medicamento utilizado por determinado período de tempo, dividido pelo número de meses que o produto foi utilizado. Exclui-se perdas, empréstimos e outras saídas não regulares. Para tanto deve-se dispor de dados de consumo e de demanda total (demanda atendida mais demanda não atendida), mas até o momento a demanda não atendida ainda não é possível. Este método apresenta como vantagem por ser simples e rápido.

Um problema enfrentado para a programação são alterações constantes nos quadros de funcionários (médicos e atendentes), com isso impossibilita a obtenção de dados de consumo e controle de estoques fidedignos.

Os quantitativos de medicamentos são programados para quatro compras anuais, possibilitando assim um estoque mínimo e um período de validade satisfatório.

### **8.6.3 Aquisição**

A modalidade de aquisição é realizada através de pregão presencial, registro de preço. Esta modalidade favorece compras de acordo com a demanda necessária e estoque mínimo.

Todas as etapas que antecede o pregão, por exemplo, requisições dos quantitativos de medicamentos, pesquisas, avaliação/atualização do edital e demais atividades necessárias, a profissional farmacêutica auxilia com propósito de obter resultados satisfatórios e agilidade no processo licitatório.

O processo é regido pelas disposições legais e condições estabelecidas no Edital, pela Lei Federal n.º 10.520 de 17/07/2002 (que institui a modalidade de licitação denominada Pregão), Decreto Municipal n.º 2.279, de 06/07/10 (que regulamenta o Sistema de Registro de Preços na Administração Pública do Município de Arroio do Tigre/RS e dá outras providências), pela aplicação subsidiária da Lei Federal n.º 8.666/93 e suas alterações posteriores, e no que couberem, as disposições da Lei Complementar n.º 123/06 e da Lei n.º 11.488/07.

Um ponto que se torna importante para um processo licitatório de compra de medicamentos é a qualificação e verificação da procedência dos medicamentos (distribuidora e laboratórios), tornando-se necessário elencar requisitos necessários e no que se refere em exigências obrigatórias. E ainda, dentro deste contexto todo, a profissional

farmacêutica deverá estar inserida neste processo, pois possibilitará avaliar as etapas com agilidade e competência no que se faz necessário, sendo que não é uma tarefa fácil e é considerada muito complexa.

E fim de propiciar subsídios para não ocorrer o desabastecimento por falta de entrega de medicamentos, o município adotou que durante a validade do registro de preço os fornecedores serão avaliados.

#### **8.6.4 Armazenamento**

Antes do procedimento de armazenamento verificam-se alguns requisitos importantes no recebimento. Durante este processo o funcionário designado terá a responsabilidade de avaliar as condições relacionadas a entrega, pedido x ordens de compra, notas fiscais, validade, lote e outros demais. Havendo divergência, a profissional farmacêutica é a responsável por providenciar/resolver os problemas que convêm ser necessário.

Estas providências são regidas através de documentos padronizados, sendo assim, termo de compromisso, registro de ocorrências e, entre outros. No caso de medicamentos recolhidos/retirados do mercado ou medicamentos com problemas nas embalagens, entre outros devem ser retirados imediatamente do local de dispensação e separados em uma área própria segregada, até que seja completada a operação, de acordo com as instruções do titular do registro do produto ou determinadas as providências necessárias pelas Autoridades Sanitárias competentes. Assim, após todas as etapas concluídas faz jus ao pagamento diante as empresas conforme regras regidas no edital. Para oficializar a compra e tornar transparente o setor da assistência farmacêutica todos os medicamentos são lançados no sistema informatizado.

Após as conferências e lançamentos, os medicamentos são armazenados em locais próprios, observando sempre a regra FIFO (first in, first out), ou seja, o produto que está chegando deve ser guardado atrás do que já se encontra armazenado. E os medicamentos da Portaria 344/98 são armazenados em armários com chaves. O local de armazenamento

mantém temperatura constante, entre 15 e 30°C, e os medicamentos termolábeis são armazenados em geladeiras, com temperatura controlada entre 2°C e 8°C ou conforme a orientação do fabricante. Para obter controle, as temperaturas são registradas diariamente em planilhas.

Os prazos de validade são considerados essenciais, no entanto são inspecionados com periodicidade constante e medicamentos com validade inferior a 3 meses são devidamente identificados. E os medicamentos com prazos de validade expirados ou avariados são retirados dos armários e prateleiras e armazenados em local exclusivo devidamente identificado até destinação final de resíduos, conforme “Plano de Gerenciamento de Resíduo”.

#### **8.6.6 Distribuição e Controle de estoque**

A organização do estoque é de suma importância para o controle do mesmo. Assim, o estoque deve estar sempre de acordo com as orientações de armazenamento. Toda e qualquer movimentação na central de abastecimento farmacêutico e farmácia municipal é registrada no sistema informatizado: recebimento, devolução, transferência, vencimento, avarias, etc. Em relação as unidades básicas de saúde que acabam recebendo e dispensando medicamentos são registradas os dados em relatórios padrões e encaminhados para farmacêutica responsável mensalmente. O programa que apresentam todos os dados relacionados à assistência farmacêutica é terceirizado.

#### **8.6.7 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)**

É considerado como o conjunto de operações desenvolvidas no interior do estabelecimento prestador de serviço de saúde, compreendendo a geração, segregação, descarte, acondicionamento, identificação, tratamento preliminar, coleta interna, transporte interno, armazenamento temporário e externo, higienização, segurança ocupacional, transporte externo e destinação final, com propósito de assegurar a preservação do meio ambiente e a saúde pública. A destinação final dos produtos é registrada primeiramente em planilha elaborada com objetivo de controlar e verificar quantidades vencidas. E posteriormente enviado para empresa contratada para descartar este resíduo.

## 9 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS- TÉCNICO ASSISTENCIAIS

### 9.1 Dispensação

Atende-se a prescrição médica ou odontológica, seguindo as normas legais vigentes. E toda prescrição obriga-se a escrita à tinta, datilografada ou informatizada, e deve conter letra legível conforme art.35 da Lei 5991/73 e Cap III art 39 do Código de Ética Médica, identificação do paciente (nome) e endereço, identificação do prescritor ou instituição (nome e número de inscrição do respectivo Conselho Regional - CRM ou CRO), endereço, telefone do consultório ou respectivo estabelecimento de saúde, identificação do medicamento (nome, dose, posologia, forma farmacêutica, tempo de uso), carimbo (se não apresentar carimbo, deve constar o nome do profissional e seu número de inscrição profissional) e assinatura.

E conforme Art 3º da Lei 9787/99 a prescrição dentro do SUS deve ocorrer pela Denominação Comum Brasileira (DCB). No caso de prescrição por nome comercial do medicamento, o prescritor deve ser notificado por informe de adequação.

A validade das prescrições de medicamentos de uso contínuo são de 6 meses, medicamentos contidos na Portaria 344/98 e medicamentos antimicrobianos conforme legislação, anticoncepcionais: 12 meses, a partir da data de emissão. Se estiver sem data, conta-se a partir da data da 1ª dispensação. Recomenda-se que se houver descontinuidade de tratamento a usuária deve ser orientada a procurar a equipe de enfermagem, antifúngicos, antivirais e parasiticidas: 30 dias a partir da data de emissão. Quando solicitado na receita dispensar para o casal. Se especificado “uso contínuo”: cada receituário vale para 6 meses de tratamento, analgésicos, antiinflamatórios, antiulcerosos e antiácidos: 10 dias a partir da data de emissão. Se especificado “uso contínuo”: cada receituário vale para 6 meses de tratamento.

Para analgésicos (paracetamol, ibuprofeno, ácido acetil salicílico (AAS): excepcionalmente, quando o médico não especificar a quantidade, atender na menor unidade disponível. Todas as prescrições, dispensações e orientações de medicamentos que abrangem portarias, normas são devidamente obedecidas e cumpridas, como por exemplo, medicamentos contidos na Portaria 344/98 e medicamentos antimicrobianos.

E em segundo momento digita-se o pedido no sistema informatizado confirmando com o usuário se tudo está correto. Informar ao usuário o nome do medicamento prescrito, dose e quantidade.

Cabe salientar que o atendimento dos medicamentos é feito exclusivamente para o paciente denominado no receituário médico. No caso de a impossibilidade de este vir à farmácia ou dispensário, terceiros poderão retirar em seu nome mediante apresentação de carteira de medicamento de uso contínuo ou receituário. Caso a prescrição não esteja conforme o preconizado, solicitar que o paciente procure seu médico para adequá-la. Solicitar que o farmacêutico preencha o informe de adequação de receita para ser anexado à prescrição.

Portanto para finalizar separa-se, confere-se e entrega-se os medicamentos de acordo com a receita e certificar-se de que o paciente entendeu as informações. Este momento considera-se importantíssimo, pois é o último contato com o usuário e ainda, evita-se que o paciente faça o uso inadequado do medicamento.

## **9.2 Orientação e Uso Racional de Medicamentos**

Para proporcionar promoção em saúde e uso racional de medicamentos a farmacêutica participa de todos os grupos aderidos pelo município, sendo assim, hipertensos e diabéticos, gestantes, saúde mental, e outros, sempre que necessário. Para os profissionais de saúde diante as reuniões realizadas mensais e, ou semestrais. Na semana do uso racional de medicamentos também são realizadas atividades.

## **9.3 Procedimentos Administrativos**

São realizados os seguintes procedimentos administrativos: Balanços de Medicamentos Psicoativos e de Outros Sujeitos a Controle Especial (BMPO), Relatório de prestação de contas, Relatórios estaduais e Relatórios do sistema GUD.

## **9.4 Manual de Boas Práticas Farmacêuticas**

Este documento possibilita normatizar o funcionamento do serviço de forma a manter regras de Boas Práticas de Aquisição, Armazenamento, Conservação e Dispensação dos produtos e serviços prestados. Este documento é complexo, devido a isso não foi descrito neste manual.



## **9.5 Procedimentos Operacionais Padrão**

O Procedimento Operacional Padrão (POP) é o documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo e que deve ser executado para o alcance da meta padrão. Os POPs, a Minuta do Manual de Boas Práticas Farmacêuticas e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) foram realizados entre os farmacêuticos dos municípios que fazem parte da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e farmacêuticos que prestam trabalho à assistência farmacêutica estadual. Estes documentos foram elaborados de forma a contemplar todas as rotinas da farmácia. A partir disto, estes documentos foram revisados e aprovados pela equipe da assistência farmacêutica municipal e listados/anexados juntamente com o manual de boas práticas farmacêuticas.

