

Prefeitura Municipal de Santo Antônio da Patrulha

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Período 2022 a 2025



**PREFEITURA MUNICIPAL
SANTO ANTÔNIO
DA PATRULHA**

*Prefeito Municipal:
RODRIGO GOMES MASSULO*

*Secretário Municipal da Saúde:
ANTONIO FERNANDO SELISTRE*

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO:

EQUIPE GESTORA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

| | |
|-----------------------------|---|
| Altemar Toson da Costa | Diretoria Técnica |
| Angelica de Melo Silveira | Coordenação Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde |
| Antonio Fernando Selistre | Secretário Municipal da Saúde |
| Arlete Gularte da Costa | Diretoria Administrativa |
| Daniela Guimarães Hablich | Responsabilidade Técnica Enfermagem |
| Denis Rocha | Responsabilidade Técnica Assistência Farmacêutica |
| George Luiz Antoniazzi | Responsabilidade Técnica e Coordenação Saúde Bucal |
| Graziela Denise Schmidt | Coordenação Transportes |
| Inês Teresinha Viana | Coordenação Higienização |
| Isabel Muller | Responsabilidade Técnica Fisioterapia |
| Luis Rogerio Carvalho Gomes | Coordenação Vigilância em Saúde |
| Marilize Lemos da Silva | Coordenação Atendimento ao Público |
| Patricia Ayumi Takagi | Coordenação Faturamento |
| Tais Pereira Munari | Responsabilidade Técnica Clínica |

COMISSÃO TÉCNICA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Daniela Guimarães Hablich | Conselheiro/Profissional de Saúde |
| Joy Luiz Gomes da Silva | Conselheiro/Gestão |
| Marcia Regina Maica Sparremberger | Conselheiro/Emater |
| Marcos Augusto Linden | Conselheiro /Acisap |
| Sonia Maria Cardoso Perlot | Conselheiro /Lions |

RELATORES

Altemar Toson da Costa,
Angelica de Melo Silveira,
Daniela Guimarães Hablich,
George Luiz Antoniazzi,
Joy Luiz Gomes da Silva e
Patricia Ayumi Takagi

Data da elaboração: Abril a setembro 2021



Sumário

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 4 |
| 2. APRESENTAÇÃO | 8 |
| 2.1. Mapas | 11 |
| 3. ANÁLISE SITUACIONAL..... | 14 |
| 3.1. Situação Demográfica..... | 14 |
| 3.2. Determinantes e Condicionantes da Saúde..... | 16 |
| 3.2.1. Condições de Habitação | 18 |
| 3.3. Dados de Morbimortalidade | 19 |
| 3.3.1. Principais causas de internação..... | 19 |
| 3.3.2. Principais causas de óbito..... | 20 |
| 4. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO | 21 |
| 4.1. Atenção Primária à Saúde..... | 21 |
| 4.1.1. Acessibilidade..... | 21 |
| 4.1.2. Das Unidades Básicas de Saúde:..... | 21 |
| 4.2. Da Policlínica Municipal:..... | 22 |
| 4.3. Do CAPS e Unidade Ambulatorial Especializada em Saúde Mental (AMENT):..... | 23 |
| 4.3.1. Do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial):..... | 23 |
| 4.3.2. AMENT - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental | 24 |
| 4.4. Da Vigilância e Promoção à Saúde: | 24 |
| 4.4.1. Vigilância Epidemiológica | 25 |
| 4.4.2. Vigilância Sanitária | 25 |
| 4.4.3. Vigilância Ambiental..... | 26 |
| 4.5. Da SAMU | 26 |
| 4.6. Do Hospital:..... | 26 |
| 5. DOMI's - DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES..... | 28 |
| 5.1. Bases para o Planejamento | 28 |
| 5.1.1. VIX Conferência Municipal De Saúde | 28 |
| 5.1.2. Plano de Governo..... | 29 |
| 5.2. DOMI's..... | 31 |
| 6. PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA | 41 |
| 6.1. PREVISÃO POR SUBFUNÇÃO | 41 |
| 6.2. PREVISÃO POR RÚBRICA | 41 |

1. INTRODUÇÃO

Desde a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) com a promulgação da constituição federal de 1988, onde a saúde passa a ser um direito do cidadão e um dever do Estado, e seu conceito adquire amplitude nas formas das condicionalidades de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, além do acesso aos serviços de saúde. A essência destas condicionalidades foi o reflexo do artigo 196 da constituição federal, em que: a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Sendo o SUS, um sistema complexo, que desenvolve ações desde a atenção básica até transplantes de órgãos necessitou para sua implantação da mesma dinâmica relacionada ao nível de dificuldades relacionada aos seus diversos níveis de atenção à saúde. Perpassando pela facilitação do acesso ao nível mais básico até o gerenciamento conforme a especificidade e complexidade exigida para o caso, e mesmo com toda dificuldade relacionada aos recursos disponíveis para a sua consolidação, hoje é tido como o maior sistema de saúde pública a nível mundial.

O SUS, regulamentado pela **Lei 8080/1990** e com participação popular definida pela **Lei 8142/1990**, foi operacionalizado em processo contínuo de aprimoramento, através da estruturação dos serviços e financiamento com a introdução das **NOB's (Norma Operacional Básica)** de 1991, 1992 e 1993, onde ficaram estabelecidas as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios pudessem assumir as responsabilidades dentro do Sistema. Foram instrumentos utilizados para a definição de estratégias a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS. As **NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde)** de 2001 e 2002 promoveram maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção através da conformação de redes articuladas e cooperativas de atenção referidas a territórios delimitados. **O Pacto pela Saúde de 2006: Pela Vida**, estabeleceu o compromisso entre os gestores SUS em torno de prioridades nacionais, estaduais, regionais ou municipais, com definição de metas e ações; **Em Defesa do SUS**, defesa dos princípios do SUS, qualificação do SUS como política pública; **De Gestão**, através de processo continuado de pactuação intergestores – responsabilidades sanitárias e diretrizes de gestão. A **Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC-29/2000)** definiu os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e estabeleceu as regras para o período de 2000 a 2004. O Artigo 198 da Constituição Federal já previa que, no final desse período, a referida Emenda fosse regulamentada por Lei Complementar, que seria reavaliada a cada cinco anos. Mas que na hipótese da não edição dessa Lei, permaneceriam válidos os critérios estabelecidos na própria Emenda Constitucional. A **Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012** regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revogando dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993.

O Modelo Orçamentário Brasileiro estabelecido pela Constituição Federal de

1988, Art. 165 foi criado para permitir um maior controle social sobre sua elaboração. Nesse modelo, 3 leis de iniciativa exclusiva do Poder Executivo (Presidente da República, Governadores e Prefeitos) devem ser elaboradas e encaminhadas ao Poder Legislativo (Congresso Nacional, Assembleias Estaduais ou Distritais e Câmaras Municipais) para aprovação, estabelecendo programas e ações prioritárias para um determinado período, além de fixar o valor máximo gasto por cada um e de onde virão os recursos para pagá-los. Essas Leis são chamadas de Instrumentos Orçamentários. **Plano Plurianual (PPA)**, o qual é elaborado a cada quatro anos, deve conter o planejamento municipal para a área da saúde e as outras áreas do governo em médio prazo e longo prazo, a **Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)**, que tem como principal função definir quais são as prioridades governamentais para o próximo exercício (próximo ano de governo) com base nas metas que foram estabelecidas pelo governo no plano plurianual, e finalmente a **Lei do Orçamento Anual (LOA)** que deve conter obrigatoriamente uma base da previsão das receitas orçamentárias que devem ser recebidas pelo governo, principalmente através dos tributos pagos pelos contribuintes. Além disso, deve estabelecer uma programação de gastos para o próximo exercício, onde são estabelecidos detalhadamente todos os gastos previstos pelo governo para o próximo ano de mandato. É a lei orçamentária anual que permite que sejam colocadas em prática as ações pretendidas pelo governo que foram estabelecidas no plano plurianual.

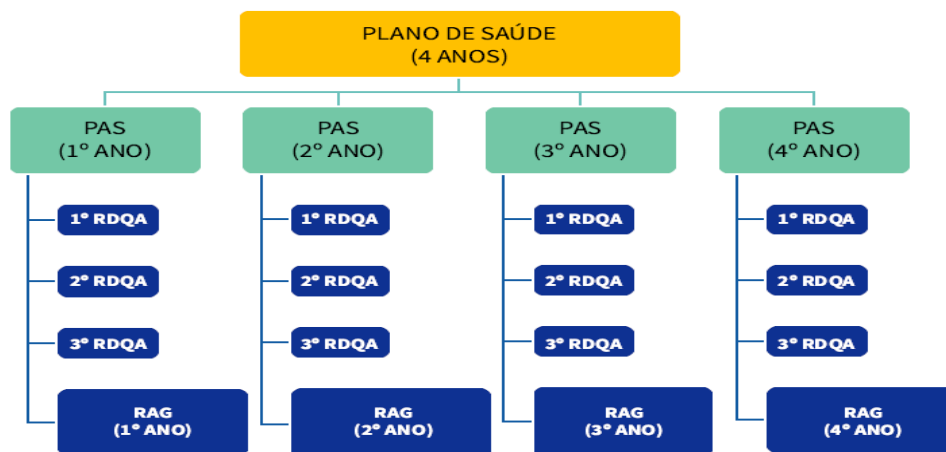
O SUS faz parte das ações definidas como de relevância pública, onde a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde são atribuídos ao poder público. A participação popular definida em lei específica estabelece a participação do povo na formulação e controle da política pública de saúde. É preciso sempre valorizar esse espaço e é responsabilidade do gestor municipal do SUS garantir que a discussão se dê em seu Município de forma ampla, transparente e ascendente, ou seja, a partir da Conferência Municipal de Saúde, e que dessas reflexões surjam avaliações e propostas consistentes que se traduzam em políticas públicas de saúde, que deverão constar no Plano Municipal de Saúde (PMS). Importante frisar que devem fazer parte destas reflexões uma apreciação das decisões aprovadas em Conferências anteriores, analisando-se em separado o que foi cumprido e o que não foi revendo no atual cenário se as demandas levantadas anteriormente permanecem ou não, tendo o cuidado de descartar questões que não respeitem princípios legais na aprovação das propostas apontadas.

O(s) Conselho(s) de Saúde, foram criados pela Lei 8142/90, e o **Conselho Municipal de Saúde (CMS)** pela Lei 2495/92, em caráter permanente e deliberativo. Propõem e acompanham as ações relativas à Saúde local, além de controlar e fiscalizar o bom uso dos recursos, democratizando as decisões. Eles devem ser paritários e tripartites em conformidade com a Lei 8142/90 que determina que 50% de suas vagas devem ser ocupadas por usuários e 50% pelos representantes dos governos, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde. As **Conferências Municipais de Saúde** são de extrema importância para o bom funcionamento da gestão municipal, por meio dela é possível avaliar a situação de saúde do município e propor diretrizes para a formulação da política de saúde. Prevista na Lei nº 8142/90, a conferência deve acontecer a cada quatro anos e contar com a representação dos vários segmentos sociais, seu produto expressará as necessidades de saúde daquela população e servirá de base para a construção do **Plano Municipal de Saúde (PMS)**. O PMS é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde para o período de quatro anos. Nele, apresentam-se os compromissos do governo para o setor saúde. A partir de uma análise situacional das necessidades de saúde da população e das especificidades intramunicipais, o PMS estabelece diretrizes, objetivos e metas de médio prazo, que orientam as ações que serão executadas nas Programações

Anuais de Saúde. O Plano Municipal de Saúde é elaborado no primeiro ano de cada gestão, sua execução inicia-se a partir do segundo ano da gestão em que foi elaborado, e finalizando no primeiro ano da gestão subsequente. O plano deve ser formulado em consonância com os demais instrumentos de planejamento governamental, em especial o Plano Plurianual (PPA). A **Programação Anual de Saúde (PAS)** constitui importante peça de gestão que operacionaliza as intenções expressas no Plano Municipal de Saúde (PMS), tendo por objetivo anualizar as metas do Plano e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

Como pode ser percebida, toda a complexidade da política de saúde, de planejamento e de investimentos na área da saúde necessita de uma prestação de contas efetiva, transparente, fiscalizada pelo Conselho Municipal de Saúde e pela população.

