REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO LIVRAMENTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2018/2021

1 IDENTIFICAÇÃO

PREFEITO MUNICIPAL: Solimar Charopen Gonçalves

VICE PREFEITO: Mari Elisabeth Trindade Machado

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: Sérgio Luís Da Rosa Aragón

ENTIDADE EXECUTORA: Secretaria Municipal de Saúde

ENTIDADE FISCALIZADORA : Conselho Municipal de Saúde

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO:

Sérgio Luis da Rosa Aragón – Secretário Municipal de Saúde
Claudia Rubim Clavijo – Enfermeira Coordenadora da AB/ESF
Sandra Denize Silva Cardoso- Contadora da SMS
Odilon Salles Pinto- Enfermeiro ESF
Leonardo Bofill Chuy- Coordenador da Vigilância em Saúde
Ariana Aguiar Soares- Farmacêutica SMS
Rose Maia- Enfermeira Coordenadora do TFD

CONTRIBUIÇÃO:

Trabalhadores da rede pública de saúde
Conselho municipal de saúde
IV conferência municipal de saúde

APROVADO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE em : -------
RESOLUÇÃO Nº -----

ATA Nº -----

"O mundo comum é aquilo que adentramos ao nascer e que deixamos para trás quando morremos. Transcende a duração de nossa vida tanto no passado quanto no futuro: preexistia à nossa chegada e sobreviverá à nossa breve permanência. É isto o que temos em comum não só com aqueles que vivem conosco, mas também com aqueles que aqui estiveram antes e aqueles que virão depois de nós. Mas esse mundo comum só pode sobreviver ao advento e à partida das gerações na medida em que tem uma presença pública. É o caráter público da esfera pública que é capaz de absorver e dar brilho através dos séculos a tudo o que os homens venham a preservar da ruína natural do tempo. (…)"

HANNAH ARENDT

2 APRESENTAÇÃO

A adequação do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021 ao Plano de Governo eleito em 2016 e ao Plano Plurianual proposto e aprovado no primeiro ano de administração do executivo municipal é um dos desafios impostos para uma gestão eficiente e de qualidade na área da Saúde. Assim, o Plano Municipal de Saúde é um documento que reflete os compromissos assumidos pela gestão em sua proposta política, das deliberações firmadas pela população na IV Conferência Municipal de Saúde ocorrida em julho de 2015 e reavaliada na Conferência Municipal de Saúde de Maio de 2017, aproximando-se também do Plano Plurianual e da Lei Orçamentária Anual.

Por outro lado, com o Pacto pela Saúde, de Gestão e pela Vida, o Sistema Único de Saúde - SUS busca a consolidação da saúde enquanto direito da cidadania e assume importância fundamental, no estímulo ao desenvolvimento de ações qualificadas e integradas entre gestores, trabalhadores de saúde e sociedade, por meio das Instancias de Controle Social e Pactuação. Para consolidar o sistema público de saúde em rede é necessária a adoção de estratégias adequadamente planejadas que garantam, agilidade no processo de trabalho e impacto das ações sobre a saúde e a qualidade de vida da população.

Da mesma forma, é fundamental a transparência da aplicação de recursos públicos e a avaliação dos resultados das escolhas estratégicas dos gestores e trabalhadores do SUS, com a participação e fiscalização do Controle Social representado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Entendemos que uma gestão resolutiva requer o planejamento, a regulação, o monitoramento e a avaliação das Redes de Atenção à Saúde que possam garantir o acesso igualitário e universal a todos sem distinção e privilégios, em todas as Linhas de Cuidado e Ciclos de Vida, tendo como porta de entrada e ordenadora do cuidado, a Atenção Primária em Saúde(APS). A APS terá como responsabilidade o acolhimento, a intervenção clínica no seu território de

abrangência, bem como a promoção e a prevenção de doenças e outros agravos, e ainda o encaminhamento para o atendimento de média e alta complexidade e a vigilância em saúde, sempre que necessário.

A Qualificação da gestão passa por ampliar a capacidade de escuta com olhar multidisciplinar e intersetorial criando vínculos com os usuários do SUS na perspectiva do acolhimento humanitário. Requer trabalho em equipe, divisão de responsabilidades, descentralização de tomada de decisões e perseverança em prol do desenvolvimento comum.

Para elaboração do Plano foram considerados os indicadores de saúde do município a partir da série histórica existente, com o propósito de atingir objetivos, estratégias e metas.