Segue a lista dos pops realizados, revisados e aprovados da farmácia municipal: POP 1 modelo formulação de pops, POP 2 Ambiente/Relacionamento, POP 3 Treinamento, POP 4 Conferência e Recebimento de Medicamentos da Farmácia Básica, POP 5 Tabela de Desvios de Qualidade, POP 6 Relatório de Ocorrências, POP 7 Armazenamento POP 8 Controle de Estoques, POP 9 Descarte de Medicamentos Vencidos, POP 10 Acolhimento, POP 11 Atendimento, POP 12 Dispensação/Separação, POP 13 Dispensação de Anticoncepcionais e Programação de Demanda para a CRS, POP 14 Dispensação de Insulinas e Programação de Demanda para a CRS, POP 15 Dispensação de Medicamentos Controlados pela Portaria 344/98, POP 16 Dispensação de Medicamentos Antimicrobianos, POP 17 Orientação Farmacêutica, POP 18 Aquisição de medicamentos, POP 19 Manutenção das Condições Sanitárias.

## **9.6 PROCESSOS JUDICIAIS**

O município no momento se enquadra como réu em aproximadamente 84 processos. Dos 84 processos apenas 5 apresentam medicamentos básicos. E ainda destes 84 maior parte são em conjunto com o Estado do Rio Grande do Sul. A compra destes medicamentos já foram realizados de várias modalidades, como por exemplo, pregão presencial apenas para os processos judiciais com entrega em 24 horas conforme a demanda, pregão presencial juntamente com os outros itens do componente básico e emitido ordem de compra para armazenar na farmácia municipal.

Diante disto, só tem em esclarecer que ocorria muitos medicamentos vencidos, pois os usuários iam á óbito ou trocavam os medicamentos.

Portanto, devido ao fornecimento irregular de medicamento que compõem o Sistema de Administração de Medicamentos – AME referentes ao processo judiciais cabe salientar que no momento a melhor forma de compra para o município é a pesquisa de preço, possibilitando assim, autorizar apenas o necessário mensalmente.

## **10 VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

A vigilância em saúde que é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva.

As ações específicas da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador, fazem parte da vigilância em saúde, ao lado das ações de caráter individual organizadas sob forma de consultas e procedimentos. Portanto, a vigilância em saúde busca contemplar os princípios da integralidade e da atenção, combinando diversas tecnologias para intervir sobre a realidade da saúde.

No que concerne a vigilância epidemiológica, a mesma, é caracterizada como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de quaisquer mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Sendo assim, a Vigilância Epidemiológica é o conjunto de atividade que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levam a prevenção e ao controle de determinadas doenças.

Portanto é uma área do Setor Público que se envolve com todo o Sistema de Vigilância em Saúde do Município com ações ou controle e administração de dados que servem para nortear ações de prevenções.

Portanto, estes sistemas produzem informações para traçar o perfil epidemiológico da população que assim nortearam as ações de prevenção e promoção de saúde.

Outro indicador importante que está diretamente ligado ao potencial da Atenção Primária a Saúde e atenção preventiva é a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal.

A cobertura do atendimento pré-natal pode identificar situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos além de, contribuir na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e número de casos de sífilis congênita.

**Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas pré-natal**

<b>MUNICÍPIO</b>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>ARROIO DO TIGRE</b>	75,00 %	74,10 %	81,17 %	84,38 %	85,2%	89%	88,9%	100%

Fonte: DATASUS

Através com acompanhamento da série histórica poderemos desenvolver a capacidade da atenção primária identificando áreas passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de uma maior atenção.

**Proporção de internações por condições sensíveis à APS – Icsab**

<b>MUNICÍPIO</b>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>ARROIO DO TIGRE</b>	35,84%	48,07%	44,20%	39,65%	40,48%	44,78%	45,18%	42,51%

Fonte: DATASUS

Levando em consideração a série histórica abaixo, podemos verificar a ocorrência de casos de Aids, na população menores de 5 anos de idade, residente no município.

**AIDS em menores de 5 anos de idade**

<b>MUNICÍPIO</b>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>ARROIO DO TIGRE</b>	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: DATASUS

Neste indicador podemos verificar expressamente a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.

### Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade

MUNICÍPIO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>ARROIO DO TIGRE</b>	0	0	0	0	0	0	3	0

Fonte: DATASUS

A escolha do tipo de parto pela mulher tem sido descrita na literatura médica como um fator que tem contribuído significativamente para o aumento das taxas de cesariana, porém a influência da solicitação da mulher é desconhecida.

A partir de levantamento da série histórica constata-se que o percentual de parto normal, vem diminuindo nos últimos anos, conforme fica demonstrado pelo gráfico abaixo.

ARROIO DO TIGRE	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL</b>	14,81	11,51	13,73	20,29	10,49	16,54	11,97	3,25

Fonte: DATASUS

Estudos avaliando os riscos maternos associados à cesariana têm apontado uma maior prevalência de febre no puerpério, maior risco de ruptura uterina, hemorragia pós-parto, remoção manual de placenta, infecção e admissão em UTI após uma primeira gestação que tenha terminado com cesariana.

Evidências recentes sugerem que o aumento da taxa de nascimentos pré-termos e de baixo peso ao nascer no Brasil teve como uma de suas causas o aumento da taxa de cesáreas e de indução de parto. Neste sentido, as estimativas globais indicam que o baixo peso ao nascer (BPN) afeta substancialmente a incidência de doenças perinatais, consideradas uma das principais causas de doença e morte infantil (BRIGGS, 2003).

Além disso, o BPN ainda é considerado por alguns como o principal problema de saúde pública pela associação com altas taxas de mortalidade e morbidade, um preditor de sobrevivência de recém-nascidos de risco (ROSSO, 2003) e um indicador de saúde que traduz a eficiência do sistema de saúde local (KABIR, 2002).

## 10.1 Imunizações

Outro dado de relevância para a vigilância epidemiológica é a imunização das crianças que tem como objetivo a prevenção de agravos relacionados à saúde desta população.

**Tabela:** Cobertura vacinal (%) por tipo de Imunobiológico em menores de 01 ano

ANO	Meta	% BCG	% Hep B	% VOP	% Tetra	% Penta	% Pneumo 10	% Meningo C	% SRC	% Febre Amarela
2007	139	98,5	100	107,1	103,6	-	-	-	125,9	-
2008	180	97,8	95	93,9	90,6	-	-	-	63,9	-
2009	138	73,9	88,3	87,8	85	-	-	-	95,6	38,9
2010	154	111,6	101,4	104,3	101,4	-	15,9	1,4	98,5	55
2011	156	101,4	99,3	103,6	100	-	118,1	120,3	105	76,8
2012	131	89,9	94,9	99,3	-	30,4	89,1	88,4	111,6	75,4
2013	156	51,28	-	67,31	-	58,97	64,10	62,82		53,85
2014	131	109,92	-	80,15	-	77,86	81,68	81,68	84,73	55,73
2015	108	131,48	-	135,19	-	130,56	136,11	129,63	113,89	101,85
2016	139	97,84	-	98,56	-	99,28	102,88	99,28	113,67	100,00
2017	141	110,07	102,88	105,76	74,10	102,88	105,76	88,49	74,10	87,05
2018	136	97,65	93,48	95,55	95,65	93,48	100,00	98,585	95,65	65,65
2019	122	70,59	56,79	71,60	85,80	64,20	67,90	79,63	85,80	70,99
2020	185	92,59	95,06	74,69	61,11	79,63	87,04	72,84	61,11	78,40

FONTE: SIPNI

## 11 NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS

Em consonância com a Portaria GM 104/2011 que estabeleceu a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

Salientamos que em nosso município todas as unidades básicas de saúde são notificadoras. Conforme o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e o Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, o número de agravos notificados e confirmados nos últimos anos está apresentado abaixo.

**Tabela:** Relatório dos agravos notificados

<b>AGRAVOS</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Acidentes animais peçonhentos	25	37	23	21	42	31	35	29	18	27	15
Atendimento anti-rábico	61	62	57	54	52	127	51	56	59	92	69
Caxumba	-	03	-	-	-	2	4	-	-	-	-
Dengue	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatite viral	-	-	-	-	1	2	-	-	-	03	01
Meningite	-	01	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Tuberculose	03	05	03	8	4	6	6	04	05	03	05
Varicela	40	44	29	6	4	6	6	-	-	-	-
Violência	-	07	18	211	33	94	60	42	70	91	75

FONTE: MS/SE/SINAN

O que percebemos através deste quadro é que alguns agravos são mais prevalentes, possuímos um alto índice de violência em nosso município, isso permite conhecer as dimensões e formas de violência, possibilitando o desenvolvimento de ações de prevenção e assistência adequadas, bem como a análise e avaliação dos resultados, sendo que diversas ações são desenvolvidas para diminuir este número.

Assim, a partir da notificação através de formulário inicia-se um processo que visa a interrupção das atitudes e comportamentos violentos, seja no ambiente familiar, do trabalho, institucional, público ou em qualquer outro.

O alto índice de violência encontrado no município, se dá ao trabalho de todos os funcionários da secretaria municipal de saúde, que após inúmeras capacitações, identificam e notificam os diversos casos. Após a notificação é feito um trabalho em equipe para tentativa de resolução do problema.

### **11.1 Vigilância Sanitária**

Em nosso Município a Vigilância Sanitária realiza um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir os riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse a saúde.

Abrangendo o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Consideram-se ações da Vigilância Sanitária: inspecionar e orientar, fiscalizar, lavrar termos e autos, aplicar sanções em estabelecimentos de gêneros alimentícios, institutos e clínicas de beleza, serviços de saúde tais como: consultório médico, odontológico, veterinário, psicológico, clínica de fisioterapia, casa de repouso, clínica geriátrica, unidades básicas de saúde.

Entre as demais ações estão: atendimento ao público, orientando e informando quanto a documentação, andamento de processos administrativos e outras informações técnico-administrativos e legais; fiscalização das condições sanitárias de água e esgoto, fiscalização dos criadouros de animais da zona urbana, inspeção sanitária, educação sanitária, recebimento e atendimento de denúncias.

A realização de todas atividades é feita pela equipe de trabalho composta pela fiscal sanitária, coordenador (a) de vigilância sanitária em conjunto com outros setores, como por exemplo os agentes de combate a endemias, que realizam um trabalho voltado para a melhoria da qualidade de vida das pessoas residentes no município.

Lembramos que, desde a Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 que declarou Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), bem como do Decreto Estadual nº 55.128, de 19 de março de 2020 que declarou estado de calamidade pública em todo o território do Estado do Rio Grande do Sul para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pelo COVID-19 (novo Coronavírus), o trabalho destes profissionais em atividades extra muros, fiscalizatórios e de orientação mais que duplicaram, sendo estes fundamentais e somados ao trabalho das demais equipes de saúde mostrou bons resultados, que só não foram melhores por muitas vezes não haver colaboração e sensibilização dos cidadãos.

O município encontra-se em fase de aperfeiçoamento dos serviços na Vigilância Sanitária, onde o trabalho está direcionado de forma a conscientizar e orientar para que todos entendam a importância do setor visando a melhoria da qualidade da saúde em Arroio do Tigre.