A prestação de contas relativa aos exercícios, onde o **Sistema de Informação de Orçamento Público de Saúde (SIOPS)** é o principal instrumento de fiscalização, de avaliação e controle da execução da EC-29/2000, que visa conhecer a situação do financiamento e do gasto com ações e serviços públicos de saúde no Município, com realização a cada bimestre via sistema *on line* do Ministério da Saúde. O **DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP)** é um sistema de informação para o registro e monitoramento dos instrumentos de planejamento em saúde, que são o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS), o **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)** e o **Relatório Anual de Gestão (RAG)**, incluindo-se também a Pactuação Interfederativa de Indicadores. O planejamento em saúde é de responsabilidade individual dos entes federados, devendo ser desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo. Contar com instrumentos de planejamento vigentes e condizentes com a realidade local e com a capacidade de gestão, inclusive orçamentária, é uma das condições para que haja a transferência de recursos. O RDQA é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS. Deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, para aprovação do Conselho Municipal de Saúde e em audiência pública, na Casa Legislativa Municipal. O RAG reúne os 03 RDQA's do ano, e permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano Municipal de Saúde, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde e Audiência Pública, na Casa Legislativa Municipal. O Estado do Rio Grande do Sul, ainda utiliza o **MGS (Monitoramento da Gestão em Saúde)**, ferramenta eletrônica estadual utilizada para monitorar a gestão em Saúde e gerenciar as informações relativas à utilização dos recursos financeiros, com frequência quadrimestral, e aprovação Conselho Municipal de Saúde e Audiência Pública na Casa Legislativa.



A aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 (EC-95/2016), considerada pela ONU a medida econômica mais drástica contra os direitos sociais do planeta, o Teto de Gastos é questionado por diferentes setores da opinião pública, economistas do Brasil e do exterior e, inclusive, pelo FMI por seu anacronismo, e que alterou o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, em particular, partiu do pressuposto de que os atuais problemas econômicos são decorrentes do excesso de gastos públicos com a sociedade. Com esse diagnóstico, criou-se um clima alarmista que justificou a contenção de programas sociais e iniciativas redistributivas das últimas décadas, responsáveis pela redução, ainda que limitada, da enorme desigualdade social que a sociedade brasileira ainda enfrenta. Através dos artigos 101 a 105 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, proposto pela EC-95/2016, criou-se um teto orçamentário definido pela inflação do período, que retira a progressividade dos direitos sociais e a autonomia da sociedade brasileira e do Congresso Nacional de ajustar o gasto público às dimensões de suas prioridades e estratégias de desenvolvimento econômico e social, ferindo o ordenamento da Constituição de 1988. A EC-95/2-016 previu que durante os próximos 20 anos, o orçamento fosse acrescido apenas da variação inflacionária (IPCA) sobre o valor de 2016. Considerando a prática corrente, que transforma os pisos fixados em lei para despesas de saúde e educação em tetos, isso significa que mesmo que a receita e o PIB cresçam acima da inflação, não haverá aumento de recursos para essas áreas. Os danos gerados serão percebidos no decorrer dos próximos 20 anos, onde instituiu-se que os problemas econômicos estão relacionados a investimentos em saúde e educação, e não a dívida pública e seu regime de juros que representam, estes sim, a razão maior do comprometimento do orçamento da União, e ao mesmo tempo não fixou limites para as despesas financeiras do governo. Hoje a literatura e as experiências internacionais apresentam evidências do fracasso das medidas de restrição de gasto público ou austeridade fiscal como estratégia de enfrentamento da crise e retomada do crescimento, pelo contrário, cada vez mais são conhecidas experiências em que o reforço dos sistemas de proteção social gera maior rapidez na superação da crise, na retomada do crescimento e no combate ao desemprego. As questões relacionadas à Pandemia da Covid-19 são exemplo pontual, porém real de como o teto de gastos dificultou muitas ações necessárias no combate à situação de emergência em saúde pública, e mesmo assim vem sendo sustentada como essencial para manutenção da estabilidade econômica e fiscal.

Dando sequência é importante ressaltar o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), através de seus diversos programas, Estratégia de Saúde da Família (ESF); o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que são o foco principal das políticas de saúde, e consequente geração de crescimento muito significativo nos indicadores nesta área, com reflexos na eliminação e controle de doenças de grande impacto sobre a saúde da população e a redução da morbimortalidade infantil. Os desafios ainda são muitos e requerem cada vez mais conhecimento e habilidade para garantir o avanço para novos horizontes, que contemplem para uma resolutividade de 80-85% dos problemas de saúde da população na atenção básica, sem a necessidade de referenciar a outros níveis de atenção, e que por muitas vezes acabam sobrecarregando o sistema.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) aqui apresentado é o resultado do trabalho articulado, integrado e solidário da equipe de gestão da Secretaria da Saúde, do Conselho Municipal de Saúde, dos Profissionais, Prestadores de Serviços e Usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, fortalecendo assim a transparência e a participação social. É um instrumento de gestão de médio prazo, que baseado em

uma análise situacional, através dos indicadores de saúde e estatísticas populacionais define as intenções e resultados que orientarão a gestão municipal no período de 2022 a 2025, baseada em diretrizes, objetivos e metas. O objetivo deste é propor soluções para os problemas e demandas observando sempre as principais diretrizes do SUS: Acesso universal, igualitário e gratuito e, também subsidiar a elaboração do Plano Plurianual de Governo (PPA) para que haja alinhamento entre as ações estratégicas da Secretaria da Saúde com as ações intersetoriais do Plano de Governo e, posteriormente, com a sua execução orçamentária.

O presente PMS está em consonância com o programa de governo para os próximos 04 anos, o PPA, com os eixos estruturantes e seus objetivos apresentados e aprovados na Conferência Municipal de Saúde de 2021: EIXO 1: A atenção básica como porta de entrada do SUS, EIXO 2: O impacto da pandemia na saúde, EIXO 3: Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde.

Ressaltamos a contínua e crescente demanda com a escassez de recursos, principalmente gerada pela EC-95/2016, e para tal ressalta-se o planejamento para o bom uso dos recursos. O presente PMS se propõe a medir a qualidade do planejamento, a eficiência, a eficácia e a efetividade da Gestão, e embora seja elaborado para os próximos quatro anos, poderão ser feitos ajustes se a realidade alterar e novas necessidades surgirem, sempre assegurando ampla participação e diálogo democrático em todas as fases desses processos visto que a saúde é um bem de todos e todos devem contribuir para preservá-la.

2. APRESENTAÇÃO

Santo Antônio da Patrulha é um dos quatro primeiros municípios do Rio Grande do Sul. Com a colonização basicamente de origem açoriana, e no decorrer do tempo passou a ser ocupado também por italianos, alemães e poloneses.

Em 1760 foi elevado da condição de Freguesia, para em 1809, passar a Vila e, em 03 de abril de 1811 foi instalado o município de Santo Antônio da Patrulha. Recebeu essa denominação em função das patrulhas instaladas em seu território objetivando a cobrança de impostos para a Coroa.

Simultaneamente, Rio Grande, Rio Pardo e Porto Alegre, receberam a mesma condição formando assim os quatro municípios mais antigos do Rio Grande do Sul.

As origens desse povoado remontam à própria história do Estado. Com a fundação da Colônia de Sacramento em 1680, cresce o interesse dos colonizadores portugueses em povoar e defender o território meridional do Brasil. Por volta de 1736 é aberta por Cristóvão Pereira de Abreu a Estrada dos Tropeiros. Devido ao contrabando de gado que passava por essa estrada, surgiu um “Registro” ou “Guarda”, mais tarde chamada patrulha. Essa fiscalizava e cobrava impostos dos rebanhos que passavam por ali e seguiam para Sorocaba e Minas Gerais.

Esse aquartelamento é responsável por parte do nome do município, que antes se chamava Guarda Velha de Viamão. No início de 1743, se estabelece efetivamente na atual sede do município com “roças e casas”, Inácio José de Mendonça e Silva, que servia como soldado nessa “Guarda”. Ele e sua esposa, Margarida Exaltação da Cruz são considerados os fundadores do município, pois resolveram construir em suas terras uma Capela onde hoje se localiza a Pira, na Av. Borges de Medeiros. A Capela levava o nome de Santo Antônio, e, em volta dessa,

começa a surgir um povoado.

Em 1760, foi inaugurada a Capela Curada de Santo Antônio da Guarda Velha de Viamão, e no seu entorno passou a organizar-se uma vida administrativa e social. Esse núcleo que atendia todo o Litoral Norte e parte da Serra aos poucos foi crescendo e em 1809 participou da divisão do Estado em quatro municípios.

O Município de Santo Antônio da Patrulha dispõe de uma área territorial de 1.069 km², estando sua Sede a 57 metros do nível do mar, latitude sul -29,818 e longitude de -50, 52, constituindo-se em uma região denominada Litoral Norte, constituindo a microrregião homogênea do litoral setentrional do RS.

Santo Antônio da Patrulha limita-se ao norte com Rolante e Riozinho, ao sul com Viamão e Capivari, a leste com Osório e Caraá e, a oeste com Taquara, Glorinha e Gravataí.

Distante 82,7 km de Porto Alegre, através da BR 290 e da RS 30, que proporcionam ligação com a Capital e através do Município de Osório, com o centro do País, pela BR 101. Pela RS 474 ligação é com Rolante, Taquara e a serra gaúcha.

O Município de Santo Antônio é dividido por duas bacias hidrográficas. Na área plana, formada na grande planície lacustre, característica do Litoral Norte do RS, encontra-se a bacia do Rio Gravataí, cuja nascente localiza-se no banhado do Chicolomã, sendo alimentada por dois arroios que cortam a área urbana.

Originária no Município de Caraá, a bacia do Rio dos Sinos corta o Município com suas águas sendo utilizadas para agricultura e pecuária. A vegetação da região onde o município está localizado é composta por campos e mata subtropical.

O clima do município é caracterizado por uma temperatura média anual de 20°C, sendo a média das temperaturas máximas de 23,8°C, e a média das mínimas de 15,4°C. A temperatura máxima absoluta observada foi de 38,4°C e a mínima de 0°C. Quanto ao regime de chuvas, o mês mais chuvoso é o mês de setembro, sendo abril e maio os meses de menor precipitação.

Principais rodovias: BR290 (Free way), BR101, RS474, RS030, RS389 (Estrada do Mar) Distâncias rodoviárias de Santo Antônio da Patrulha:

- Porto Alegre: 82,7 Km (referência macrorregional)
- Osório: 28,9 Km (referência Hemodiálise)
- Tramandaí: 47,9 Km (referência Gestaçã o alto Risco, UTI Neonatal, UTI Adulto, Rede AVC)
- Capão da Canoa: 65 km (referência Urgências em Traumatologia, UTI Adulto, Psiquiatria a partir de 12 a 18 anos)
- Torres: 130 km (referência em UTI adulto)

A tabela abaixo é referente às distâncias da sede do Município e os distritos e localidades, e as condições de estradas e acessos:

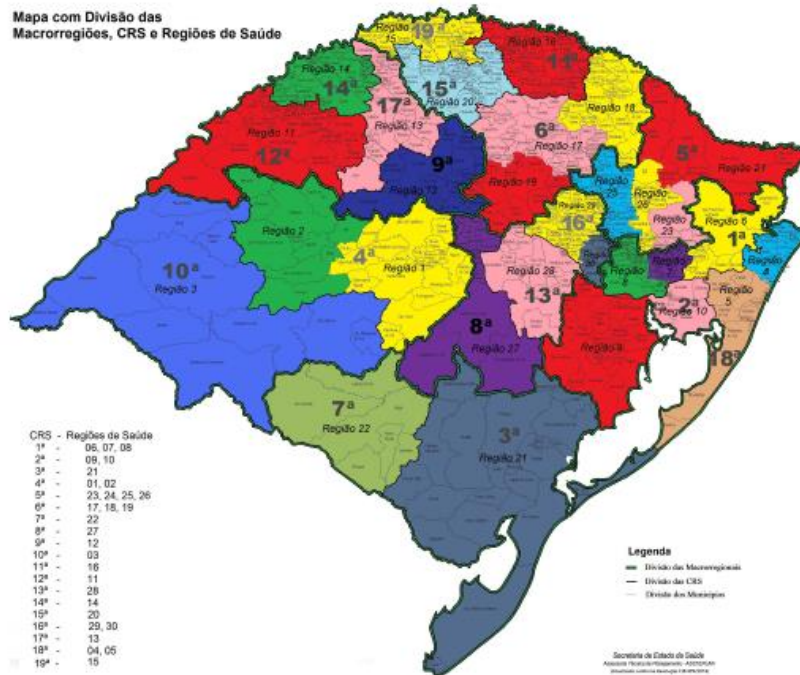
| Comunidade rural | Distância em km | Itinerário | Trafegabilidade |
|-------------------------|------------------------|-------------------|------------------------|
| Agasa | 18 | RS-030 | Pavimentada – boa |

| | | | |
|--------------------|----|---|-----------------------------|
| Alto Ribeirão | 22 | RS-030 – Agasa – Alto Ribeirão | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Arroio da Madeira | 10 | RS-474 – RS-240 – Taquaral | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Arroio do Carvalho | 6 | RS – Caraá | Vicinal – boa |
| Barro Vermelho | 5 | RS-030 | Pavimentada – boa |
| Barrocas | 30 | RS-474 – Morro Grande – Barrocas | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Boa Vista | 10 | RS-030 – Boa Vista | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Campestre | 15 | RS-474 | Pavimentada – boa |
| Canto Guilhermes | 15 | Monjolo – Canto dos Guilhermes | Vicinal – boa |
| Catanduva Grande | 20 | RS-474 – RS-240 – Taquaral | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Catanduvinha | 15 | RS-030 – Catanduvinha | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Chicolomã | 23 | RS-030 – Chicolomã | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Costa da Miraguaia | 22 | RS-030 – Costa | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Evaristo | 20 | Monjolo – Evaristo | Vicinal – boa |
| Imbiruçu | 30 | RS-030 – Costa – Imbiruçu | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Lagoa | 15 | RS-030 | Pavimentada – boa |
| Miraguaia | 18 | RS-030 | Pavimentada – boa |
| Montenegro | 20 | RS-030 – Montenegro | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Morro Agudo | 24 | RS-030 – Morro Agudo | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Morro Grande | 20 | RS-474 – Morro Grande | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Pinheirinhos | 20 | RS-474 | Pavimentada – boa |
| Portão | 12 | RS-030 | Pavimentada – boa |
| Rincão do Capim | 22 | RS-474 – Morro Grande – Rincão do Capim | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Roça Grande | 25 | RS-030 – Roça Grande | Pavimentada – Vicinal – boa |
| São José da Data | 28 | RS-474 – RS-240 – Taquaral | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Serraria Velha | 14 | RS-474 – RS-240 – Taquaral | Pavimentada – Vicinal – boa |