Este Plano norteará a Política Municipal de Saúde no quadriênio 2018 a 2021.

Sérgio Luis da Rosa Aragón
Secretário Municipal de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGHOS	Gestão e regulação assistencial e financeira de saúde. Módulo de regulação ambulatorial de consultas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE	Associação de Portadores de Assistência Especial
APS	Atenção Primária em Saúde
ASPS	Ações de Serviços Públicos em Saúde
ASSANDEF	Associação Santanense de Deficientes
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CELEP	Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré-escolar
CGVS	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Código Internacional de Doenças
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CMPT	Conselho Municipal do Povo de Terreiro
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CMSD	Conselho Municipal Sobre Drogas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Física
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COMDEF	Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência
COMDICA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente
COMID	Conselho Municipal dos Direitos da Mulher
COMSEA	Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional

CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não –Transmissíveis
DIU	Dispositivo Intrauterino
DNCI	Doenças de Notificação Compulsória Imediata
DNCT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DO	Declaração de Óbito
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESFQ	Estratégia da Saúde da Família Quilombola
ESP	Evento de Saúde Pública
FJP	Fundação João Pinheiro
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FPB	Farmácia Popular do Brasil
GUD	Gerenciamento do Usuário com Deficiência
HIPERDIA	Programa de Hipertensos e Diabéticos
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IAM	Internações por Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IMC	Índice de Massa Corporal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRAS	Infecções Respiratórias Agudas
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis
MAC	Média e Alta Complexidade
MERS	Síndrome Respiratória por Corona vírus
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ORBIS	Observatório de Indicadores de Sustentabilidade
PA	Pronto Atendimento
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PATRAM	Patrulha Ambiental
PAVS	Programação de Ações de Vigilância à Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PEP	Profilaxia da Exposição Sexual
PIB	Produto Interno Bruto
PIM	Programa Primeira Infância Melhor
PIT	Plano de Informação de Triatomíneos
PIT	Posto de Informação de Triatomíneo
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNCD	Programa Nacional de Doença de Chagas

PNCDC	Programa Nacional de Doença de Chagas e Dengue
PNSIPN	Programa Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil
POP	Procedimentos Operacionais
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Assistência a Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSE	Programa de Saúde Escolar
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
RH	Recursos Humanos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RINA	Relatório Individual de Notificação de Agravo
RS	Rio Grande do Sul
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAA	Sistema de Abastecimento de Água
SAC	Solução Alternativa Coletiva
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAF	Serviço de Audiologia e Fonoaudiologia
SAI	Solução Alternativa Individual
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde
SISPACTO	Sistema de Monitoramento do Pacto Nacional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SU S	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TFD	Tratamento Fora Domicílio
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UASI	Unidade de Atenção à Saúde do Idoso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UF	Unidade Federativa
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VD	Visitas Domiciliares
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VIP/VOP	Vacina Inativada Poliomielite/ Vacina Oral Poliomielite

SUMÁRIO

1 IDENTIFICAÇÃO2
2 APRESENTAÇÃO4
3 INTRODUÇÃO15
4 OBJETIVOS20
4.1 Objetivo Geral20
4.2 Objetivos Específicos20
5 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO, no contexto do ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL:21
5.1 Estado do Rio Grande do Sul21
5.2 Indicadores Demográficos do Município de Sant'Ana do Livramento22
5.2.1 Caracterização do Território22
5.3 Características Gerais do Município23
5.3.1 Panorama Demográfico23
5.3.2 Características da Malha Viária24
5.4 Histórico do Município24
5.4.1 Caracterização /Município24
5.4.2 Histórico do IBGE26
5.5 Indicadores Sócio- Econômicos28
5.5.1 Determinantes e Condicionantes de Saúde28
5.5.2 Aspectos Sócio - Econômicos28
5.5.3 Componentes28
5.5.4 Ranking30
5.6 Indicadores Populacionais31
5.6.1 Demografia e Saúde31
5.7 Indicadores Econômicos36
5.7.1 Renda36
5.8 Indicadores Educacionais37
5.8.1 Educação37
5.9 Trabalho40
5.10 Habitação41
5.11 Vulnerabilidade Social41
5.11.1 Crianças e Jovens41
5.11.2 Família41