## 11.2 Vigilância da Saúde do Trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, sendo uma importante ferramenta do Sistema Único Saúde, para a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS N° 3.252/09).

Nesse sentido, a Vigilância em Saúde do Trabalhador tem como premissa a atuação contínua e sistemática, no sentido de identificar, conhecer, pesquisar e verificar quais fatores são determinantes para os agravos à saúde relacionados à processos e a ambientes nos quais os trabalhadores estão inseridos, a fim de executar e avaliar quais devem ser as intervenções a serem realizadas sobre os aspectos agravantes no trabalho, de forma a eliminá-los ou controlá-los para que não mais afetem os trabalhadores.

Além dessas avaliações e ações realizadas, possuímos em nosso município atividades voltadas para a saúde dos profissionais atuantes na área da saúde, como exemplo, podemos citar o Encontro Municipal dos Trabalhadores de Saúde, evento que acontece anualmente e tem como finalidade proporcionar momentos de descontração e de integração cuidando de quem cuida.

Hoje a VISAT é composta por uma Enfermeira, que atua na APS, a qual acumula junto a responsabilidade técnica de uma ESF esta função, assim como os demais coordenadores das políticas no município. Nas unidades de saúde todos os profissionais médicos e de enfermagem estão capacitados para realização de notificações, contudo a inserção dos dados nos sistemas de informações, referente as notificações de agravos relacionados ao trabalho (RINAS) são inseridas por esta profissional, enquanto as notificações SINAN, ficam a cargo da enfermeira responsável pela vigilância epidemiológica ou outro designado e capacitado para tal.

Apesar de várias capacitações já terem sido feitas ao longo dos anos, vê-se ainda muitas notificações mal preenchidas e dados subnotificados, nesse norte o PMS abrange ações que venham no intuito de auxiliar neste sentido.

Lembramos que, a Nota Técnica n° 02/2019 foi revogada e neste momento está vigente a Nota Técnica de Orientação de Agravos n° 001/2020 DVST/CEVS/SES, neste sentido, tanto a PAS, quanto o PMS atendem estas considerações.



## 12 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

É definida como uma política que trata as relações de trabalho a partir da concepção que trata as relações de trabalho é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Neste contexto, contamos com uma equipe de profissionais de mais de cem (100) profissionais qualificados para atender os cidadãos.

### 12.1 Recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde

Categoria profissional	Quantitativo	Órgão de vínculo *	Carga horária semanal
Médico	05	01	20
Médico	02	03	20
Médico ESF	02	05	32
Enfermeiro	01	01	40
Enfermeiro	03	01	36
Enfermeiro ESF	01	01	40
Enfermeiro ESF	01	03	40
Enfermeiro SAMU	01	03	20
Condutor SAMU	04	03	20
Telefonista	02	01	36
Cirurgião dentista ESF	01	01	40
Cirurgião dentista ESF	02	03	40
Cirurgião dentista	04	01	20
Auxiliar de saúde bucal	03	03	40
Assistente social	01	01	30
Psicólogo	01	01	40
Técnicos de Enfermagem	06	01	40
Técnicos de Enfermagem	05	03	40
Técnico de Enf. SAMU	05	03	20
Operário especializado	01	01	40
Operário	03	01	40
Operador de máquina	01	01	44
Escriturário	01	01	38
Agente de endemias	03	03	40
Servente	07	01	40
Farmacêutico	01	01	40
Fisioterapeuta	01	01	30
Fisioterapeuta	01	03	20
Nutricionista	01	01	40
Nutricionista	01	03	30
Motoristas	06	01	44
Motoristas	02	03	44
Cargo em comissão	04	04	40
Agentes de Saúde	29	01	40
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

\*vínculo: 01- efetivo/concursado 02-celetista 03- contrato emergencial 04- cargo em comissão 05-outro

Nesse sentido, como forma de incentivar os profissionais para que se sintam bem no ambiente de trabalho e principalmente para que se sintam valorizados objetivamos construir um Plano de Carreira, Cargos e Salários exclusivo para os trabalhadores em saúde, inclusive a elaboração faz parte das metas do governo, pois o que se busca é adequar o quadro de profissionais da Secretaria de Saúde, a fim de atender as demandas necessárias dos programas e ações implantados, visando assegurar a qualidade de assistência de saúde à população.

Além disso, a meta é oportunizar aos trabalhadores espaços para a qualificação, aperfeiçoamento e incentivo a participação em eventos e capacitação, a fim de humanizarmos ainda mais a qualidade do trabalho, bem como manter a contratação de trinta (30) profissionais para mantermos os serviços de saúde organizado.

## **12.2 Gestão em Saúde**

Referente aos processos de regionalização buscamos a cooperação entre as esferas do governo, a fim de firmar novos convênios e parcerias com as instituições prestadoras de serviço de saúde, disponibilizando mais exames, procedimentos e consultas especializadas, bem como buscar recursos juntos aos órgãos federal e estadual para aquisição de máquinas e equipamentos (veículos) com o objetivo de ampliar a cobertura e o acesso à saúde à população, pensando na segurança e bem estar dos pacientes que precisam se deslocar para realizar consultas e exames especializados em outras cidades.

Importante destacar que a representante do município perante a Comissão Intergestores Regional (CIR) é a Secretária de Saúde que participa de forma efetiva na construção de decisões apresentadas pela CIR que é uma instância de cogestão no espaço regional com o objetivo de constituir um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os gestores municipais e o estado para constituição de rede regionalizada.

## **12.3 Regulação em Saúde**

Atualmente possuímos contrato com o Hospital Santa Rosa onde são realizados alguns atendimentos como por exemplo, internações hospitalares, serviços de diagnose e apoio terapêutico: radiografia (RX), mamografias e ultrassom mamarias (cotas) .

Sendo que, as demandas que exigem uma especialidade maior são encaminhadas para a 8ª Coordenadoria de Saúde em Cachoeira do Sul e possuímos atendimento da 13ª

Coordenaria de Saúde em Santa Cruz do Sul para especialidades de Vascular e Cardiologia e exames específicos, nestas coordenadorias a regulação é feita via SISREG.

A distância de Arroio do Tigre até Cachoeira do Sul e/ou Santa Cruz do Sul é de cerca de 110 km, sendo necessário um período de cerca de 2 horas para o deslocamento dos pacientes atendidos nestas cidades. Para algumas especialidades específicas também somos atendidos em Agudo, Santa Maria, Canoas e Lajeado. Já as especialidades de alta complexidades somos atendidos em Porto Alegre, regulados via GERCON.

Quanto as especialidades via SISREG possuímos cotas mensais de acordo com a população.

Salientamos que o município de Arroio do Tigre possui convênio com o Consórcio Intermunicipal do Vale do Jacuí, que possui sede no Município de Sobradinho/RS, que foi constituído em 2004, nos termos da Lei nº 8080/90 e Emenda Constitucional nº. 19 de 04/06/98 que alterou o artigo 241 da Constituição Federal, através deste conseguimos dar um suporte e atendimento de alguns exames para os pacientes.

Participaram de sua implantação os gestores municipais que integram a 8ª Coordenadoria Regional da Saúde, inicialmente com a finalidade de atender as demandas comuns dos Municípios consorciados na área da Saúde. Em 2007, com vistas a Lei Federal nº 11.107/05 e o Decreto nº 6.017/07, o Estatuto do CI/Jacuí é alterado, passando o Consórcio a ser multifuncional, possuindo Câmaras Setoriais com o objetivo de desenvolver as múltiplas políticas públicas de interesse dos entes consorciados.

### **13 NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) E A COVID-19**

A pandemia de Covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2 ou Novo Coronavírus, vem produzindo desde 2020 repercussões não apenas de ordem médica e epidemiológica em escala global, mas também repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos sem precedentes na história recente das epidemias.

A estimativa de infectados e mortos concorre diretamente com o impacto sobre os sistemas de saúde, com a exposição de populações e grupos vulneráveis, a sustentação econômica do sistema financeiro e da população, a saúde mental das pessoas em tempos de confinamento e temor pelo risco de adoecimento e morte, acesso a bens essenciais como alimentação, medicamentos, transporte e neste município não seria diferente.

Este plano apresenta seção específica com objetivos, metas e indicadores a serem executados nos próximos quatro anos como estratégia para o enfrentamento do Covid-19 e as complicações e sequelas deixados por ele, focando não apenas na reabilitação física, mas também psicológica dos cidadãos e contemplando as populações mais vulneráveis de forma integral.

Ao analisarmos o cenário epidemiológico desde 2020 até o momento, tivemos momentos delicados em março e junho de 2021, onde o número de casos ativos estava com a maior incidência desde então, com leitos hospitalares em sua grande parte ocupados e outros em leitos de terapia intensiva.

Contudo visualizamos que 98% da população diagnosticada (teste RT-PCR ou antígeno e um por critério epidemiológico) para COVID-19 apresentou casos leves e moderados e 2% casos graves (Síndrome Respiratória Aguda Grave) e óbito.

Ressaltamos que com mais de 50% da população vacinada com primeira dose, os casos já apresentam relativa diminuição, contudo as medidas preventivas continuam, bem como os esforços dos profissionais de toda a Secretaria Municipal de Saúde.

## **14 Participação e Controle Social**

### **14.1 Órgão Deliberativo**

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal nº 758/91, de 17 de abril de 1991 e reformulado pela Lei Municipal nº 1.946/09, de 05 de maio de 2009. O Conselho é constituído atualmente por 20 membros, observando as recomendações estabelecidas na legislação referente a esta instância.

A composição do Conselho Municipal de Saúde de Arroio do Tigre está distribuído da seguinte forma: 50% ou dez (10) membros de entidades de usuários, 25% ou cinco (05) membros de entidades de trabalhadores de saúde, 25% ou cinco (05) membros de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

Cabe salientar que o conselho possui um regimento interno próprio que foi aprovado em plenária no qual está definido sua finalidade, sua organização e seu funcionamento, os conselheiros se reúnem mensalmente em reuniões ordinárias, e extraordinariamente, sempre que necessário, possuindo sala própria, e recursos matérias

suficientes, também dotação orçamentária específica capaz de atender as necessidades do Conselho Municipal de Saúde.

A última Conferência Municipal de Saúde foi realizada no ano de 2019 e contou com a participação de conselheiros municipais de saúde, representantes de entidades e instituições, trabalhadores em saúde e população em geral.

## **14.2 Órgão de Gestão Municipal**

A Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social foi criada juntamente com a estrutura administrativa do município de Arroio do Tigre após sua emancipação através da Lei Orgânica Municipal, já o Departamento da Assistência Social, que integrava a Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social foi criado através da Lei Municipal nº 1.115/98, tendo como atribuições promover, planejar, orientar, coordenar, executar e controlar as atividades referentes às ações de assistência à saúde e assistência social no município.