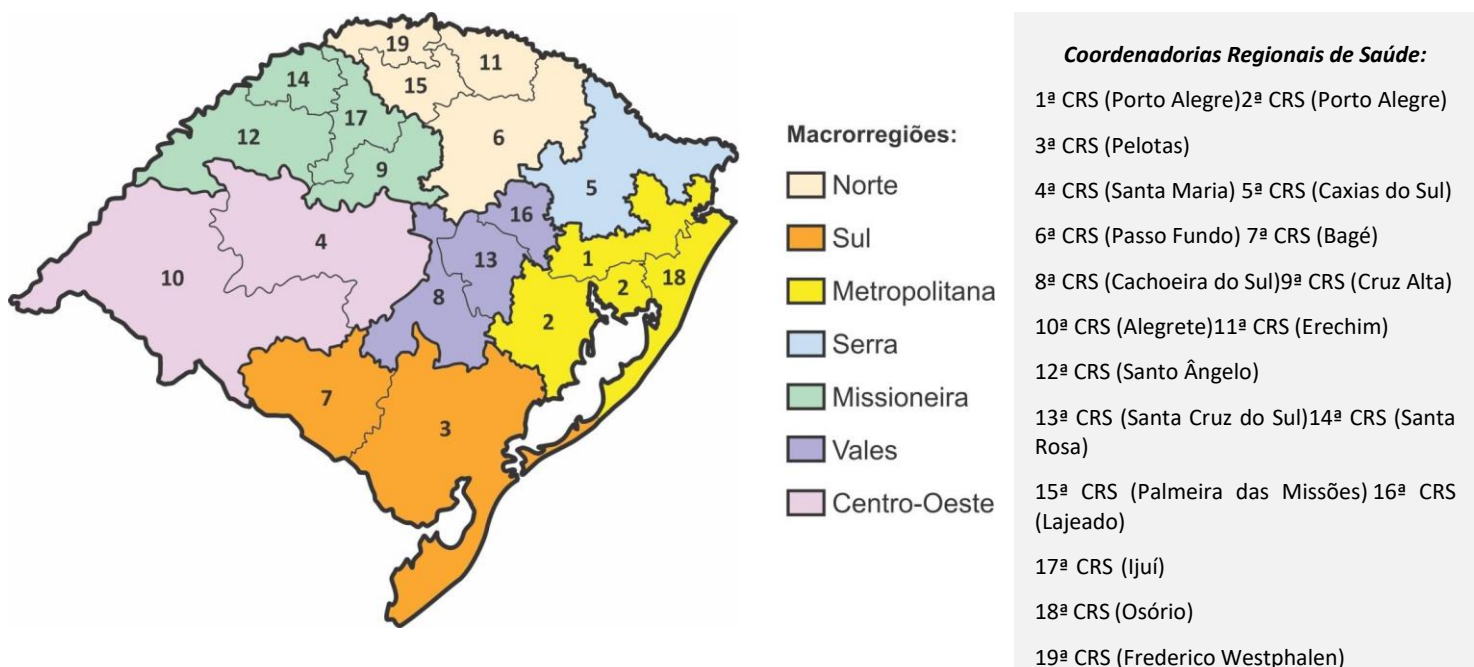
| | | | |
|---------------------|----|-------------------------------|-----------------------------|
| Sertão do Cantagalo | 25 | Monjolo – Sertão do Cantagalo | Vicinal – boa |
| Tapumes | 35 | RS-030 – Chicolomã – Tapumes | Pavimentada – Vicinal – boa |
| Vila Palmeira | 14 | RS-030 | Pavimentada – boa |

2.1. Mapas

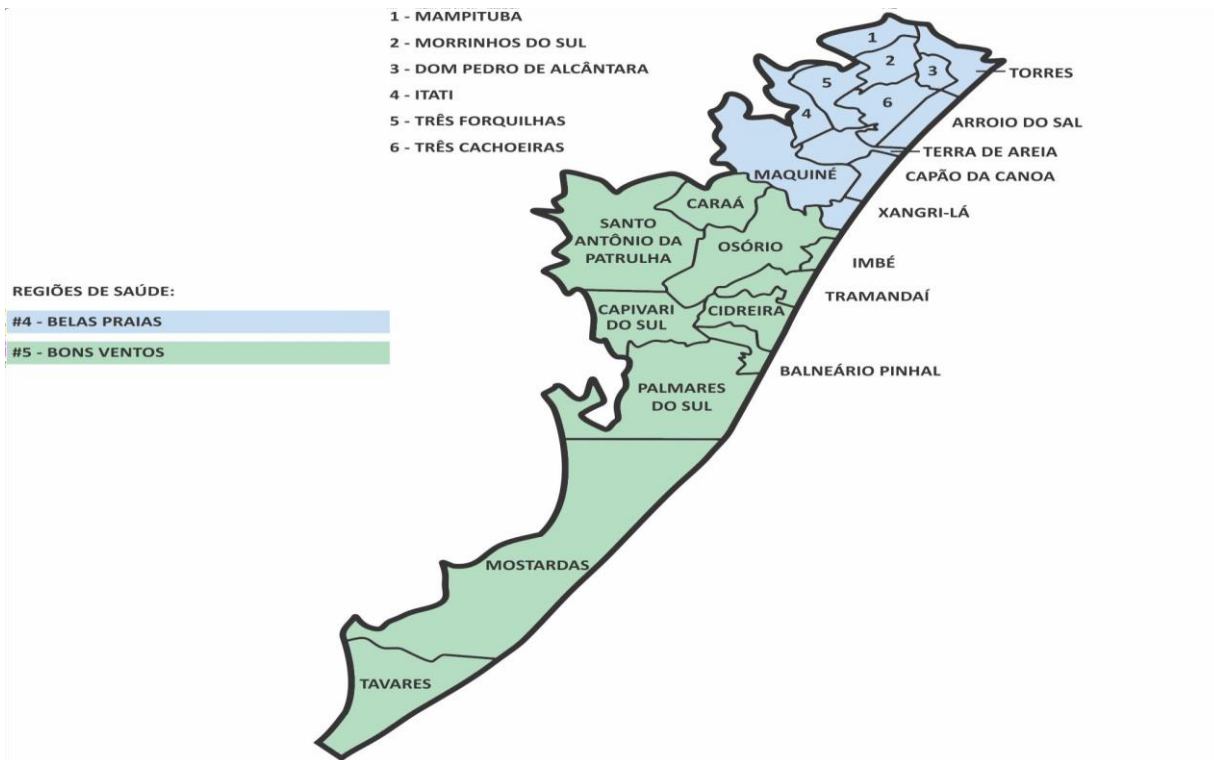
Mapa da região de Saúde Macro metropolitana



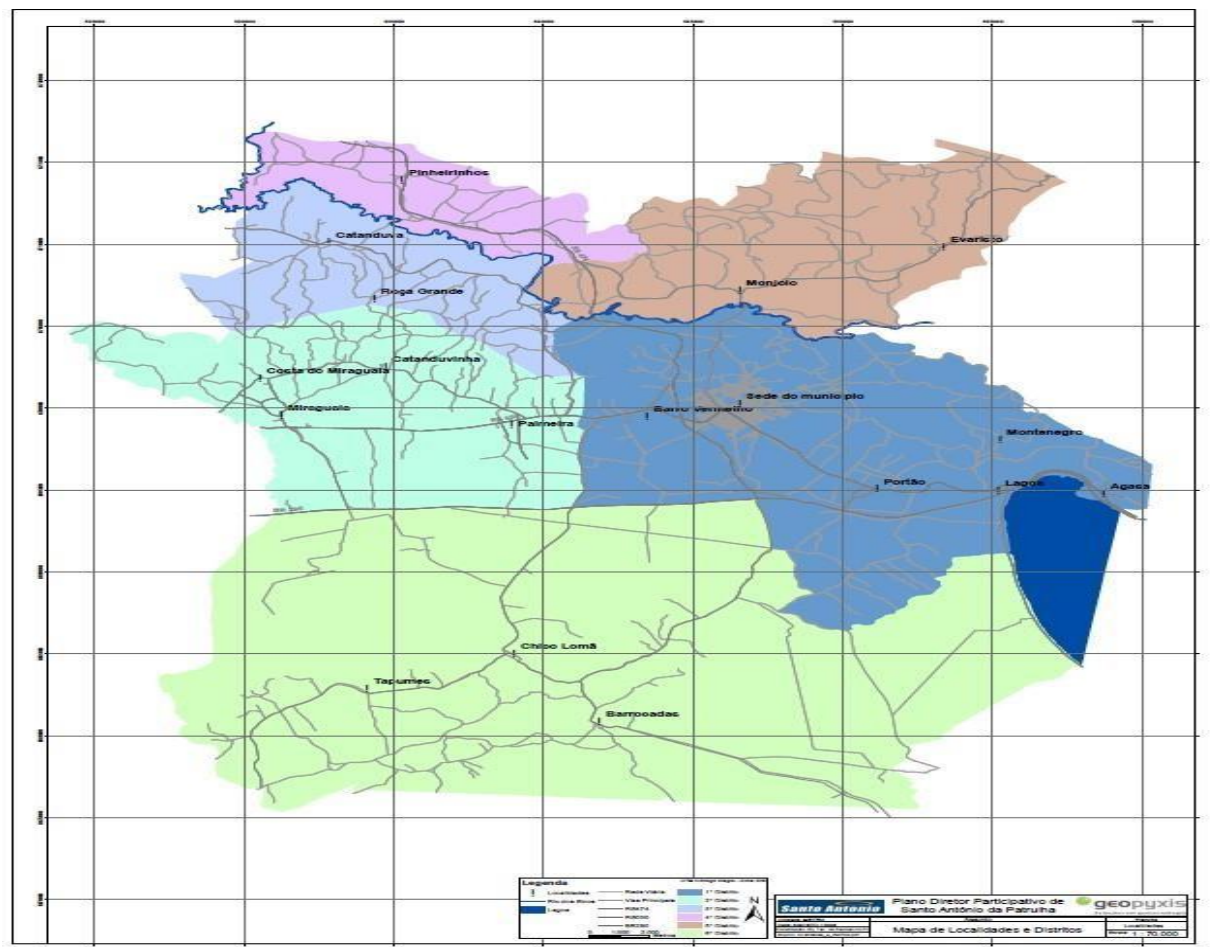
Mapa das regiões de saúde e Coordenadorias Regionais do estado do Rio Grande do Sul.



Mapa dos Municípios da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde do estado do Rio Grande do Sul.



Mapa de localidades e distritos de Santo Antônio da Patrulha.



3. ANÁLISE SITUACIONAL

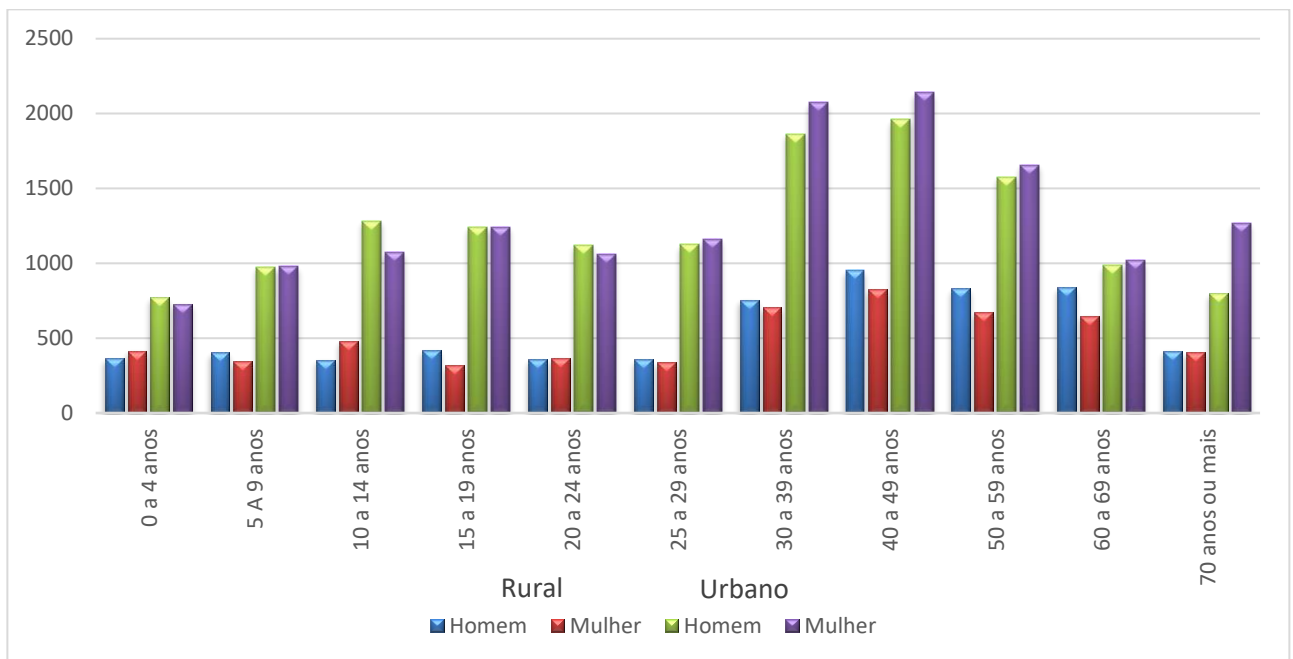
3.1. Situação Demográfica

| POPULAÇÃO | | |
|--------------------------------------|--------|---------------------|
| População estimada [2020] | 43.171 | peças |
| População no último censo [2010] | 39.685 | peças |
| População residente masculina [2010] | 19.756 | peças |
| População residente feminina [2010] | 19.929 | peças |
| Densidade demográfica [2010] | 37,80 | Hab/km ² |

Fonte: 2000-2020 Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE (Datusus/MS)

| População residente-Estudo de estimativas populacionais, por idade e sexo -2020 | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Idade | Homem | Mulher | Total | Percentual |
| 0 a 4 anos | 1305 | 1244 | 2549 | 5,91% |
| 5 A 9 anos | 1314 | 1240 | 2554 | 5,92% |
| 10 a 14 anos | 1262 | 1164 | 2426 | 5,62% |
| 15 a 19 anos | 1440 | 1332 | 2772 | 6,43% |
| 20 a 24 anos | 1577 | 1492 | 3069 | 7,12% |
| 25 a 29 anos | 1629 | 1553 | 3182 | 7,38% |
| 30 a 39 anos | 3004 | 3012 | 6016 | 13,95% |
| 40 a 49 anos | 2718 | 2938 | 5656 | 13,11% |
| 50 a 59 anos | 3067 | 3127 | 6194 | 14,36% |
| 60 a 69 anos | 2233 | 2255 | 4488 | 10,41% |
| 70 anos ou mais | 1847 | 2377 | 4224 | 9,79% |
| Total | 21396 | 21734 | 43130 | 100% |

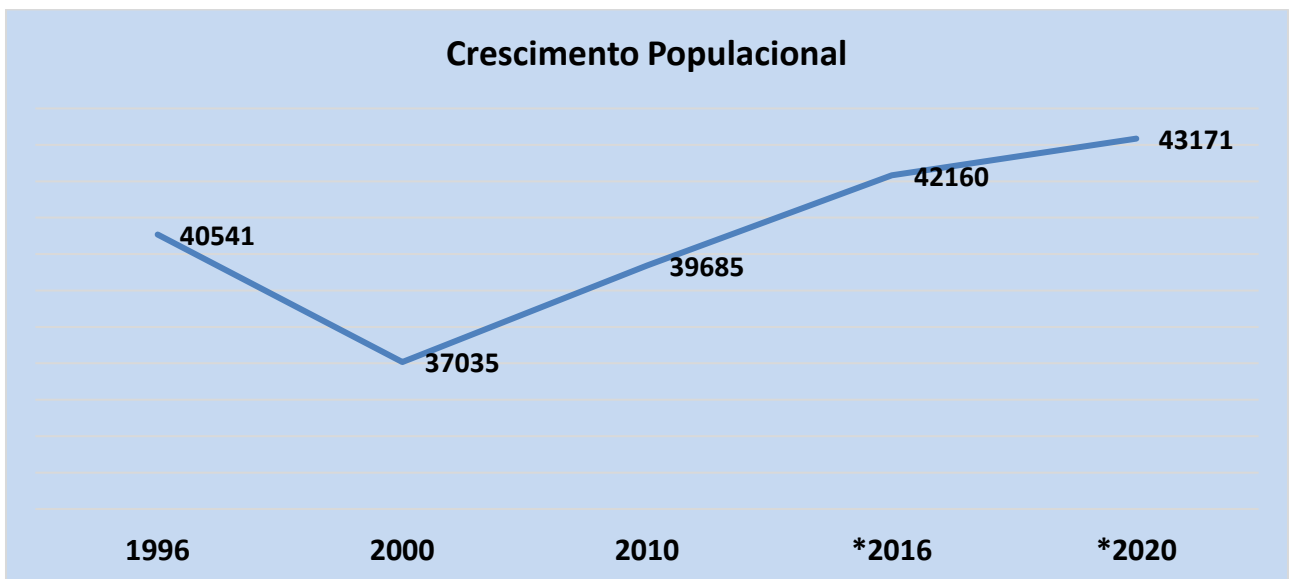
Fonte: IBGE



Fonte: IBGE 2010

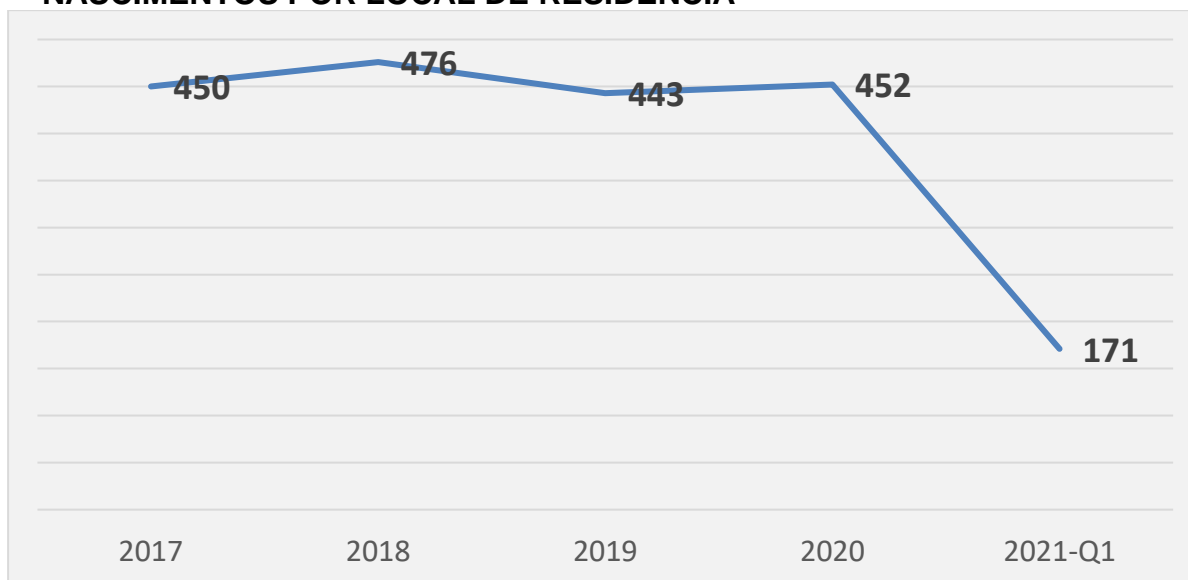


Fonte: IBGE 2010



*2016 e 2020 – População Estimada (Não houve censo)

NASCIMENTOS POR LOCAL DE RESIDÊNCIA



Fonte: DIGISUS - Relatório RDQA-1/2021

3.2. Determinantes e Condicionantes da Saúde

| EDUCAÇÃO | | |
|--|-------|------------|
| Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2018] | 96,9 | % |
| IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2019] | 6,0 | |
| IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2019] | 5,1 | |
| Matrículas no ensino fundamental [2018] | 4.772 | Matrículas |
| Matrículas no ensino médio [2018] | 1.268 | Matrículas |
| Docentes no ensino fundamental [2018] | 345 | Docentes |
| Docentes no ensino médio [2018] | 98 | Docentes |
| Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2018] | 40 | Escolas |
| Número de estabelecimentos de ensino médio [2018] | 5 | Escolas |

Fonte: 2000-2020 Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE (Datusus/MS)

| ECONOMIA | | |
|--|-----------------------|------------|
| PIB per capita [2018] | 29.889,94 | R\$ |
| Percentual das receitas oriundas de fontes externas [2015] | 67,1 | % |
| Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2017] | 0,717 | |
| Total de receitas realizadas [2020] | 156.922.138,80 | R\$ |
| Total de despesas empenhadas [2020] | 137.950.652,26 | R\$ |

Fonte: 2000-2020 Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE (Datusus/MS)

| Produto Interno Bruto dos Municípios - 2013 | |
|---|------------|
| Agropecuária | 72931,944 |
| Indústria | 316930,917 |
| Serviços ¹ | 238986,158 |
| Administração e Serviços Públicos | 141166,042 |
| Impostos | 116376,482 |

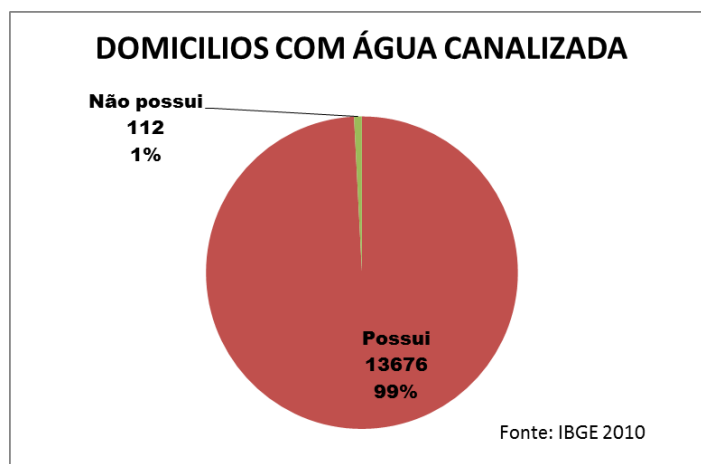
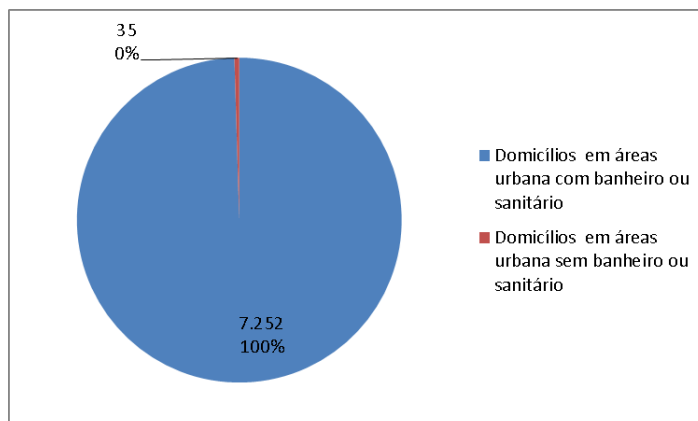
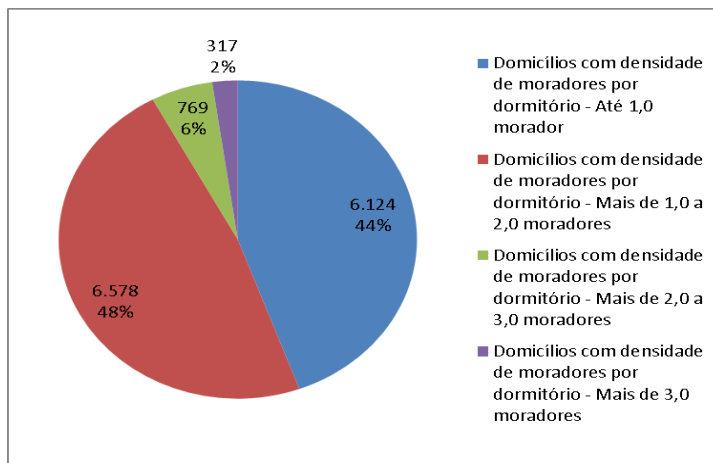
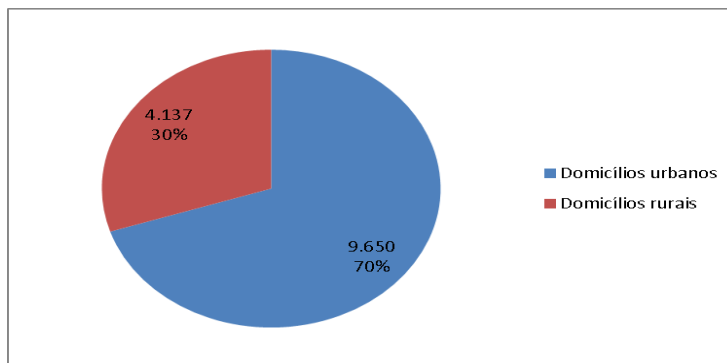
Fonte: IBGE, Cadastro Central de Empresas 2014.