No ano de 2001, através da Lei Municipal 1.332 de 18 de abril de 2001 foi alterada a denominação de Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social para Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social.

Através da Lei Municipal nº 1.930/2009 de 24 de março de 2009 houve alterações na estrutura administrativa do Poder Executivo Municipal sendo criada a Secretaria Municipal de Assistência Social.

## **14.3 Fundo Municipal de Saúde**

Com relação ao Fundo Municipal de Saúde este foi criado pela Lei Municipal nº 759/91 de 17 de abril de 1991, e possui a responsabilidade pela consolidação de dados gerenciais para o acompanhamento da execução orçamentária e financeira, através da elaboração de demonstrativos que permitam o acompanhamento da EC nº 29, de 13 de Setembro de 2000, evidenciando as receitas, despesas e rendimentos dos programas específicos de cada esfera de governo.

A emenda Constitucional 29 estabelece aplicação mínima de recursos resultantes de impostos estaduais e municipais sendo de 12% de aplicação do Estado e 15% de aplicação dos impostos municipais em saúde.

## 15 FINANCIAMENTO

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, o financiamento da Atenção Primária deve ser tripartite e deve estar garantido nos planos nacional, estadual e municipal de gestão do SUS.

As transferências dos incentivos financeiros da APS aos municípios são efetuadas em conta específica para esse fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios.

Os recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Primária à Saúde compõem parte dos Blocos de Financiamento de Saúde (Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde). Os recursos financeiros desse bloco se configuram como recurso de despesa corrente (custeio). No âmbito da Atenção Primária, esse bloco inclui, entre outros, os incentivos financeiros do novo modelo de financiamento da APS.

O novo modelo de financiamento da Atenção Primária, conforme a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, instituiu o programa Previner Brasil, como forma de repasse das transferências para os municípios, que passou a ser distribuída com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Esse novo modelo de financiamento (federal) visa aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem., bem como busca equilibrar valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), Programa Saúde na Escola.

A lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012) – que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000- estabelece que cada uma das esferas da federação deve destinar valores mínimos que deverão ser aplicados anualmente para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Outro ponto que merece destaque são os recursos dos tributos de arrecadação própria, ainda contam com conjuntos de fontes adicionais que são as transferências constitucionais e legais e as transferências do SUS.

Além de verificar os quantitativos de recursos disponíveis para área da saúde é importante avaliar a qualidade dos serviços prestados e as possibilidades de aplicação para execução das políticas de saúde.

O quadro abaixo revela o montante em percentual de recursos financeiros aplicados em saúde, vejamos:

<b>Período</b>	<b>Ano de referência</b>	<b>Percentual Aplicado de acordo com a LC 141/2012</b>
Janeiro a Dezembro	2013	18,76 %
Janeiro a Dezembro	2014	21,80%
Janeiro a Dezembro	2015	19,65%
Janeiro a Dezembro	2016	18,54%
Janeiro a Dezembro	2017	20,92%
Janeiro a Dezembro	2018	19,47%
Janeiro a Dezembro	2019	20,57%
Janeiro a Dezembro	2020	18,67%

Fonte: SIAPC – PAD (2021)

O município de Arroio do Tigre busca cumprir o percentual da receita própria dos recursos aplicados em Saúde conforme estabelece a Lei Complementar 141/2012.

## **16 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES**

A partir do levantamento de dados realizado sobre as condições de saúde a qual encontra-se a população do município de Arroio do Tigre foram delineadas as ações e estratégias que serão executadas visando proporcionar a comunidade arroio-tigrense um melhor atendimento e uma melhor qualidade de assistência à saúde com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Além disso, mesmo com a revogação revogação da Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016 e outras orientações constantes na NOTA TÉCNICA Nº 20/2021-DGIP/SE/MS, optou-se por incluir neste plano grande parte dos indicadores estabelecidos nesta resolução, por se tratarem de ótimos nstrumentos para mensurar a saúde no território.

Outro ponto que merece destaque, foi a utilização das diretrizes e objetivos elencados na Conferência Municipal de Saúde em 2019, que se mostraram complementares as demandas atuais.

## **17 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO**

As ações e os recursos necessários para atingir as metas propostas estão definidas na Programação Anual de Saúde (PAS). A cada quatro meses a gestão municipal apresenta em reunião do Conselho Municipal de Saúde o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e anualmente o Relatório Anual de Gestão (RAG), após estes relatórios são também apresentados em Audiência Pública na Câmara de Vereadores.

A partir de 2022, estes serão apresentados aos serviços de saúde durante as reuniões instituídas na PAS, tendo um representante de cada serviço. Através disto, o município busca realizar o monitoramento da oferta e a produção de serviços públicos, os indicadores de saúde e financeiros, bem como a construir propostas e recomendações para a próxima PAS e se necessário, realizar alterações no Plano de Saúde.

A partir de 2018, a Portaria MS Nº750/2019 instituiu o Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP), no âmbito do SUS, como uso obrigatório para o registro de informações e documentos relativos ao PMS, à PAS, a elaboração do RDQA e do RAG, pela gestão e pelos CMS.

Lembramos que, através da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), são previstos os investimentos anuais para desenvolver as ações necessárias que garantirão o alcance das metas na Lei Orçamentária Anual (LOA), já o Plano Plurianual (PPA), instrumento legal de planejamento de Governo, apresenta para o período de quatro anos as metas e prioridades da administração pública municipal.



**18 DIRETRIZES, OBJETIVO (S), META, INDICADOR**

**DIRETRIZ Nº 01 Saúde é um bem-estar físico, psíquico, social, afetivo que significa que as pessoas e comunidades tenham mais do que ausência de doença, ou seja, que tenham também direito à habitação, ao trabalho, ao salário e aposentadoria dignos; ao ar, água e alimentos com boa qualidade; à educação crítica; à informação verdadeira; e ao meio ambiente saudável. Para garantir a saúde, é fundamental defender o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto patrimônio e direito do povo brasileiro, pelo seu papel de proteção social a partir da compreensão da saúde como princípio da dignidade humana.  
(EIXO I – Saúde como Direito da Conferência Municipal de Saúde de 2019)**

**OBJETIVO Nº01: Qualificar o acesso aos serviços de saúde, aprimorando a política de Atenção Primária a Saúde (APS), ampliando as ações de promoção da saúde, com integralidade da atenção e assistência, estando esta articulada com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde RAS.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Manter a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde que compõe a Atenção Primária	Cobertura populacional por equipes de saúde que compõe a Atenção Primária a Saúde (APS)	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
02	Manter cobertura populacional por Equipes da Saúde da Família (eSF)	Cobertura populacional por Equipes da Saúde da Família (eSF)	81	2021	%	03	Nº absoluto	03	03	03	03
03	Manter cobertura populacional por equipes de atenção primária (eAP)	Cobertura populacional por equipes de atenção primária (eAP)	19	2021	%	02	Nº absoluto	02	02	02	02

	devidamente habilitadas e instituídas										
04	Manter a cobertura da população assistida por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados a equipes de Saúde da Família e Atenção Primária	Cobertura da população assistida por Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
05	Realizar acompanhamento domiciliar no âmbito da APS, prestando assistência e apoio aos usuários e familiares.	% de usuários com acompanhamento domiciliar por equipe do território	Sem linha base			76	%	70	72	74	76
06	Manter o Programa Mais Médicos para o Brasil aumentando o número de vagas	Nº de médicos do PMMB atuando nas equipes	02	2021	Nº absoluto	03	Nº absoluto	03	03	03	03
07	Realizar ações de educação em saúde coletiva	Percentual de ações de educação em saúde coletiva (previstas na PAS)	80	2021	%	85	%	82	83	84	85
08	Realizar ações de Educação Permanente	Número de ações de educação permanente realizadas conforme PAS	95	2021	%	95	%	90	90	95	95
09	Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos acompanhados pelas equipes do território  Indicador Previne Brasil (novo)	% de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre por médico ou enfermeira	Sem linha base			96	%	90	92	94	96
		% de pessoas diabéticas com hemoglobina glicada solicitada e avaliada por médico ou enfermeira	Sem linha base			96	%	90	92	94	96

10	Manter o Programa Academia de Saúde (2 profissionais conforme portaria - 20 horas semanais ou 1 profissional 40 horas semanais)	Programa Academia de Saúde mantido com profissional (is), totalizando 40 horas semanais.	66,66	2021	%	100	%	100	100	100	100
11	Aumentar as ações de promoção a saúde através de práticas corporais, com programas já existentes, tendo como foco hipertensos, diabéticos e obesos.	Nº de atividades coletivas realizadas no Programa Academia da Saúde	Sem linha base			1000	Nº absoluto	200	200	300	300

**OBJETIVO: Garantir que as equipes de saúde do município tenham acesso a informatização através do sistema de prontuário eletrônico e outros sistemas do MS e SES, visando promover a integração e aprimoramento dos dados, subsidiando a gestão dos serviços de saúde e a qualificação da clínica médica.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Manter nos serviços de APS internet de qualidade para uso de prontuário eletrônico e outros sistemas de informações do SUS	Percentual de equipes de saúde utilizando prontuário eletrônico e outros sistemas de informações do SUS	100	2021	%	100	%	100	100	100	100

02	Garantir o pleno funcionamento dos equipamentos de informática, através de manutenção preventiva e corretiva de todos os computadores, tablets e notebooks utilizados para acessar os sistemas de informação do SUS.	Número de manutenções preventivas e corretivas em computadores, tablets e notebooks	42	2021	Nº	29 tablets ACS 03 ACE 46 computadores de mesa 11 notebook  89 ao ano 356 em 4 anos	Nº absoluto	86	89	89	89
03	Manter o monitoramento o envio dos dados enviados ao MS (SISAB, Assistência Farmacêutica, SIA/BPA)	Número de verificações (1 por mês por cada área - SISAB, Assistência Farmacêutica, SIA/BPA)	Sem linha base			144 (3 áreas X 12=36 36*4 anos=144)	Nº absoluto	36	36	36	36
04	Manter Agentes Comunitários de Saúde (ACS) capacitados e utilizando dispositivo móvel (tablet) durante Visita Domiciliar e Territorial	Percentual de ACS capacitados e utilizando dispositivo móvel	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
05	Implantar capacitações e uso de (tablet) durante no serviço dos Agentes Comunitários de Endemias	Percentual de ACE capacitados e utilizando dispositivo móvel	Sem linha base			100	%	0	100	100	100