| SAÚDE | | |
|---------------------------------|-------|--------------------------------|
| Mortalidade infantil [2020] | 11,11 | Óbitos por mil nascidos vivos |
| Internações por diarreia [2020] | 0,14 | Internações por mil habitantes |
| Estabelecimentos de Saúde SUS | 15 | Estabelecimentos ativos |

Fonte: Datasus - Tabnet

| TERRITÓRIO E AMBIENTE | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------|
| Área de unidade territorial [2020] | 1.049,583 | Km ² |
| Esgotamento sanitário adequado [2010] | 70,5 | % |
| Arborização de vias públicas [2010] | 79,6 | % |
| Urbanização de vias públicas [2010] | 21,8 | % |
| Bioma [2019] | Mata Atlântica; Pampa | |
| Mesorregião | Metropolitana de Porto Alegre | |
| Microrregião | Osório | |

3.2.1. Condições de Habitação



| DOMICÍLIOS COM: | | | |
|--|--------|-------|---|
| Rádio | 12.576 | 91,22 | % |
| Televisão | 13.236 | 96,00 | % |
| Máquina de lavar roupa | 8.359 | 60,63 | % |
| Geladeira | 13.394 | 97,15 | % |
| Telefone celular | 12.662 | 91,84 | % |
| Telefone fixo | 2.222 | 16,12 | % |
| Microcomputador | 3.977 | 28,85 | % |
| | | | |
| Microcomputador - com acesso à internet | 2.594 | 18,81 | % |
| Motocicleta para uso particular | 2.924 | 21,21 | % |
| Domicílios com Automóvel para uso particular | 6.929 | 50,26 | % |
| Alvenaria com revestimento | 6.996 | 50,74 | % |
| Alvenaria sem revestimento | 1.568 | 11,37 | % |
| Paredes de Madeira aparelhada | 4.840 | 35,10 | % |
| Paredes de Taipa revestida | 9 | 0,07 | % |
| Paredes de Taipa não revestida | - | 0,00 | % |
| Paredes de Madeira aproveitada | 330 | 2,39 | % |
| Paredes de Palha | - | 0,00 | % |
| Paredes de Outro Material | 45 | 0,33 | % |

3.3. Dados de Morbimortalidade

3.3.1. Principais causas de internação

| Capítulo CID-10 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 37 | 32 | 37 | 51 | 242 |
| II. Neoplasias (tumores) | 63 | 71 | 62 | 85 | 62 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 9 | 17 | 13 | 14 | 9 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 14 | 11 | 12 | 6 | 6 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 108 | 95 | 96 | 114 | 104 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 27 | 26 | 44 | 53 | 24 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 19 | 9 | 7 | 6 | 7 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 112 | 45 | 10 | 5 | 2 |
| VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 2 | 1 | 1 | 1 | - |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 135 | 60 | 95 | 65 | 31 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 67 | 118 | 84 | 94 | 63 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 11 | 9 | 17 | 24 | 8 |
| XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 12 | 15 | 8 | 9 | 8 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 71 | 58 | 52 | 51 | 44 |
| XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas | 80 | 104 | 83 | 107 | 99 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 101 | 117 | 126 | 132 | 119 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 11 | 14 | 17 | 14 | 6 |
| XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 5 | 7 | 3 | 6 | 3 |
| XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 11 | 9 | 8 | 7 | 8 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | - | - | - | - | - |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | 11 | 29 | 26 | 13 | 10 |
| CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido | - | - | - | - | - |
| TOTAL | 906 | 847 | 801 | 857 | 855 |

3.3.2. Principais causas de óbito

| Capítulo CID-10 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--|------------|------------|------------|
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | - | - | - |
| VII. Doenças do olho e anexos | - | - | - |
| VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide | - | - | - |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 1 | - | - |
| XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas | - | - | - |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | - | - | - |
| XXII. Códigos para propósitos especiais | - | - | - |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 89 | 82 | 83 |
| II. Neoplasias (tumores) | 63 | 67 | 73 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 26 | 31 | 29 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 37 | 38 | 29 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 41 | 30 | 26 |
| XVIII. Sint sinais e achad anorm exames clín e laborat | 14 | 8 | 22 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 16 | 15 | 20 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 20 | 15 | 17 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 12 | 6 | 14 |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 7 | 5 | 13 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 4 | 3 | 7 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 2 | 8 | 2 |
| XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 3 | 3 | 2 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 3 | - | 1 |
| XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 5 | 1 | 1 |
| TOTAL | 343 | 312 | 339 |

4. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO

A Estrutura Física da Secretaria Municipal da Saúde - no momento de elaboração do presente Plano - é composta de 11 (onze) Unidades de Saúde, sendo dessas, 07(sete) Unidades Básicas de Saúde, 01(uma) Unidade de Vigilância e Promoção da Saúde, 01(uma) Unidade Especializada de Saúde (Policlínica Municipal), 01(uma) Unidade de CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial, 01 (uma) Unidade Ambulatorial Especializada em Saúde Mental.

No município, o usuário SUS conta ainda com o atendimento do Hospital Santo Antônio, atualmente administrado pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e com os serviços da SAMU.

4.1. Atenção Primária à Saúde

4.1.1. Acessibilidade

As consultas da rede básica do SUS são oferecidas por livre demanda e também por agendamento prévio. O acolhimento nas unidades de saúde é feito através da escuta do usuário, quanto as suas queixas, de modo a propiciar a resolutividade do motivo da busca pelo serviço.

As consultas de clínica geral são ofertadas no Posto de Saúde Central, através de agendamento prévio e livre demanda.

Nas Unidades de Saúde da Família é oferecido aos usuários o atendimento do médico de saúde da família, através de agendamento prévio e livre demanda.

O atendimento médico ginecológico é oferecido por agendamento prévio no Posto de Saúde Central mediante encaminhamento referenciado das outras unidades de saúde.

O atendimento de pré-natal é oferecido por agendamento prévio no Posto de Saúde de referência do usuário.

O atendimento médico pediátrico é oferecido ao usuário no Posto de Saúde Central através de encaminhamento referenciado das unidades de saúde, após avaliação do médico de saúde da família.

4.1.2. Das Unidades Básicas de Saúde:

- 04(quatro) estão localizadas na zona urbana, nos bairros: Centro, Várzea, Menino Deus e Bom Princípio;

- 03(três) estão localizadas na zona rural, nas localidades: Miraguaia, AGASA (Ilha) e Vila Palmeira.

As Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), atualmente com 53 micro áreas, estão assim divididas:

- UBS Central
 - EACS Central
 - ESF Madre Teresa
- UBS Várzea
 - ESF Várzea I
 - ESF Várzea II
- UBS Menino Deus
 - ESF Menino Deus
- UBS Bom Princípio
 - ESF Bom Princípio
- UBS Miraguaia
 - ESF Miraguaia
- UBS Agasa
 - ESF Agasa
- UBS Vila Palmeira
 - ESF Vila Palmeira

Composição Padrão das Equipes das Unidades Básicas de Saúde:

| Cargo | Carga Horária |
|---------------------------------|---------------|
| Equipe Mínima | |
| Médico | 40h |
| Enfermeiro | 40h |
| Recepcionista | 40h |
| Auxiliar/Técnico de Enfermagem | 40h |
| Auxiliar de Serviços Gerais | 40h |
| Auxiliar de Farmácia | 40h |
| Agente Comunitário de Saúde | 40h |
| Com Saúde Bucal | |
| Cirurgião-Dentista | 40 h |
| Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal | 40h |

Composição Padrão da Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde:

| Mínima | |
|-----------------------------|--|
| Recepção e sala de espera | |
| Consultório Médico | |
| Consultório/Sala Enfermagem | |
| Farmácia | |
| Sala de esterilização | |
| Sala de procedimentos | |
| Copa | |
| Sanitários | |
| Expurgo | |
| Com Saúde Bucal | |
| Recepção Odontologia | |
| Consultório de Odontologia | |
| Opcional | |
| Sala de Imunizações | |
| Secretaria | |

| Serviços Oferecidos nas UBS's |
|--|
| Acolhimento |
| Verificação de PA e TAX e Medição Antropométrica |
| Teste rápido para Gravidez, Sífilis, Hepatite e HIV |
| Verificação de glicose |
| Curativo e Retirada de Pontos |
| Grupos de Gestantes, Portadores de Doenças Crônicas e Tabagismo |
| Consultas de Enfermagem, Clínica Geral, Ginecologia e Pediatria |
| Consultas e Procedimentos Odontológicos |
| Encaminhamentos a Atendimento Especializado |
| Medicamentos da Farmácia Básica |
| Vacinas |
| Atendimento Domiciliar |
| Pré-natal |
| Coleta de Exame Preventivo de Câncer de Colo do Útero e consultas de Saúde da Mulher |

4.2. Da Policlínica Municipal:

As consultas especializadas (média complexidade) disponíveis no município são agendadas, na Policlínica Municipal mediante encaminhamento de profissional médico da

Atenção Básica.

A Policlínica Municipal atualmente funciona junto ao Posto de Saúde Dr. Bonifácio José da Silva (Posto Central), atende a população residente fora da área de cobertura ESF, e oferece os seguintes serviços especializados de média e alta complexidade:

- Consultas com Fonoaudiólogo
- Consultas com Nutricionista
- Fisioterapia
- Assistência Farmacêutica
- Eletrocardiograma
- Teste da linguinha
- Teste da orelhinha

Para as demais especialidades médicas de média complexidade não oferecidas pela Secretaria, o paciente é encaminhado, junto à central de marcação de consultas no Posto de Saúde Central, com encaminhamento de profissional médico da Atenção Básica.

4.3. Do CAPS e Unidade Ambulatorial Especializada em Saúde Mental (AMENT):

4.3.1. Do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial):

Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que fragilizam os laços sociais. O CAPS Sempre Viva é referência para o Município de Caraá.

Corresponde a modalidade CAPS I, em concordância com o nível populacional do Município, a oferta dos serviços é de base comunitária, constituídos por equipe multiprofissional, cujo foco principal é o atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e as iniciativas de reabilitação psicossocial em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Também devem assistir as pessoas com necessidades decorrentes do uso nocivo e dependência de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

A proposta terapêutica dos CAPS é estruturada a partir de um projeto terapêutico singular elaborado por equipe interdisciplinar, a qual deve manter constante diálogo e articulação com a Atenção Primária em Saúde do seu território para a oferta de cuidados, como atendimentos individuais, visitas domiciliares, atendimento à família, realização de oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e em grupo, sendo esses os principais recursos do serviço dentro do paradigma da desinstitucionalização.

Equipe Mínima (Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002)

CAPS I

- 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental.
- 1 enfermeiro
- 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- 4 profissionais de nível médio: Técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Atualmente, a equipe do CAPS é composta por:

- 03 psicólogos (40 horas semanais)
- 01 médico com formação em saúde mental (20 horas semanais)
- 02 auxiliares administrativos (estagiários recepção 30 horas semanais)
- 01 assistente social - Coordenadora (40 horas semanais)
- 01 técnico de enfermagem (36 horas semanais)
- 01 oficinaira de artes (8 horas semanais)
- 01 estagiária de educação física (30 horas semanais)
- 01 serviços gerais (40 horas semanais)

4.3.2. AMENT - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental

A Portaria n.º 3588/2017 (Art. 50-J) institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituindo estratégia para atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados.

Considerando a necessidade de ampliação dos atendimentos, por conta da demanda reprimida de atendimento de saúde mental, a quantidade significativa de psicotrópicos dispensados, o alto índice de suicídio e internações psiquiátricas no Município de Santo Antônio da Patrulha, foi implantado no mês de julho de 2020 a AMENT, caracterizado enquanto um serviço de média complexidade em saúde mental. Este serviço tem o intuito de dar maior potência e volume aos atendimentos de base comunitária; ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias diminuindo, assim, a lacuna assistencial que domina parte considerável dos territórios.

A constituição da Equipe AMENT Tipo 3, de acordo com a Nota Técnica nº 01/2020 de ser:

- 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais),
- 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais),
- 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e
- 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais).

Na atual conjuntura a AMENT está composta por esta equipe técnica, porém a carga horária do médico psiquiatra é dividida entre dois profissionais e, devido a ineficiência estrutural, dois psicólogos atendem na sede do CAPS. Como apoio administrativo e de infraestrutura compõe a equipe uma recepcionista e uma profissional para realização de serviços gerais.

A inclusão das equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental na RAPS, desde que alinhada ao paradigma da atenção psicossocial, propicia mais uma ferramenta de cuidado e apoio para a Atenção Primária em Saúde. Há a possibilidade de inclusão dos usuários que não apresentam o perfil de necessidade com maior intensidade de cuidado especializado, como o ofertado pelo CAPS, porém extrapolam o escopo de ação da Atenção Primária em Saúde.

A mesma Nota Técnica sugere que a equipe da AMENT possa destinar, no mínimo, 20% da sua carga horária para o matriciamento, ampliando gradualmente, uma vez que um dos focos essenciais da equipe é o suporte e construção conjunta com a rede das ações que serão desenvolvidas. Esta lógica de ambulatório está em processo de implantação no Município.

4.4. Da Vigilância e Promoção à Saúde:

A vigilância em saúde faz parte da vida de todos. Na alimentação em casa, restaurante, bar ou lancheria; na procura por serviço de saúde; quando nos preocupamos com doenças transmitidas por animais; no consumo de algum medicamento ou vacina; no ato de beber água ou em momentos tão especiais como nascimento ou óbito. Em todos esses atos, estão as ações e as equipes de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde (SEMSA). A Vigilância em Saúde é estruturada em três áreas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental em Saúde, além da Vigilância da Saúde do Trabalhador, que ainda não está estruturada, as atribuições desta estão vinculadas a vigilância epidemiológica, pois cabe somente realizar as notificações e investigações de acidentes no trabalho.

4.4.1. Vigilância Epidemiológica

Responsável pelas ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

O Departamento de Vigilância Epidemiológica tem como objetivo alimentar os sistemas de informação (SINAN, SIM, SINASC, SIPNI) Investigação de óbitos maternos e infantis, mulheres em idade fértil; distribuição de preservativos; atendimento de pacientes e distribuição de medicamentos para as ISTs /HIV, Tuberculose, Hepatites, Hanseníase, distribuição de vacinas e insumos, coordenação de campanhas de vacinação.

Além de realizar análises que permitam o monitoramento do quadro epidemiológico do município e subsidiem a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde.

A vigilância é hoje uma ferramenta metodológica importante para a prevenção e controle de doenças em saúde pública. Não existem ações de prevenção e controle de doenças com base científica que não estejam estruturadas sobre sistemas de Vigilância Epidemiológica.

Vigilância e investigação de doenças infecciosas, assim como de seu controle, sejam de casos isolados ou de surtos, são inseparáveis em conceito e em ação, uma inexiste na ausência da outra. Constituem, sem dúvida, as ações fundamentais e imprescindíveis de qualquer conjunto de medidas de controle de doenças infecciosas e adquirem hoje uma importância fundamental.

Tem sua equipe composta por 02 Enfermeiros, 02 Auxiliares de Enfermagem e 01 Técnico de Enfermagem.

As ações de monitoramento da pandemia da COVID-19 no município estão sendo coordenadas pela Vigilância Epidemiológica.

4.4.2. Vigilância Sanitária

As ações de **Vigilância Sanitária** (VISA) devem promover e proteger a saúde da população, com ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários.

As ações realizadas são emissão de alvarás para estabelecimentos do ramo de alimentos, de saúde e interesse para saúde (instituto de beleza, instituição de longa permanência para idoso, cerealista, consultório médico, odontológico, ótica, drogaria, etc), vistoria para o pedido de viabilidade. Vistoria por solicitação do Poder Judiciário, orientação aos contribuintes.

Tem sua equipe composta por 01 Médico Veterinário;3 fiscais sanitários,1 fiscal sanitário farmacêutico, 1 agente sanitária.

No Brasil, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) é responsável por criar normas e regulamentos e dar suporte para todas as atividades da área no País. A ANVISA também é

quem executa as atividades de controle sanitário e fiscalização em portos, aeroportos e fronteiras.

No Rio Grande do Sul, o CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde coordena o trabalho feito em todas as cidades (pelas vigilâncias municipais) e complementa ações e normas quando há necessidade.

4.4.3. Vigilância Ambiental

A Vigilância Ambiental em Saúde – VAS consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. É também atribuição da VAS os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana, associados a contaminantes ambientais, especialmente os relacionados com a exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo.

As ações da VAS são o programa da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano- VIGIAGUA, Programa Nacional para o Controle da Dengue (PNCD) responsável pelas atividades inerentes ao Canil (distribuição de anticoncepcional, recolhimento de animais bravos, animais atropelados).

Investigação de agressão em humanos por animais domésticos, posto de informação de triatomídeos.

A equipe é composta por 01 Médico Veterinário, 02 agentes sanitários e 01 fiscal sanitário.

4.5. Da SAMU

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível.

O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. O SAMU realiza os atendimentos em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas.

O atendimento do SAMU 192 começa a partir do chamado telefônico, quando são prestadas orientações sobre as primeiras ações. O serviço pode ser acessado gratuitamente pelo número 192, a partir de qualquer telefone, fixo ou móvel. A ligação é atendida por técnicos, que identificam a emergência e coletam as primeiras informações sobre as vítimas e sua localização. Em seguida, as chamadas são remetidas ao Médico Regulador, que presta orientações às vítimas e aciona as ambulâncias quando necessário.

O SAMU em Santo Antônio da Patrulha é habilitado com uma unidade básica vinculada a regulação do SAMU Estadual e, é composta por uma equipe de condutores socorristas e técnicos de enfermagem, sob coordenação local de uma Enfermeira (Responsável Técnica).

4.6. Do Hospital:

O hospital local com 82 leitos, atualmente administrado pela irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, têm contrato com município para o atendimento de urgência/emergência e dispõem para este serviço de dois (02) médicos clínico geral e um (01) pediatra, 24 horas nos sete dias da semana.

Possui contrato com estado para os demais atendimentos hospitalares. Como centro de diagnóstico por imagem e laboratório de análises clínicas 24 horas, nos sete dias da semana.

Internação clínica, cirúrgica e psiquiátrica. Centro cirúrgico com duas salas e ambulatório de especialidades, sendo referência nas especialidade de Oftalmologia e cirurgia vascular para a 18ª regional de saúde.

5. DOMI's - DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

O Planejamento das DOMI's para os anos de 2022, 2023, 2024 e 2025 teve como base, além da análise situacional do município acima apresentada, a 9ª Conferência Municipal de Saúde realizada em 10/08/2021, a Pactuação de indicadores no Conselho Municipal de Saúde e o Plano de governo da gestão atual, bem como as sugestões da equipe de gestão da Secretaria da Saúde e do Conselho Municipal de Saúde

5.1. Bases para o Planejamento

5.1.1. VIX Conferência Municipal De Saúde

EIXO 1: A ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA DO SUS

Objetivo 1: Qualificação da Atenção Primária em Saúde – APS→ Promover a atenção a saúde a toda população prestando serviço no tempo certo, local adequado, com tratamento correto e com custo razoável, focado na prevenção de doenças na promoção da saúde, concretizando os princípios basilares do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

Objetivo 2: Qualificação da Saúde Bucal→ Concretizar a assistência odontológica plena no âmbito da atenção primária em saúde, com efetivação das ações de promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde bucal da população local.

Objetivo 3: Qualificação da Estratégia de Saúde da Família→ Ampliar a resolutividade na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo efetividade, priorizando a construção de vínculos entre a família e a ESF desenvolvendo ações de prevenção, promoção e proteção de saúde da mesma.

Objetivo 4: Qualificação da Saúde da Mulher→ Promover ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação englobando assistência a mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, Câncer de colo do útero e de mama, além de outras necessidades.

Objetivo 5: Qualificação da Segurança na Alimentação/Nutrição→ Melhoria das condições de alimentação e nutrição da população local, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados a alimentação e nutrição.

Objetivo 6: Qualificação do Acesso Humanizado aos Serviços de Saúde→ Proporcionar acesso humanizado, facilitado e igualitário a toda população local, atendendo adequadamente todas as suas necessidades em saúde.

EIXO 2: O IMPACTO DA PANDEMIA NA SAÚDE

Objetivo 1: COVID 19 - Enfrentamento ao CORONA VÍRUS→ Atendimento de eventualidade não previstas nas despesas para o Enfrentamento a Pandemia da COVID 19 -CORONA VÍRUS.

Objetivo 2: Assistência ao Dependente Químico→ Promover a recuperação e reintegração social de dependentes químicos, minimizando o impacto das drogas, promovendo a prevenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas, prestando assistência a família.

EIXO 3: GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Objetivo 1: Qualificação da Infraestrutura da Saúde → Fortalecer e qualificar os serviços prestados aos usuários do SUS através da reforma, ampliação e construção de unidades de saúde bem como aquisição de equipamentos, veículos e outros materiais permanentes.

Objetivo 2: Qualificação da Participação Social→ Fortalecer e qualificar a participação do cidadão Patruhense na elaboração das políticas públicas de saúde, bem como na gestão e fiscalização do bom uso dos recursos públicos.

Objetivo 3: Qualificação da Atenção a Saúde em Média e Alta Complexidade→ Promover a integralidade do atendimento ao usuário do SUS com foco na resolutividade de 100% das demandas de saúde, prestando assistência complementar adequada e de qualidade.

Objetivo 4: Qualificação da Assistência Farmacêutica→ Qualificar a Assistência Farmacêutica, com ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio do acesso aos medicamentos e uso racional.

Objetivo 5: Qualificação de Estratégias da Vigilância em Saúde→ Observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos a saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da ação, o que inclui tanto a abordagem individual como coletivas dos problemas de saúde.

Objetivo 6: Educação em Saúde→ Fortalecer as ações das equipes, transformando práticas e técnicas, com foco na resolução dos problemas, no atendimento humanizado e qualificado

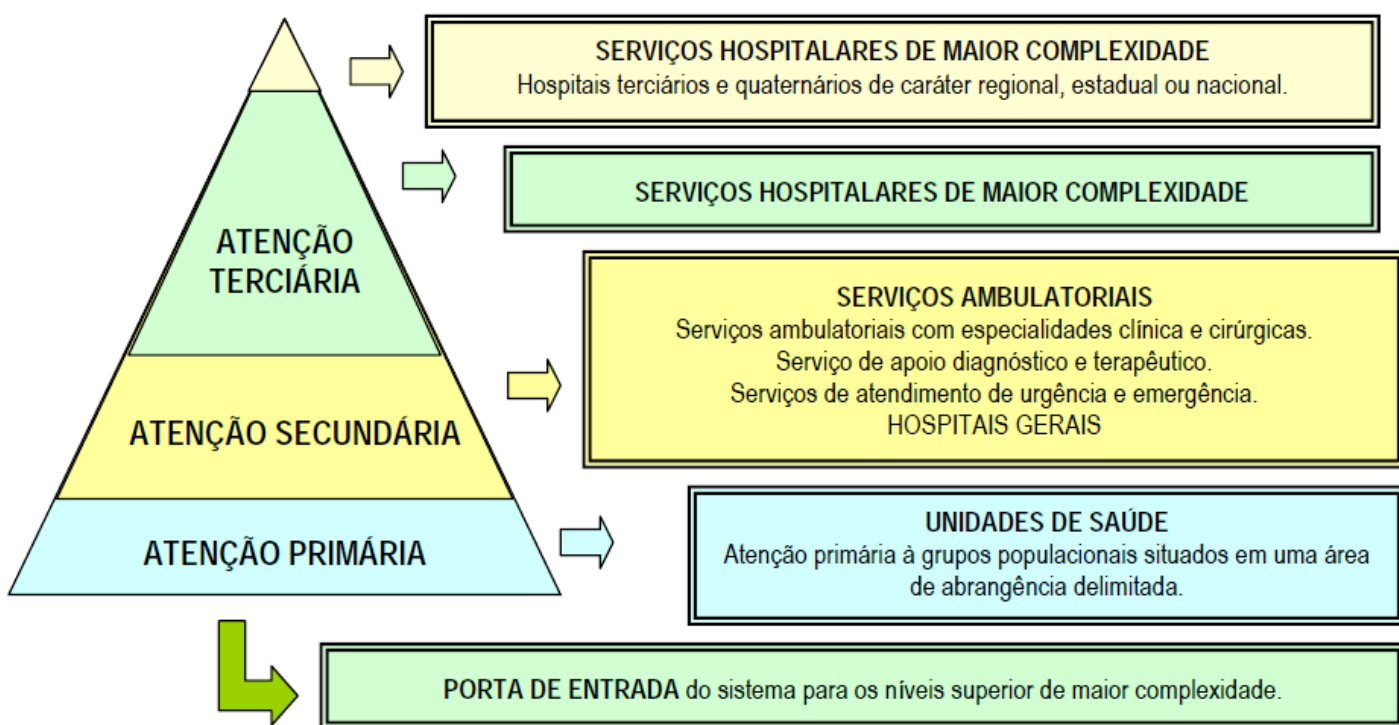
Objetivo 7: Qualificação da Gestão em Saúde→ Planejar, monitorar, gerenciar através da criação/revisão dos processos de trabalho, com base em indicadores qualitativos e quantitativos, com foco na resolutividade dos problemas de Saúde e otimização do uso de recursos financeiros e humanos.