**OBJETIVO:** Fortalecer a Atenção Primária à Saúde de forma integrada e resolutiva, através da oferta de serviços odontológicos de qualidade, realizando ações de promoção, prevenção e recuperação da **saúde bucal**.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Aumentar as ações coletivas de escovação dental supervisionada realizadas	Nº de ações coletivas de escovação dental supervisionada realizadas	80	2021	%	24	Nº absoluto	24 atividades/ano	24 atividades/ano	24 atividades/ano	24 atividades/ano
02	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal – eSB (3 eSB 40 horas - 2 eSB 20 horas e eSB mantidas 20 horas)	Percentual de eSB mantidas 40 horas	100	2021	%	100	%	81	100	100	100
03	Realizar ações de prevenção e promoção de saúde bucal.	Nº de ações de prevenção e promoção realizadas	10	2021	Nº absoluto	24	Nº absoluto	24	24	24	24
04	Garantir atendimento odontológico a todas as gestantes que realizam pré-natal na APS  Indicador Previne Brasil (novo)	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	95	2021	%	100	%	81	100	100	100

05	Aumentar o nº próteses dentárias distribuídas	Número de próteses entregues	Sem linha base			100	Nº absoluto	25 próteses anuais	35 próteses anuais	45 próteses anuais	55 próteses anuais
----	---	------------------------------	----------------	--	--	-----	-------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

**OBJETIVO:** Qualificar o acesso do público feminino ao serviço de saúde – **Saúde da Mulher**, ao atenção ao Pré – Natal, Parto e Puerpério fortalecendo ações de prevenção e detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e colo do útero.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Garantir o acesso as gestantes a pelo menos 8 consultas pré-natal (PN), sendo a primeira realizada até a 20ª semana de gestação.	Percentual de gestantes com 8 consultas PN, sendo a primeira até a 20ª semana.	83	2021	%	95	%	90	95	95	95
02	<b>Manter a proporção de gestantes com exames para sífilis e HIV</b>  Indicador Previne Brasil (novo)	<b>Nº de gestantes com sorologia/teste rápido avaliado</b>	100	2021	%	100	%	100	100	100	100

03	Garantir pelo menos uma (1) consulta puerperal com ginecologista	Percentual de puérperas que realizaram consulta com ginecologista	Sem linha base			95	%	95	95	95	95
04	<b>Aumentar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exame citopatológico.</b>  Indicador Previne Brasil (novo)	<b>Razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exame citopatológico realizado</b>	0,70	2021	Razão	0,70	Razão	70	70	71	71
05	Aumentar a razão de exames de mamografia das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.	Razão de exames de mamografia das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos realizados	0,60	2021	Razão	0,60	Razão	0,60	0,60	0,61	0,61
06	Ofertar consulta médica com ginecologista a todas as mulheres encaminhadas por enfermeiros e médicos das equipes de saúde	Número de mulheres encaminhadas X Número de mulheres atendidas	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
07	Realizar anualmente a semana de Promoção de saúde da Mulher no mês de outubro “Outubro Rosa”	Percentual de mulheres na etária (18 - 80 anos) participantes	Sem linha base			75	%	70	75	75	75

**OBJETIVO: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno de doenças, através de uma rede organizada para garantir acesso, acolhimento e resolutividade, visando a Promoção da atenção integral à SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Manter zerado a número mortalidade infantil	Número de óbitos infantis (0 - < 1 ano)	4	2021	Taxa	1	Nº absoluto	2	2	1	1
02	Aumentar a proporção de consultas de puericultura com médico pediatra na APS para crianças menores de 2 anos	Proporção de crianças < de 2 anos que realizam consulta de puericultura com pediatra no SUS	Sem linha base			93	%	90	91	92	93
03	Manter todas as equipes de saúde da atenção primária inseridas nas atividades do PSE que contemplem crianças e adolescentes	Nº de equipes que participaram das ações do PSE	Sem linha base			05	Nº absoluto	05	05	05	05
04	Manter um representante da Secretaria Municipal de Saúde como membro do COMDICA	Nº de representante da saúde no COMDICA	Sem linha base			01	Nº absoluto	01	01	01	01
05	Garantir acesso aos serviços de saúde da rede de atenção básica à população adolescente e jovem	Proporção de atendimentos realizados nos serviços de saúde a adolescentes. (Parâmetro: número total de adolescentes cadastrados / pelo nº de adolescentes atendidos x 100)	Sem linha base			70	%	70	70	70	70



**DIRETRIZ N° 02: Garantir a universalidade de acesso, integralidade de assistência, equidade, gratuidade através de um modelo de atenção resolutivo com uma gestão unificada, regionalizado e hierarquizada.**

**OBJETIVO:** Fortalecer parcerias com setor de meio-ambiente

N°	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1	Promover parceria com o setor de Municipal do Meio Ambiente para desenvolvimento de ações na comunidade	Número de Membro da saúde como titular no Conselho do Meio Ambiente	Sem linha base			4	N° absoluto	1	1	1	1
		Ações coletivas sobre descarte de resíduos e saneamento realizadas	Sem linha base			4	N° absoluto	1	1	1	1

**OBJETIVO:** Organizar e ampliar a **Atenção Nutricional na Saúde (ANS)**, com serviços de saúde aptos para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à má alimentação, tanto em relação ao seu diagnóstico e tratamento quanto à sua prevenção e à promoção da saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1	Ampliar o acesso aos serviços de nutrição, priorizando as fases mais vulneráveis aos agravos relacionados à alimentação e nutrição.	Nº de pessoas atendidas pela nutricionista no ano	Sem linha base			1.405	Nº absoluto	350	350	350	355

**OBJETIVO:** Ampliar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional em todas as fases do curso da vida de pacientes atendidos pelo SUS, através do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e pelo SISAB (prontuário eletrônico), a fim de subsidiar o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1	Aumentar a verificação e classificação do estado nutricional através do peso e altura de crianças menores de 2 anos de idade atendidas na APS.	Nº de pessoas atendidas/ nº de pessoas daquela população x 100	Sem linha base			85	%	80	80	85	85

2	Aumentar a aplicação do formulário “Marcadores do Consumo Alimentar” nas crianças menores de 2 anos de idade atendidas pela nutrição.	Nº de pessoas atendidas/ nº de pessoas daquela população x 100)	Sem linha base			85	%	80	80	85	85
3	Aumentar a verificação e classificação do estado nutricional das pessoas atendidas pela nutrição.	Nº de pessoas atendidas/ nº de pessoas daquela população x 100	Sem linha base			90	%	80	85	90	90
5	Aumentar a aplicação do “Marcadores do Consumo Alimentar” nas pessoas atendidas pela nutrição.	Nº de pessoas atendidas/ nº de pessoas daquela população x 100	Sem linha base			90	%	80	85	90	90

**OBJETIVO:** Manter as ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) e dar seguimento as ações de incentivo a melhoria da qualidade da alimentação da população, por meio de ações voltadas aos indivíduos e ao coletivo, contribuindo para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas associadas e outras relacionadas à alimentação e nutrição.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1	Realizar uma (01) vez ao ano ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) nos grupos já constituídos conforme PAS	Nº de ações coletivas realizadas	Sem linha base			05	Nº absoluto (anual)	05	05	05	05

**OBJETIVO:** Manter as ações de prevenção, redução e controle da obesidade infantil no âmbito dos Programas Crescer Saudável e Saúde na Escola.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1	Avaliar o estado nutricional (peso e altura) de todas as crianças menores de 10 anos matriculadas em escolas participantes do PSE	Total de crianças avaliadas/ total de crianças matriculadas nas escolas pactuadas x 100	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
2	Avaliar os marcadores de consumo alimentar das crianças menores de 10 anos matriculadas em escolas participantes do PSE.	Total de crianças avaliadas/ total de crianças matriculadas nas escolas pactuadas x 100	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
3	Ofertar atividades coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável para as crianças matriculadas em escolas participantes do PSE, no mínimo 2 atividades por escola.	Nº absoluto (Por escola)	Sem linha base			12	Nº absoluto (Por escola)	12	12	12	12
4	Ofertar atividades coletivas de promoção das práticas corporais e atividades físicas para as crianças matriculadas em escolas participantes do PSE, mínimo de 2 atividades por escola.	Nº absoluto (Por escola)	Sem linha base			12	Nº absoluto (Por escola)	12	12	12	12

5	Realizar atendimento individual em todas as crianças menores de 10 anos identificadas com obesidade na Atenção Primária à Saúde (APS).	Total de crianças identificadas/ total de crianças atendidas x 100	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
---	--	--	----------------	--	--	-----	---	-----	-----	-----	-----

**OBJETIVO:** Manter a adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), dando seguimento as ações de prevenção e a promoção integral da saúde de crianças e adolescentes estudantes da rede pública de ensino da educação básica, buscando o pleno desenvolvimentos.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1	Avaliar as condições de saúde dos educandos matriculados nas escolas pactuadas no programa;	Nº de alunos avaliados	Sem linha base			100% dos escolares das escolas pactuadas ao programa	%	100	100	100	100
2	Ofertar atividades coletivas referentes aos temas prioritários do programa estabelecidos pelo Ministério da Saúde nas escolas pactuadas;	Nº de ações realizadas	Sem linha base			100	Nº absoluto	100	100	100	100

3	Disponibilizar atendimento individual na Atenção Primária à Saúde (APS) as crianças identificadas com alguma alteração na avaliação;	Percentual de atendimento individual de crianças com avaliação alterada	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
4	Criação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) municipal;	Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) municipal criado	Sem linha base			01	Nº absoluto	01	01	01	01
5	Participar das reuniões mensais do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) municipal quando solicitado;	Nº de reuniões mensais do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) municipal participadas	Sem linha base			09	Nº absoluto	09	09	09	09
6	Realizar para profissionais da saúde e educação que atuam no programa curso de formação.	Curso de formação para profissionais que atuam no programa	Sem linha base			01	Nº absoluto	01	01	01	01

<b>OBJETIVO:</b> Manter o acompanhamento das condicionalidades dos beneficiários com perfil saúde do <b>Programa Auxílio Brasil</b>											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1	Disponibilizar acompanhamento do pré-natal pelas gestantes beneficiarias do programa;	% Total de gestantes do AB atendidas/ total de gestantes do AB x 100	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
2	Garantir o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (peso e altura) e imunização das crianças menores de 7 anos participantes do programa;	% Total de gestantes do AB atendidas/ total de crianças do AB x 100	Sem linha base			77	%	75	75	76	77
3	Aumentar o percentual de estado nutricional (peso e altura) de mulheres de 14 a 44 anos e gestantes participantes do programa acompanhado	% Total de mulheres do AB atendidas/ total de mulheres do AB x 100	Sem linha base			77	%	75	75	76	77
4	Garantir que todos os beneficiários com alguma alteração no estado nutricional ou irregular com a vacinação sejam encaminhados para atendimento	% Total de pacientes encaminhados do AB atendidas/ total de pacientes encaminhados do AB x 100	Sem linha base			100	%	100	100	100	100

5	Disponibilizar o acesso dos beneficiários do programa em ações educativas em saúde, alimentação e nutrição.	Percentual beneficiários do programa em ações educativas.	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
6	Participar das reuniões do Comitê Intersetorial do Bolsa Família instituído no município quando solicitado.	Nº absoluto (1 por vigência)	Sem linha base			02	Nº absoluto	02	02	02	02

<b>OBJETIVO:</b> Implementar o Programa Nacional de Suplementação de Ferro no município, buscando prevenir a anemia nos públicos mais vulneráveis.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1	Realizar a suplementação profilática de sulfato ferroso de crianças de seis (6) a 24 meses de idade;	% (Nº de pessoas suplementadas/ nª da população nessa faixa etária x 100)	Sem linha base			75	%	60	65	70	75
2	Realizar a suplementação profilática de sulfato ferroso em gestantes ao iniciarem o pré-natal independentemente da idade gestacional até o terceiro mês pós-parto atendidas na APS.	% (Nº de pessoas suplementadas/ nª da população nessa faixa etária x 100)	Sem linha base			85	%	70	75	80	85



<b>OBJETIVO:</b> Manter as ações da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1	Realizar a Semana Agosto Dourado com ações multiprofissionais de incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo até os 6 meses de vida.	Semana Agosto Dourado realizada	Sem linha base			4	Nº absoluto	01	01	01	01

<b>OBJETIVO:</b> Fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral, a <b>Saúde do Homem</b> nas unidades de saúde do município com ênfase as Estratégias de Saúde da família e Equipes de Atenção primária											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1	Melhorar as condições de saúde, reduzindo a taxa de morbimortalidade da população masculina de 20 - 59 anos.	% de homens (20-59 anos) que procuram as unidades para atendimento	Sem linha base			75	%	70	70	70	75
2	Realizar anualmente a semana de Promoção de saúde do Homem no mês de novembro, “Novembro Azul”.	% de homens na faixa etária (18-80 anos) contemplados com ações da semana do homem	85	2021	%	75	%	70	70	70	75

**OBJETIVO:** Instituir a Política Nacional de Saúde da **Pessoa com Deficiência** no Município de Arroio do Tigre, promovendo serviços de saúde de qualidade e com equidade para pessoas com deficiência, ampliando e fortalecendo os mecanismos de informação para e sobre a pessoa com deficiência.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Instituir o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência	Nº de conselho instituído	Sem linha base			01	Nº absoluto	01	0	0	0
02	Realizar ações coletivas a fim de promover o fortalecimento das práticas de promoção a saúde da pessoa com deficiência	Nº de ações coletivas realizadas	Sem linha base			04	Nº absoluto	01	01	01	01

**OBJETIVO:** Implementar a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral **LGBT**). como sistema universal, integral e equitativo.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Ampliar o acesso, a atenção e o cuidado integral da população LGBT	Número de serviços da rede com representação	Sem linha base			14	Nº absoluto	06	04	02	02
02	Qualificar os profissionais da rede de saúde para a Política LGBT	Número de trabalhadores da saúde capacitados para a atenção e cuidado a este público	Sem linha base			131	Nº absoluto	65	38	18	10

**OBJETIVO:** Qualificar ações na Linha de **Cuidado do Idoso**, baseado na Política Nacional de Promoção à Saúde através de ações de promoção e prevenção, por meio de equipe multiprofissional, garantindo a atenção integral à saúde da pessoa idosa.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Capacitar os profissionais para o atendimento à pessoa idosa de acordo com a política de saúde do idoso e caderneta de saúde.	Capacitar 95% dos profissionais atuantes na APS cadastrados no CNES	Sem linha base			95	%	95	95	95	95
02	Melhorar a qualidade de atenção a pessoa idosa e implementar ações de educação em saúde de forma sistemática	Atingir percentual dos idosos cadastrados nas Unidades de Saúde	Sem linha base			80	%	70	75	75	80
03	Aumentar o percentual de Idosos com o procedimento “Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa” marcado	Percentual de Idosos com o procedimento “Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa” marcado	Sem linha base				%	5%	7%	7%	7%

**OBJETIVO:** Manter a **Rede de Atenção Psicossocial - RAPS**, redefinindo a prática assistencial a fim de que esta possa ser condizente com o modelo de atenção descentralizada preconizado pelo SUS, identificando necessidades e prioridades propulsoras de intervenções resolutivas em saúde mental, com atenção nos transtornos mentais/comportamentais e no enfrentamento de dependência de crack e outras drogas.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Implementar as ações EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL (AMENT) na rede	Número de equipes implantadas na rede	Sem linha base			01	Nº absoluto	01	0	0	0
02	Manter a linha de cuidado em saúde mental	Nº de usuários atendidos pela equipe AMENT no ano	Sem linha base			1.225	Nº absoluto	300	300	310	315
03	Reduzir para menos de 10 o número de internações compulsórias por transtornos mentais e comportamentais e/ou uso de álcool e outras drogas.	Número de internações compulsórias	07	2020	Nº absoluto	06	Nº absoluto	09	08	07	06
04	Acompanhar os egressos de internação em saúde mental, buscando reduzir sua reincidência nos serviços de internação.	% de egressos de internação acompanhados	Sem linha base			75	%	60	65	70	75

**OBJETIVO:** Implementar as Práticas Interativas e Complementares (PIC's) nas atividades das **Oficinas Terapêuticas (OT's)**, como complemento a medicina tradicional, como forma de promover a saúde e autonomia das pessoas em sofrimento mental, usuários de álcool e drogas, seus familiares e aos trabalhadores lotados na secretaria Municipal de saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Aumentar o número de usuários em sofrimento mental de uso de álcool e drogas e seus familiares que participam de OT	Nº de usuários que participam das oficinas terapêuticas - PICS	Sem linha base	2021-2025		70	Número absoluto	40	50	60	70
02	Aumentar a oferta de momentos terapêuticos de apoio aos profissionais da saúde	Nº de profissionais da saúde que participam das oficinas terapêuticas -PICS	Sem linha base			22	Número absoluto	16	18	20	22
03	Mantericineiro com formação para atuar com PIC's	Percentual de oficineiro (s) com formação mantido (s) para atuar nas PIC's	Sem linha base			100	%	100	100	100	100

04	Reduzir os casos e o agravamento dos quadros de saúde mental, através de atividades coletivas em dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS	Nº de atividades coletivas - oficinas terapêuticas -PICS	93	2021	Nº absoluto	95	Número absoluto	93	94	95	95
----	--	--	----	------	-------------	----	-----------------	----	----	----	----

**OBJETIVO:** Qualificar a cobertura de intervenções chave para ações de educação, prevenção, diagnóstico e tratamento das **Infeções Sexualmente Transmissíveis - IST's e suas coinfeções, bem como outras infecções virias.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Garantir a realização dos exames anti-HIV realizados nos casos novos de tuberculose.	% de exames de HIV realizados em casos novos de tuberculose	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
02	Garantir a oferta de testes rápidos (HIV, sífilis, hepatite B e C) em <u>todas as UNIDADES</u> de saúde do município para gestantes e parceiros, na rotina, em treinamentos e mobilizações sociais.	Número absoluto (8 unidades de saúde com insumos para realizar TR)	Sem linha base			8	Número absoluto	8	8	8	8

03	Aumentar o número de testes rápidos (HIV, Sífilis e hepatite B e C) realizados na <u>rotina</u> das unidades.	Nº de testes rápidos (HIV, Sífilis e hepatite B e C) mês realizados na <u>rotina</u> das unidades	Sem linha base			24	Número absoluto	15	20	25	30
04	Garantir a distribuição de preservativos (femininos e masculinos) em todos os serviços de saúde.	% de serviços com distribuição de preservativos (femininos e masculinos)	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
05	Realizar dentro das ações do PSE atividades de prevenção junto a rede de ensino com o tema: Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS	Número de ações do PSE atividades de prevenção junto a rede de ensino com o tema: Direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS realizadas	Sem linha base			08	Número absoluto	05	06	08	08
06	Garantir acesso aos serviços de saúde da rede, do território ou fora dele para tratamento das IST's	% de usuários diagnosticados com IST's e tratados no SUS, no território e fora dele	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
07	Realizar o Dezembro Vermelho	Número de ações realizadas	Sem linha base			24	Número absoluto	5	5	5	5

09	Realizar o Julho Amarelo – Hepatites Virais	Número de ações realizadas	Sem linha base			24	Número absoluto	5	5	5	5
----	---	----------------------------	----------------	--	--	----	-----------------	---	---	---	---

**OBJETIVO:** Reafirmar a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em especial quanto ao direito, de todo indivíduo, à vida, à liberdade, à igualdade perante a Lei e ao direito de todos viverem sem discriminação de qualquer espécie e o direito de usufruir e de participar no progresso científico e nos benefícios que deste resultam. Especialmente combater o **racismo estrutural e institucional (Política de Saúde para a População Negra)**, reconhecendo as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Proporcionar mecanismos que facilitem o acesso da população negra, em particular da população quilombola, as ações e serviços de saúde.	Número de atendimentos da equipe (ESF Unidos Pela Saúde) na comunidade Quilombola	95	2021	%	24	Nº absoluto	12	12	24	24
02	Estimular a participação de representante da comunidade quilombola, como membro do Conselho Municipal de Saúde (representando o controle social).	Número de participante	2021	01	Nº absoluto	01	Nº absoluto	01	01	01	01



03	Sensibilizar a comunidade em geral e os trabalhadores de saúde sobre a Política de Saúde para a População Negra – comunidade quilombola, realizando a <b>Semana da Consciência Negra</b> .	% Semana da Consciência Negra realizada (0=NÃO REALIZOU OU 100% REALIZOU)	2021	0	%	100	%	100	100	100	100
04	Realizar momento de educação permanente com a temática Política de Saúde para a População Negra em todos os serviços públicos de saúde	Nº de encontros realizados 5 APS 1 Gestão, SMS, Policlínica e AMENT 1 SAMU	Sem linha base			7	Nº absoluto	7	7	7	7
05	Preencher em todos os cadastros individuais o campo “Raça/Cor” de forma autorreferenciável	Percentual de cadastros individuais com o campo “Raça/Cor” preenchidos de forma autorreferencial	Sem linha base			100	%	100	100	100	100

**OBJETIVO:** Fortalecer a vigilância em **Saúde do Trabalhador**, sensibilizando os profissionais de saúde visando maior cobertura assistencial a população com olhar singular e integral na saúde do trabalhador, em consonância com a Política Nacional e Estadual de Saúde do Trabalhador.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Manter a notificação de todos os agravos e doenças relacionadas ao trabalho	Número de notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho	40	2021	Taxa /100.00	40	Nº absoluto	40	40	40	40
02	Manter a proporção de preenchimento correto do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Percentual de fichas de notificação com o campo “ocupação” preenchido	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
03	Investigar todos os Óbitos por Acidente de Trabalho	Percentual de óbitos por Acidente de Trabalho investigados	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
04	Capacitar os profissionais técnicos das equipes de saúde do município sobre Saúde do Trabalhador	Número de equipes de saúde do município capacitadas para a temática	Sem linha base			05	Nº absoluto	05	05	05	05
05	Promover o Encontro Anual dos Trabalhadores Municipais da Saúde.	Encontro Anual dos Trabalhadores Municipais da Saúde realizado	0	2021	Nº absoluto		Nº absoluto	01	01	01	01