5.1.2. Plano de Governo

- ✓ Manter a Santa Casa de Misericórdia na gestão do Hospital Santo Antônio, bem como melhorar e ampliar os serviços oferecidos pela instituição.
- ✓ Oportunizar e estreitar relações com o Hospital Santo Antônio, para resolutividade das questões de saúde dos pacientes que procurem àquela Casa de Saúde, com a finalidade de sintonia entre ambos (para que assim o paciente não seja penalizado com idas e vindas sem resolutividade de problemas de saúde);
- ✓ Oportunizar convênios que permitam maior resolutividade em exames diagnósticos (ex: cerca de 1800 ecografias estão em fila de espera);
- ✓ Estabelecer com o Estado um canal de negociação para resolução de exames diagnósticos e consultas especialidades médicas, de responsabilidade desse, que têm sido causa de espera dos pacientes, às vezes por anos, como é o caso de endoscopias, colonoscopias, biópsias e consultas em neurologia, ortopedia, urologia, gastroenterologia, proctologia, para citar apenas algumas;
- ✓ Oportunizar reunião mensal de gestão, onde os setores apresentem dados quantitativos e qualitativos de atendimentos, com ênfase em resultados (resolutividade do sistema), e onde seja aberto espaço para discussão e questionamentos e ações corretivas necessárias;
- ✓ Viabilizar em parceria com a FURG e outras entidades a educação superior, visando à disponibilização de cursos de nível técnico e superior, para a formação de novos profissionais e qualificação dos que já exercem a profissão na área da saúde;
- ✓ Atenção primária à saúde, com a responsabilidade sobre o paciente adscrito à Unidade de Saúde a que pertence, mas sem deixar de atender porque não está na área adstrita;
- ✓ Não deixar de transportar o paciente para outros municípios somente pelo fato de o mesmo possuir plano de saúde, como IPE, por exemplo;
- ✓ Formalizar, via COMUPA e Defesa Civil, planos de contingência para uso em situações de emergência e calamidade pública, treinando constantemente as partes envolvidas;
- ✓ Não esquecer que a atenção primária ou básica soluciona 85% das demandas de saúde do paciente, mas pode gerar necessidade de atendimento na atenção secundária e terciária, e para tal o paciente deverá ser acompanhado para resolução de suas necessidades de saúde, mesmo que em outras esferas (atenção integral);
- ✓ Incentivar e dar suporte às Estratégias de Saúde da Família no desenvolvimento das ações relacionadas à atenção primária à saúde;

- ✓ Promover o acompanhamento de todas as redes de atenção à saúde, mas principalmente o Rede Cegonha e da Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas;
- ✓ Criar a Comissão de Controle de Infecção da SEMSA (CCI-Semsa) permanente de assessoramento (Ligada ao Secretário da Saúde – no organograma da SEMSA – sem custos para o município), e não em caráter emergencial como foi criada com a Pandemia. Esta deverá estabelecer um Programa de Controle de Infecções (PCI) e ter regimento interno fixado;
- ✓ Incentivar a gestão por qualidade, inovação e resolutividade;
- ✓ Retomar o atendimento da Unidade Móvel de Saúde, atualmente desativada, para atender a população do interior do município;
- ✓ Criar um canal direto de comunicação entre todos os profissionais da área da Saúde com as chefias, buscando solucionar as demandas necessárias e garantindo maior eficiência no atendimento da saúde pública;
- ✓ Criação do Setor de Farmácia (Farmácia Central e satélites; Medicamentos Especiais; Medicamentos Judiciais – Aquisição de Medicamentos e Materiais e Farmácia Solidária;
- ✓ Centralização da marcação de consultas, se possível via telefônica, com confirmação que vence 72 horas antes da consulta, contato deverá ser realizado pelo paciente, que então confirmará a consulta. Caso não haja tal confirmação, ocorrerá abertura de vaga para lista de espera ou antecipação de pacientes novos;
- ✓ Agendamento por horários e com tempo de consulta, de modo que seja priorizada a escuta do paciente, primando sempre à qualidade e resolutividade;
- ✓ Proporcionar agenda ao trabalhador (horário estendido de ESF/Posto de Saúde Central/CAPS);
- ✓ Apoiar e ampliar o atendimento de profissionais do CAPS, especialmente no período pós-Covid, tendo em vista as necessidades da população;
- ✓ Ajustar a estrutura física da Unidade COVID-19 (sentinela) para abrigar 02 Estratégias de Saúde da Família, liberando o Posto de Saúde Central para as especialidades. Uma será a ESF Madre Tereza e outra a ser criada, que poderia abrigar o ESF Santa Terezinha – Saibreira (Discutir com equipe para verificar áreas de maior vulnerabilidade social);
- ✓ Incentivar a discussão de casos de pacientes com a finalidade de melhorar a resolutividade dos atendimentos (Reuniões de equipe em todos os níveis);
- ✓ Integrar e unificar as informações prestadas ao cidadão em todos os setores de saúde;
- ✓ Criar um modelo de gestão focado na prevenção como eixo norteador das políticas de saúde;
- ✓ Estabelecer políticas públicas bem definidas para atendimento de pacientes de saúde mental, especialmente os dependentes químicos, em parceria com serviço social e equipe multidisciplinar;
- ✓ Qualificar a estrutura física das unidades de saúde, através de planejamento prévio dos investimentos; ampliar e qualificar a rede de atendimento da saúde bucal;
- ✓ Fortalecer e remodelar uma base adequada para o SAMU, buscando também parceria com o governo do Estado para implantação de suporte avançado;
- ✓ Desenvolver políticas públicas voltadas para a prevenção de doenças, promovendo a redução de custos com tratamentos e fornecendo melhor qualidade de vida a toda população;
- ✓ Valorizar, ampliar e dar autonomia para as Agentes Comunitárias de Saúde;
- ✓ Garantir a qualificação e a HUMANIZAÇÃO do atendimento na rede de saúde pública, assegurando ações que respondam efetivamente às expectativas da população;

DIRETRIZ 1: A ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA DO SUS



Qualificação das políticas públicas voltadas para a prevenção de doenças, promovendo a redução de custos com tratamentos, e fornecendo melhor qualidade de vida a toda população.

1. OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE – APS → Promover a atenção à saúde de toda população prestando serviço no tempo certo, local adequado, com tratamento correto e com custo razoável, focado na prevenção de doenças na promoção da saúde, concretizando os princípios basilares do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

1.1. META: Evitar a mortalidade prematura pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis – Máximo de 78 óbitos/ano.

1.1.1. INDICADOR: Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

1.2. META: Fortalecer e qualificar a linha de cuidado ao doente crônico, garantindo que a pessoa com hipertensão arterial tenha um acompanhamento qualificado – Mínimo de 50% com PA aferida a cada semestre

1.2.1. INDICADOR: Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.

1.3. META: Fortalecer e qualificar a linha de cuidado ao doente crônico, garantindo que a pessoa com diabetes tenha um acompanhamento qualificado – Mínimo de 50% com exame de hemoglobina glicada

1.3.1. INDICADOR: Percentual de diabéticos com realização de hemoglobina glicada

1.4. META: Reduzir a morbimortalidade infantil por doenças imunopreveníveis – Mínimo de 75% de crianças menores de 2 anos imunizadas, segundo o calendário nacional de vacinação

1.4.1. INDICADOR: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada

1.5. META: Evitar a sífilis congênita – Máximo de 2 casos/ano.

1.5.1. INDICADOR: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.

1.6. META: Evitar o HIV em crianças menores de 5 anos – 0 casos/ano.

1.6.1. INDICADOR: Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos.

1.7. META: Prevenir a gravidez na faixa etária de 10 a 19 anos (adolescência) de modo a não ultrapassar o percentual de 10,00% ao ano.

1.7.1. INDICADOR: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos

1.8. META: Reduzir a mortalidade infantil de modo a não ultrapassar 5 óbitos ao ano.

1.8.1. INDICADOR: Número de óbitos infantis.

1.9. META: Aumentar para 86% a Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.

1.9.1. INDICADOR: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.

1.10. META: Aumentar para 82% a Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família.

1.10.1. INDICADOR: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).

1.11. META: Promover, através da execução de 100% das ações pactuada no Programa Saúde na Escola – PSE, a intersetorialidade das redes públicas de saúde e de educação, para a promoção de ações de prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento de vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de crianças e jovens da rede de ensino.

1.11.1. INDICADOR: Percentual de ações pactuadas no Programa Saúde na Escola executadas.

1.12. META: Fortalecer e qualificar a Atenção Primária através da execução de 100% das ações propostas nesta meta.

1.12.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.

2. OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE BUCAL → Concretizar a assistência

odontológica plena no âmbito da atenção primária em saúde, com efetivação das ações de promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde bucal da população local.

2.1. META: Aumentar para 66% a cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.

2.1.1. INDICADOR: Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.

2.2. META: Garantir acesso a pelo menos 20% da população cadastrada a avaliação odontológica anual.

2.2.1. INDICADOR: Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

2.3. META: Fortalecer e qualificar a Saúde Bucal de forma geral através da execução de 100% das ações propostas nesta meta.

2.3.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.

3. OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA → Ampliar a resolutividade na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo efetividade, priorizando a construção de vínculos entre a família e a ESF desenvolvendo ações de prevenção, promoção e proteção de saúde da mesma.

3.1. META: Monitorar bimestralmente, através da visita domiciliar pelo ACS, pelo menos 70% das crianças menores de um ano, idosos, gestantes e outros considerados do grupo prioritário cadastradas nas unidades de Saúde.

3.1.1. INDICADOR: Proporção de usuários do grupo considerado prioritário acompanhadas no domicílio pelo ACS.

3.2. META: Qualificar os serviços, ampliando a cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde de 56,3% para 60%.

3.2.1. INDICADOR: Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde.

3.3. META: Fortalecer e qualificar a Estratégia de Saúde da Família de forma geral através da execução de 100% das ações propostas nesta meta.

3.3.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.

4. OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER → Promover ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação englobando assistência a mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST, Câncer de colo do útero e de mama, além de outras necessidades.

4.1. META: Prevenir o câncer de colo de útero, garantindo que pelo menos 58% da população feminina na faixa etária considerada de risco realizem o exame de CP pelo menos a cada 3 anos.

4.1.1. INDICADOR: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.

4.2. META: Prevenir o câncer de mama, garantindo que pelo menos 47% da população feminina na faixa etária considerada de risco realizem o exame de mamografia pelo menos a cada 2 anos.

4.2.1. INDICADOR: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.

4.3. META: Qualificar o pré-natal, garantindo o acesso das gestantes as consultas para que no mínimo de 60% das gestantes tenham 6 consultas ou mais durante o pré-natal.

4.3.1. INDICADOR: Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.

4.4. META: Qualificar o pré-natal, prevenindo a Sífilis e o HIV e, garantindo que no mínimo de 60% das gestantes realizem os exames de HIV e Sífilis.

4.4.1. INDICADOR: Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV.

4.5. META: Qualificar o pré-natal, garantindo que no mínimo de 60% das gestantes tenham pelo menos 1 avaliação odontológica.

4.5.1. INDICADOR: Proporção de gestantes com atendimento odontológico.

- 4.6. META: Qualificar o pré-natal, incentivando para que no mínimo 40% dos nascimentos aconteçam através de parto normal.
- 4.6.1. INDICADOR: Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.
- 4.7. META: Qualificar a assistência ao pré-natal e ao parto de forma que não se tenha nenhum (0) óbito materno.
- 4.7.1. INDICADOR: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.
- 4.8. META: Fortalecer e qualificar a Saúde da Mulher de forma geral através da execução de 100% das ações propostas nesta meta.
- 4.8.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.
- 5. OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DA SEGURANÇA NA ALIMENTAÇÃO/NUTRIÇÃO → Melhoria das condições de alimentação e nutrição da população local, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados a alimentação e nutrição.**
- 5.1. META: Incentivar boas práticas de alimentação do bebê de forma que no mínimo 60% dos menores de 6 meses tenham aleitamento materno exclusivo.
- 5.1.1. INDICADOR: Aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses.
- 5.2. META: Prevenir a obesidade infantil, garantindo que no mínimo 60% das crianças estejam dentro da faixa de peso considerara idade.
- 5.2.1. INDICADOR: Percentual de crianças dentro da faixa de peso ideal.
- 5.3. META: Fortalecer e qualificar a Segurança na Alimentação/Nutrição através da execução de 100% das ações propostas nesta meta.
- 5.3.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.
- 6. OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DO ACESSO HUMANIZADO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE → Proporcionar acesso humanizado, facilitado e igualitário a toda população local, atendendo adequadamente todas as suas necessidades em saúde.**
- 6.1. META: Garantir a satisfação de no mínimo 70% dos usuários referente aos atendimentos recebidos nas unidades de Saúde, através de 2 pesquisas de satisfação ao ano.
- 6.1.1. INDICADOR: Satisfação do usuário avaliada através de pesquisa.
- 6.2. META: Garantir acesso prioritário a pessoas consideradas do grupo prioritário, como idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais, etc. – Mínimo de 20% de vagas garantidas nas agendas abertas.
- 6.2.1. INDICADOR: Percentual de vagas reservadas para grupos prioritários nas agendas.
- 6.3. META: Fortalecer e qualificar o Acesso Humanizado através da execução de 100% das ações propostas nesta meta.
- 6.3.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.