**OBJETIVO:** Implantar a Linha de Cuidado para Atenção à Saúde das Pessoas em Situação de **Violência**, visando defender a saúde, a vida, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, buscando reduzir situações de violência, incluindo a formação dos profissionais da rede neste processo.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Aumentar o número de equipes que participam do GTIEV, capacitadas quanto a notificações SINAN (Violência Interpessoal e Autoprovocada).	Nº de encontros de capacitação realizados	Sem linha base			08	Nº absoluto	05	06	07	08
02	Manter SINAN alimentado com os casos de violências notificados, buscando notificar na rede todos os casos de violência interpessoal e autoprovocadas.	Nº absoluto (verificar sempre do quadrimestre anterior)	04	2020	Nº absoluto	45	Nº absoluto	30	35	40	45
03	Realizar acompanhamento das pessoas vítimas de violência, junto as equipes do território e se necessário encaminhamentos a equipes de apoio matricial, contemplando as diversidades e especificidades de cada caso.	Nº de pessoas vítimas de violência acompanhadas	Sem linha base			30	Nº absoluto	24	26	28	30

04	Manter os encontros mensais do Grupo Técnico Intersetorial de Enfreamento a Violência - GTIEV tendo a saúde como responsável pelo grupo.	Nº absoluto (número de encontros realizados durante o ano)	Sem linha base			10	Nº absoluto (Parâmetro 10 encontros mensais: De março a dezembro)	10	10	10	10
05	Promover de forma intersetorial a adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis	Número de ações intersetorial de promoção à acidentes e violências junto à comunidade	Sem linha base			01	Nº absoluto	01	01	01	01

## DIRETRIZ Nº3: NOVO CORONAVÍRUS (SARS-COV-2) E A COVID-19

**OBJETIVO:** Realizar ações de enfrentamento à Emergência de Saúde Pública Nacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) enquanto perdurar a ESPIN

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Adquirir, disponibilizar e capacitar trabalhadores quanto aos insumos e equipamentos de proteção individual imprescindíveis ao enfrentamento da COVID-19 em parceria com o setor de Segurança do Trabalho.	% de itens adquiridos, disponibilizados e trabalhadores capacitados	100	2021	%	100	%	100	100	100	100

02	Manter atualizado o Plano de Contingência e Ação Municipal de Arroio do Tigre para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID -19)	Plano de Contingência e Ação Municipal de Arroio do Tigre para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) atualizado conforme Plano Estadual e demais protocolos	01	2021	Nº absoluto	01	Nº absoluto	100	100	100	100
03	Manter o Comitê Municipal de Prevenção e Enfrentamento ao Coronavírus junto a outros setores	Comitê Municipal de Prevenção e Enfrentamento ao Coronavírus instituído e atuante	01	2021	Nº absoluto	01	Nº absoluto	1	1	1	1
04	Manter serviços de saúde e veículos de acordo com protocolos sanitários	Percentual de serviços de saúde e veículos mantidos de acordo com protocolos sanitários	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
05	Realizar e manter contratos de profissionais para manutenção das ações e serviços de saúde visando o enfrentamento a COVID-19	% de contratos realizados ou mantidos	20	2021	Nº absoluto	100	%	100	100	100	100
06	Buscar a redução das complicações pelo COVID-19, realizando testagens diagnosticas, notificação, monitoramento, tratamento e	Percentual de casos diagnosticados como casos leves	Sem linha base			98	%	95	96	97	98

	prestar todo suporte necessário nos casos graves que necessitem de encaminhamento à atenção especializada.	Percentual de casos diagnosticados como graves, que evoluíram pra SRAG e óbito	Sem linha base			2	%	5	4	3	2
07	Construir e divulgar informes mensais sobre situação epidemiológica municipal referente à COVID-19.	Número de Boletins e outras divulgações/informativos feitos a população	Sem linha base			12 por ano	Número absoluto	12	12	12	12
08	Garantir a aquisição e distribuição de insumos e medicamentos à população que se fizerem necessários para atender esta nova demanda de acordo com a necessidade e conforme portaria de custeio.	Percentual de insumos e medicamentos adquiridos e distribuídos a população	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
09	Monitorar casos graves da COVID-19	Percentual de usuários pós COVID-19 monitorados	Sem linha base			100	%	100	100	100	100

**DIRETRIZ N°4: Garantir a saúde como um direito constitucional, assegurando que o sistema público de saúde receba os recursos financeiros suficientes para uma saúde universal de qualidade, segundo as necessidades da população.**

**(EIXO III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS)**

**OBJETIVO: Ampliar e fortalecer a Assistência Farmacêutica, garantindo a disponibilidade dos medicamentos das listas padronizadas dos componentes básico, estratégico e especializado, com a transversalidade do Uso Racional dos Medicamentos.**

N°	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1	Manter e/ou implantar sistema compatível em todos os dispensários/farmácia (s)	Percentual de dispensários/farmácias sistema compatível implantado e mantido	8	2021	N° absoluto	7	N° absoluto	7	7	7	7
2	Padronizar as atividades do local de trabalho a partir da elaboração ou revisão dos POPs.	Percentual de POPs elaborados e revisados.	100	2021	%	100	%	100	100	100	100



3	Promover momentos de Educação Permanente em Saúde no âmbito da Assistência Farmacêutica (AF).	Proporção de capacitações, reuniões e cursos realizados de acordo com PAS	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
4	Instituir e manter a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).	Comissão de Farmácia e Terapêutica- CFT estruturada e instituída	100	2021	%	100	%	0	100	100	100
5	Manter a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais-REMUME revisada e regulamentada.	Nº de atualizações e revisões anuais da REMUME	100	2021	%	4	Nº absoluto	1	1	1	1
6	Revisar protocolos clínicos de cuidado à saúde e se necessário implantar novos	Protocolos clínicos de cuidado à saúde revisados	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
		Protocolos clínicos de cuidado à saúde implantados	100	2021	%	100	%	0	100	100	100

7	Padronizar e avaliar fornecedores a fim de gerar a confiança necessária de que o produto ou serviço a ser adquirido será suprido de acordo com as condições estabelecidas.	Número de ocorrências e não conformidades de fornecedores (Nº de fornecedores =100% e número de ocorrências destes)	100	2021	%	0	Nº absoluto	3	2	1	0
8	Avaliar perfil da judicialização de medicamentos	Percentual de itens judicializados não contemplados no SUS (REMUME)	100	2021	%	0	%	6	4	2	0
9	Firmar, implantar e manter atualizados as atividades que envolvem o ciclo da AF (MBPF, PGRS e Plano Municipal da Assistência Farmacêutica).	% de atividades do ciclo da AF (MBPF, PGRS e Plano Municipal da Assistência Farmacêutica) implantado e atualizado	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
10	Garantir a manutenção e a organização dos serviços da AF do município, com ampliação do quadro funcional.	Nº de profissional (is) contratados e/ou nomeados	Sem linha base			02	Nº absoluto	02	0	0	0

11	Garantir a manutenção e a organização dos serviços da AF, instituindo incentivo adicional/gratificação para todos os servidores de carreira (concurados) que atuem no serviço de AF do município.	% de servidores de carreira (concurados) da AF contemplados com adicional/gratificação	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
----	---	--	----------------	--	--	-----	---	-----	-----	-----	-----

**OBJETIVO: Suprir a distribuição de medicamentos e insumos essenciais para os programas desenvolvidos na APS do município e para a população, propiciando suporte terapêutico visando à obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da mesma, bem como, sensibilizar e conscientizar a população para o uso racional e adequado da medicação.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1	Manter o suprimento da demanda de medicamentos e insumos essenciais para os programas desenvolvidos na APS observando a relação de medicamentos da AB – REMUME.	Percentual de medicamentos e insumos essenciais adquiridos	100	2021	%	100%	%	100	100	100	100
2	Ampliar e fortalecer a participação do farmacêutico – cuidado farmacêutico, na APS para o acompanhamento farmacoterapêutico, promovendo o uso racional de medicamentos e garantindo a informação para profissionais e usuários, por meio de ações individuais e coletivas de forma humanizada.	Nº de ações educativas individuais realizadas na farmácia municipal	Sem linha base			100	Nº absoluto	50	50	0	0
		Nº de ações de educação em saúde (coletivas) à população e trabalhadores realizadas	Sem linha base			08	Nº absoluto	08	08	08	08

**OBJETIVO:** Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde através das ações e serviços da **Vigilância Sanitária**, tais como: prevenção, identificação e controle de riscos oriundos da população e consumo de bens e serviços.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Realizar o monitoramento da qualidade da água para consumo humano nos sistemas de abastecimento de acordo com os parâmetros estabelecidos na diretriz nacional do Programa de Vigilância da Água de Consumo Humano - VIGIAGUA	Proporção de amostras de água com presença de <i>Escherichia coli</i> , em soluções Alternativas Coletivas.	2	2021	%	0	%	2	0	0	0
		Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	95	2021	%	98	%	95	96	97	98
02	Garantir as ações da Vigilância Sanitária Municipal	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitárias consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	100	2021	%	100	%	100	100	100	100

03	Aumentar a proporção de estabelecimentos cadastrados, sujeitos às ações de Vigilância Sanitária	Percentual de aumento de estabelecimentos novos castrados	Sem linha base			15	%	5	10	10	15
04	Manter o atestado de conformidade do estabelecimento com relação às condições sanitárias estabelecidas em legislação federal, estadual e municipal	Percentual de estabelecimento com atestado de conformidade	Sem linha base			100	%	100	100	100	100

**OBJETIVO:** Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde através das ações e serviços da **Vigilância Epidemiológica**, como: prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, controle das doenças transmissíveis, monitoramento dos agravos de relevância epidemiológica, alimentação e análise dos sistemas de informação.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Manter a cobertura do calendário básico de vacinação das crianças.	Percentual de 3ª doses aplicadas de Pólio e Penta valente em menores de 1 ano (Indicador Previne Brasil)	Sem linha base			85	%	85	85	85	85

		% de vacinas aplicadas de acordo com calendário vacinal	Sem linha base			85	%	85	85	85	85
02	Reduzir o número mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Número de mortes prematuras (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	27	2021	Taxa	27	Nº absoluto	27	27	26	25
03	Manter a cobertura vacinal de Influenza da população idosa.	Percentual de idosos vacinados para influenza	90	2021	%	90	%	90	90	90	90
04	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95	2021	%	95	%	95	95	95	95
05	Aumentar a proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias	100	2021	%	100	%	100	100	100	100

06	Manter a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos coortes	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
07	Diminuir o número absoluto de casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Número de casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	4	2021	Nº absoluto	2	Nº absoluto	4	3	2	2
08	Manter zerado o número de casos de AIDS em menores de 05 anos.	Número de casos de AIDS em menores de 05 anos	0	2021	Nº absoluto	0	Nº absoluto	0	0	0	0
09	Reduzir a taxa de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil (0 a 11 meses e 29 dias)	4	2021	Taxa	2	Taxa	4	3	2	2
10	Realizar vigilância investigação dos óbitos infantis, fetais, maternos e de mulheres em idade fértil (10-49 anos) em determinado período e local de residência.	Percentual dos óbitos investigados (considerar o quadrimestre)	100	2021	%	100	%	100	100	100	100



11	Realizar ações de controle do vetor <b>Aedes aegypti</b>	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	6	2021	Nº absoluto	6	Nº absoluto	6	6	6	6
		Realizar quatro LIRAA (Levantamento Rápido do Índice de Infestação por Aedes aegypti) ao ano	Sem linha base			4	Nº absoluto	4	4	4	4
12	Manter a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	95	2021	%	95	%	95	95	95	95
13	Garantir a realização dos exames anti-HIV realizados nos casos novos de tuberculose.	Percentual de exames de HIV realizados em casos novos de tuberculose	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
14	Monitorar as ações de saúde de prevenção a gravidez na adolescência e IST's	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	15	2021	%	12	%	14	13	12	12

**OBJETIVO:** Aprimorar da **Rede de Atenção às Urgências**, com adequação e qualificação do Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), articulada às outras redes de atenção.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Manter a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	Percentual de cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	100	2021	%	100	%	100	100	100	100
02	Proporcionar capacitações para os profissionais da equipe do SAMU – momentos de educação permanente	Percentual de profissionais do SAMU capacitados (Atendimento Pré-Hospitalar)	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
03	Tornar os profissionais do SAMU multiplicadores de conhecimento sobre Atendimento Pré-Hospitalar para as equipes de Saúde da Atenção Primária a Saúde	Nº de capacitações realizadas pelos profissionais do SAMU aos profissionais da APS	Sem linha base			4	Nº	1	1	1	1

04	Instituir ações de orientação e divulgação sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) a comunidade	Nº de ações (orientação e divulgação) realizadas	Sem linha base			4	Nº	1	1	1	1
05	Manter estrutura física da base descentralizada do SAMU municipal melhorada e ampliada	% base do SAMU mantida	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
06	Implantar o projeto "Samuzinho"	% de implantação do projeto	Sem linha base			100	%	100	100	100	100

**OBJETIVO: Qualificar e ampliar a oferta de serviços especializados e de apoio diagnóstico de maior densidade tecnológica a população (consultas e exames especializados, serviços médicos e hospitalares) através do Centro de Diagnóstico e Reabilitação Tigre – Policlínica.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Aumentar o número de indivíduos atendidos por fisioterapeuta na Policlínica	Nº de pessoas contempladas com sessões de fisioterapia	Sem linha base			3.220	Nº absoluto	800 anual	800	800	820
02	Aumentar a oferta de exame Eletrocardiograma (ECG) realizado na Policlínica	Nº de pessoas contempladas com ECG	Sem linha base			1.380	Nº absoluto	330 anual	340	350	360
03	Aumentar o número de atendimentos médicos realizados na policlínica (consultas e pequenos procedimentos)	Nº de atendimentos médicos realizados na Policlínica	Sem linha base			100	Nº absoluto	96 anual	98	100	100

**DIRETRIZ Nº5: “Saúde abrange o direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...)"**. Sérgio Arouca, 1986.

**(Tema central: Democracia e saúde: saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS)**

**OBJETIVO: Ampliar a oferta de serviços de saúde a população, garantindo assistência universal, integral e equânime apoiando os serviços de saúde através de recursos alocados no Fundo de Saúde e destinado ao município por meio de Planejamento em Saúde.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Aumentar as estratégias de captação de recursos advindos através de Emenda Parlamentar	Número de projetos/propostas contemplados através de Emenda Parlamentar	100.000	2021	Valor	10	Nº absoluto	2	2	3	3
02	Garantir a adesão de Programas e Projetos da União e/ou Estado, visando ampliar a oferta de serviços de saúde.	Número de Programas e Projetos cadastrados, contemplados e aderidos.	Sem linha base			4	Nº absoluto	1	1	1	1
03	Garantir que os instrumentos de gestão: Programação Anual de Saúde (PAS) e o Plano Municipal de Saúde sejam elaborados em tempo hábil e aprovados pelo CMS.	% de instrumentos de gestão (PMS, PAS) elaborados e aprovados pelo CMS em tempo hábil	100	2021	%	100%	%	100	100	100	100

**OBJETIVO: Garantir o funcionamento da unidade administrativa e do gabinete da Secretaria Municipal de Saúde**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Garantir revisões e manutenções preventivas e corretivas dos veículos da SMS	Número de revisões e manutenções preventivas e corretivas realizadas	100	2021	%	46	Nº absoluto	10	12	12	12
02	Manter o registro de inspeção veicular anual de todos os veículos de transporte coletivos e ambulâncias.	Número de inspeções veiculares de transporte coletivos e ambulâncias	Sem linha base			16	Nº absoluto	04	04	04	04
03	Garantir anualmente as revisões e manutenções corretivas e preventivas nos equipamentos.	Nº de revisões e manutenções nos consultórios dentários.	Sem linha base			32	Nº absoluto	08	08	08	08
		Nº de revisões e manutenções nos equipamentos médico-hospitalares.	Sem linha base			32	Nº absoluto	08	08	08	08
		Nº de revisões e manutenções nos ar-condicionado.	Sem linha base		2 ao ano 56 por ar	112	Nº absoluto	112	112	112	112
04	Organizar e manter o arquivo morto da SMS	% do arquivo morto organizado	Sem linha base			100	%	100	100	100	100

05	Organizar e manter o arquivo morto da SMS	% arquivo morto organizado	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
06	Adquirir e manter serviços modernos e ágeis através de sistema que interligue a SMS aos demais serviços de saúde sob gestão pública municipal	Nº de sistema (s) e serviço(s) adquirido(s) e mantido (s)	Sem linha base			01	Nº absoluto	01	01	01	01
07	Qualificar o gerenciamento dos encaminhamento as especialidades reguladas pelo SISREG e GERCON	% de encaminhamentos realizados com protocolo base preenchido	85	2021	%	100	%	100	100	100	100
08	Realizar revisão semestral dos encaminhamentos para GERCON	% encaminhamentos GERCON revisados	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
09	Manter sequencia ordinária na lista de procedimentos e atendimentos eletivos, agendados pela SMS	% procedimentos e atendimentos eletivos, agendado mantidos conforme sequencia ordinária pela SMS	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
10	Manter o quadro de pessoal em número adequado para manter os serviços, através de contratos.	Nº de contratos realizados, mantidos/renovados.	90	2021	%	30	Nº absoluto	30	30	30	30

11	Implantar e manter nas equipes o a agendamento de exames	Nº de equipes com agendamento de exames (in loco)	Sem linha base			02	Nº absoluto	02	02	02	02
12	Manter a seção de Planejamento e Gestão, com profissionais com perfil para a função	Nº de profissionais mantidos	Sem linha base			01	Nº absoluto	01	01	01	01

<b>OBJETIVO: Qualificar a infraestrutura, tecnologias clínicas e frota da Secretaria de Saúde.</b>											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Adequar a estrutura física das unidades básicas e outras infraestruturas que abriguem serviços de saúde, através de Construções, Ampliações e/ou Reformas.	Nº de estrutura (s) ampliada (s)	-	-	-	01	Nº absoluto	0	01	0	0
		Nº de estrutura (s) construída (s)	-	-	-	02	Nº absoluto	01	01	0	0
02	Manter a frota de veículos utilizados para o transporte	Nº de carros mantidos (considerar todos as categorias)	12	2021	Nº absoluto	12	Nº absoluto	12	12	12	12



	das equipes de saúde, pacientes e urgência/emergência, renovando sempre que necessário	Nº de carros adquiridos	01	2021	Nº absoluto	01	Nº absoluto	01	0	0	0
--	--	-------------------------	----	------	-------------	----	-------------	----	---	---	---

**OBJETIVO: Qualificação da gestão do SUS por meio dos mecanismos de regulação, controle e avaliação.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Manter abastecimento mensal do SIA/SUS ou sistema que venha a substituí-lo	Percentual mensal de abastecimento do SIA/SUS (0=nada e 100% os 3 serviços)	Sem linha base			100	%	100	100	100	100
02	Manter quantitativo mínimo de treinamentos e capacitações de qualificação sobre Gestão SUS para as profissionais do setor	Nº de treinamentos e capacitações realizadas sobres sistemas da Gestão (SUS)	Sem linha base			02	Nº absoluto	02	02	02	02
03	Manter atualizado o Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Nº mínimo de atualizações	Sem linha base			48	Nº absoluto	12	12	12	12

**OBJETIVO: Manter contratos firmados e vigentes com os prestadores de serviços contratualizados ao SUS**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Manter convênio/contrato (de rateio) com o Consórcio Intermunicipal Vale do Jacuí para prestação de serviços de média e alta complexidade.	Percentual de convênio/contrato (de rateio) com o Consórcio Intermunicipal Vale do Jacuí	85	2021	%	100	%	100	100	100	100
02	Manter contrato hospitalar para custear plantão hospitalar médico clínico, gineco-obstetra e neopediátrico – 24 horas, assim como a prestação de serviço de hotelaria e medicamentoso aos pacientes oriundos da SMS ou plantão.	Percentual de plantão médico mantido (comparar a % 2021)	85	2021	%	100	%	100	100	100	100

**OBJETIVO: Aprimorar os mecanismos de transparência e comunicação com a sociedade fortalecendo as instâncias de controle e participação social.**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Realizar Conferência Municipal de Saúde conforme legislação	Nº de conferências realizadas no período	01	2019	Nº absoluto	01	Nº absoluto	0*	1	0	0
02	Realizar reuniões mensais do CMS e extraordinárias sempre que necessário	Nº de reuniões realizadas	100	2021	%	48	Nº absoluto	12	12	12	12
03	Manter atualizado o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS	Nº de atualizações	01	2019	Nº absoluto	04	Nº absoluto	01	01	01	01
04	Atingir/manter respostas das demandas recebidas na Ouvidoria do SUS Regional e Municipal	Proporção de respostas das demandas recebidas via ouvidoria do SUS Regional/Municipal	100%	2021	%	100	%	100	100	100	100

0\* = Ver se será necessário realizar, ou se poderá ser realizada em 2023, conforme legislação.

**OBJETIVO: Participar do processo de Descentralização e Regionalização da Saúde**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano (2022- 2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
01	Participar das reuniões da CIR ordinárias e extraordinárias	Número de reuniões participadas	Sem linha base			12	Nº absoluto	12	12	12	12