DIRETRIZ 2: O IMPACTO DA PANDEMIA NA SAÚDE



Atendimento à população Patruhense em suas necessidades gerais para o enfrentamento da pandemia causada pelo coronavírus.

2.1.OBJETIVO: COVID 19 - ENFRENTAMENTO AO CORONA VÍRUS→ Atendimento de eventualidade não previstas nas despesas para o Enfrentamento a Pandemia da COVID 19 -CORONA VÍRUS.

2.1.1. META: Garantir atendimento no dia a pelo menos 90% das demandas de suspeitos de Covid.

2.1.1.1. INDICADOR: Percentual de demandas de covid atendidas no dia.

2.2.OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E ASSISTÊNCIA AO DEPENDENTE QUÍMICO→ Prevenir o aumento dos impactos na saúde mental relacionados à redução do bem-estar psicossocial provocado pelos efeitos sanitários, sociais e econômicos que vem atingindo toda a população durante pandemia.

2.2.1. META: Garantir o acompanhamento efetivo a pelo menos 80% dos dependentes químicos cadastrados.

2.2.1.1. INDICADOR: Proporção de dependentes químicos cadastrados com no mínimo 1 consulta mensal.

3.1.OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DA INFRAESTRUTURA DA SAÚDE → Fortalecer e qualificar os serviços prestados aos usuários do SUS através da reforma, ampliação e construção de unidades de saúde bem como aquisição de equipamentos, veículos e outros materiais permanentes.

3.1.1. META: Garantir que 100% das edificações das unidades de saúde tenham boas condições e evitar o surgimento de manifestações patológicas e de outros problemas inerentes a edificação.

3.1.1.1. INDICADOR: Percentual de unidades de saúde com boas condições das edificações.

3.1.2. META: Qualificar as condições de trabalho, garantido que 100% das unidades de saúde tenham equipamentos, veículos e outros materiais permanentes adequados.

3.1.2.1. INDICADOR: Percentual de unidades de saúde com todos os equipamentos necessários.

3.1.3. META: Garantir o bom funcionamento dos equipamentos e veículos atendendo no mínimo a 80% das solicitações de manutenção de equipamentos no tempo máximo de 30 dias.

3.1.3.1. INDICADOR: Percentual de demandas atendidas em 30 dias.

3.1.4. META: Qualificação de serviços e otimização de recursos através da construção e ou mudança para prédio próprio, de unidades de Saúde que pagam aluguel.

3.1.4.1. INDICADOR: Percentual de unidades de saúde com sede própria.

3.1.5. META: Qualificação de serviços através da ampliação 03 de unidades de saúde.

3.1.5.1. INDICADOR: Número de unidades de saúde ampliadas.

3.1.6. META: Fortalecer e qualificar a Infraestrutura da Saúde através da execução de 100% das ações propostas nesta meta.

3.1.6.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.

3.2.OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL→ Fortalecer e qualificar a participação do cidadão Patruhense na elaboração das políticas públicas de saúde, bem como na gestão e fiscalização do bom uso dos recursos públicos.

3.2.1. META: Garantir o funcionamento efetivo do Conselho Municipal de Saúde através da previsão orçamentária para custeio de despesas e da realização de no mínimo 11 reuniões ao ano.

3.2.1.1. INDICADOR: Número de reuniões realizadas.

3.2.2. META: Prestar contas a população, dos gastos e serviços prestados, através da apresentação em audiência pública quadrimestralmente (3 ao ano).

3.2.2.1. INDICADOR: Número de audiências públicas para prestação de contas realizadas.

3.2.3. META: Fortalecer a participação da comunidade local na elaboração das políticas públicas de saúde através da realização de no mínimo 1 Conferencia Municipal de Saúde a cada 4 anos.

3.2.3.1. INDICADOR: Número de conferencias de Saúde realizada nos 4 anos.

3.2.4. META: Fortalecer e qualificar a Participação Social através da execução de 100% das ações propostas nesta meta.

3.2.4.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.

3.3.OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE→ Promover a integralidade do atendimento ao usuário do SUS com foco na resolutividade de 100% das demandas de saúde, prestando assistência complementar adequada e de qualidade.

3.3.1. META: Qualificar o fluxo de acesso a exames e consultas de média e alta complexidade, de modo a otimizar o tempo de espera do paciente reduzindo em 10%.

3.3.1.1. INDICADOR: Percentual de redução do tempo médio de espera para atendimentos de média e alta complexidade.

3.3.2. META: Aumentar pra 80% a resolutividade dos atendimentos na Atenção Primária, reduzindo assim os encaminhamentos para especialidades.

3.3.2.1. INDICADOR: Percentual de resolutividade da Atenção Primária.

3.3.3. META: Fortalecer e qualificar a Atenção à Saúde em Média e Alta Complexidade através da execução de 100% das ações propostas nesta meta.

3.3.3.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.

3.4. OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E ASSISTÊNCIA AO DEPENDENTE QUÍMICO→ Promover a recuperação e reintegração social das pessoas com transtorno mental e dependentes químicos, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território, minimizando o impacto das drogas, promovendo a prevenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas, prestando assistência a família.

3.4.1. META: Realizar e registrar no mínimo 12 ações de matriciamento sistemático do CAPS com equipes de Atenção Básica.

3.4.1.1. INDICADOR: Ações de matriciamento sistemático realizadas pelo CAPS com equipes de Atenção Básica.

3.4.2. META: Qualificar a equipe técnica do CAPS, através da contratação de 1 terapeuta ocupacional e 1 oficineiro para realização de práticas corporais, expressivas e comunicativas.

3.4.2.1. INDICADOR: Número de profissionais contratados.

3.4.3. META: Qualificar os serviços de atendimento em saúde mental de modo a promover a redução de 131 para 118 o número de internações psiquiátricas.

3.4.3.1. INDICADOR: Número pacientes internados em psiquiatria.

3.4.4. META: Fortalecer e qualificar a Saúde Mental através da execução de 100% das ações propostas nesta meta.

3.4.4.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.

3.5. OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA→ Qualificar a Assistência Farmacêutica, com ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio do acesso aos medicamentos e uso racional.

3.5.1. META: Otimizar o bom uso de recursos, bem como qualificar o abastecimento das unidades através de um controle mensal eficiente do estoque.

3.5.1.1. INDICADOR: Número de balanços para conferências/ajustes de estoque e análise das entradas e saídas de produtos.

3.5.2. META: Fortalecer e qualificar a Assistência Farmacêutica através da execução de 100% das ações propostas nesta meta.

3.5.2.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.

3.6. OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE→ Observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos a saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da ação, o que inclui tanto a abordagem individual como coletivas dos problemas de saúde.

3.6.1. META: Investigar 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil.

3.6.1.1. INDICADOR: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.

3.6.2. META: Garantir que o mínimo de 95% na proporção de registros de óbitos com causa básica definida.

3.6.2.1. INDICADOR: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.

3.6.3. META: Garantir que no mínimo 80% das notificações de doenças compulsórias sejam encerradas em até 60 dias.

3.6.3.1. INDICADOR: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.

3.6.4. META: Enviar no mínimo 168 amostras de água para análise quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez e garantir que no mínimo 95% destas

estejam aptas para consumo humano.

3.6.4.1. INDICADOR: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

3.6.5. META: Garantir a realização de no mínimo 85% do grupo das 7 ações identificadas como essenciais para a atuação da vigilância sanitária.

3.6.5.1. INDICADOR: Percentual de ações realizadas dos grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano.

3.6.6. META: Aumentar para 100% a proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

3.6.6.1. INDICADOR: Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

3.6.7. META: Realizar no mínimo 4 ciclos de visitas domiciliares, com o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle da dengue.

3.6.7.1. INDICADOR: Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

3.6.8. META: Fortalecer e qualificar a Vigilância em Saúde através da execução de 100% das ações propostas nesta meta.

3.6.8.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.

3.7.OBJETIVO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE→ Fortalecer as ações das equipes, transformando práticas e técnicas, com foco na resolução dos problemas, no atendimento humanizado e qualificado.

3.7.1. META: Garantir a oferta de no mínimo 8 capacitações gerais no ano aos servidores da SEMSA.

3.7.1.1. INDICADOR: Número de cursos, seminários e ou oficinas de capacitação disponibilizados aos servidores.

3.7.2. META: Fortalecer e qualificar a Educação em Saúde através da execução de 100% das ações propostas nesta meta.

3.7.2.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.

3.8.OBJETIVO: QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE→ Planejar, monitorar, gerenciar através da criação/revisão dos processos de trabalho, com base em indicadores qualitativos e quantitativos, com foco na resolutividade dos problemas de Saúde e otimização do uso de recursos financeiros e humanos.

3.8.1. META: Monitorar e avaliar os indicadores do Plano Municipal de Saúde no mínimo 4 vezes ao ano.

3.8.1.1. INDICADOR: Número de avaliações aos indicadores do plano municipal de saúde realizadas no ano.

3.8.2. META: Qualificar e fortalecer a Gestão em saúde através da execução de 100% das ações propostas.

3.8.2.1. INDICADOR: Percentual de ações executadas na PAS.

3.9.OBJETIVO: CUSTEIO E MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS → Custeio dos serviços de rotina da Secretaria da Saúde e, que no Plano Plurianual do município, foram classificados no Programa 002 – Gestão do Poder Executivo.

3.9.1. META: Manter 100% dos programas e serviços de rotina em atividade.

3.9.1.1. INDICADOR: Percentual de ações realizadas na PAS.

6. PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

6.1. PREVISÃO POR SUBFUNÇÃO

| | | |
|--------------------|---|--------------------------|
| 122 | Administração Geral | R\$ 4.024.675,00 |
| 301 | Atenção Básica | R\$ 26.651.021,00 |
| 302 | Assistência Hospitalar e Ambulatorial - MAC | R\$ 7.377.000,00 |
| 303 | Suporte Profilático e Terapêutico | R\$ 2.232.055,00 |
| 304 | Vigilância Sanitária | R\$ 829.803,00 |
| 305 | Vigilância em Saúde | R\$ 1.517.820,00 |
| Total Geral | | R\$ 42.632.374,00 |

6.2. PREVISÃO POR RÚBRICA

| | |
|--|--------------------------|
| Contratação por tempo determinado | R\$ 456.200,00 |
| Outros benefícios assistenciais do servidor e do militar | R\$ 287.500,00 |
| Vencimentos e vantagens fixas - pessoal civil | R\$ 16.013.750,00 |
| Obrigações patronais | R\$ 419.300,00 |
| Outras despesas variáveis - pessoal civil | R\$ 420.340,00 |
| Indenizações trabalhistas | R\$ 316.700,00 |
| Obrigações patronais | R\$ 4.251.800,00 |
| Indenizações e restituições | R\$ 1.000,00 |
| Indenizações e restituições | R\$ 3.000,00 |
| Subvenções sociais | R\$ 101.000,00 |
| Outros benefícios assistenciais | R\$ 716.825,00 |
| Diárias - pessoal civil | R\$ 121.000,00 |
| Material de consumo | R\$ 1.384.420,00 |
| Material, bem ou serviço para distribuição gratuita | R\$ 1.038.305,00 |
| Passagens e despesas com locomoção | R\$ 7.500,00 |
| Outras despesas de pessoal decorrentes de contratos de terceirização | R\$ 21.000,00 |
| Outros serviços de terceiros - pessoa física | R\$ 11.000,00 |
| Outros serviços de terceiros-pessoa jurídica | R\$ 15.527.103,00 |
| Serviços de tecnologia da informação e comunicação-pj | R\$ 146.915,00 |
| Auxílio-alimentação | R\$ 70.000,00 |
| Obrigações tributárias e contributivas | R\$ 10.000,00 |
| Despesas de exercícios anteriores | R\$ 1.000,00 |
| Indenizações e restituições | R\$ 120.000,00 |
| Obras e instalações | R\$ 1.018.716,00 |
| Equipamentos e material permanente | R\$ 168.000,00 |
| Total geral | R\$ 42.632.374,00 |