5.11.3 Trabalho e Renda42
5.11.4 Condição de Moradia42
6 CARACTERÍSITICAS DO SISTEMA DE SAÚDE43
6.1 Secretaria Municipal de Saúde43
6.2 Planejamento Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde43
6.3 Valores e Princípios Organizacionais43
6.4 Acesso a Ações e Serviços de Saúde44
6.5 Modelo de Atenção45
6.6 Territorialização e Regionalização45
6.7 Rede de Atenção a Saúde47
6.8 Atenção Primária em Saúde (APS)48
6.9 Serviços Ofertados na APS49
6.10 Capacidade Instalada50
6.10.1 Rede Física de Saúde Pública/Próprios50
6.10.2 Rede Privada Prestadora de Serviço ao SUS52
6.11 Recursos Humanos54
6.12 Conselho Municipal de Saúde56
6.12.1 Dos Conselheiros57
6.12.2 Periodicidade de Reuniões58
6.12.3 Das Atribuições58
6.13 Instâncias de Controle Social que a SMS participa59
6.14 Instâncias de Pactuação59
6.15 Fundo Municipal de Saúde59
7 PROGRAMAS CONFORME BLOCO DE FINANCIAMENTOS61
7.1 Bloco de Atenção Básica em Saúde62
7.1.1 Unidades Básicas de Saúde63
7.1.2 Estratégia Saúde da Família63
7.1.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF65
7.1.4 Atenção à Saúde Bucal67
7.1.5 Linhas de Cuidado69
7.1.6 Programas e Ações Transversais82
7.1.7 Redes de Atenção à Saúde88
7.2 Bloco de Atenção à Média e Alta Complexidade em Saúde92
7.2.1 Atenção Ambulatorial Especializada92
7.2.2 Serviço de Fisioterapia e Reabilitação93

7.2.3 Serviço de Fonoaudiologia93
7.2.4 Rede de Atenção Psicossocial94
7.2.5 Prestadores Ambulatoriais Contratados – SUS/Teto MAC E ASPS programados/2016 99
7.2.6 Serviços Auxiliares Diagnose100
7.2.7 Serviço de Tratamento Fora do Domicílio – TFD100
7.2.8 Tratamento fora Domicílio – TFD103
7.3 Bloco da Vigilância em Saúde109
7.3.1 Vigilância Sanitária109
7.3.2 Vigiágua110
7.3.3 Vigilância Ambiental111
7.3.4 Vigilância Epidemiológica111
7.3.5 Situação Epidemiológica**Erro! Indicador não definido.**
7.3.6 Vigilância em Saúde do Trabalhador116
7.3.7 Serviço de Assistência Especializado - SAE117
7.3.8 Laboratório de Fronteira120
7.4 Bloco da Assistência Farmacêutica Básica121
7.5 Bloco de Gestão do Sus/ Cooperação Técnica na Gestão do Sus122
7.5.1 Princípios e Diretrizes do SUS122
7.5.2 O Funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS125
7.5.3 Serviço de Controle, Avaliação e Auditoria130
7.5.4 Regulação Municipal131
7.5.5 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde131
7.5.6 Infraestrutura, Lógica e Gestão da Informação132
7.5.7 Participação e Controle Social do SUS132
7.6 Bloco de Investimentos133
8 OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS.133
8.1 Resolução Nº 457/13 – CIB / RS--- SISPACTO133
8.1.1 Planilha de Pactuação Estadual de Metas para 2017-2018**Erro! Indicador não definido.**
8.1.2 Comparativo de Indicadores 2016/2017**Erro! Indicador não definido.**
9 Diretrizes e Estratégias 2018-2021**Erro! Indicador não definido.**
9.1 Objetivos, Diretrizes e Metas Atenção à Saúde.**Erro! Indicador não definido.**
10 REFERÊNCIAS134

11 APENDICE – Fotos das PRÁTICAS E PROJETOS INOVADORES**Erro! Indicador não definido.**

12 ANEXOS142

12.1 Ataxxx/2017 e Resolução xxx/2017 de Aprovação do Plano Municipal de Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde;142

12.2 PPA 2018/2021, IDO/2018 e LOA/2018;142

12.3 Resolução CIB n°051/2016;142

12.4 Relatório da 4ª Conferência Municipal de Saúde.142

3 INTRODUÇÃO

O desafio de garantir a integralidade da atenção aos usuários do SUS pressupõe a construção da organização da saúde, superando o modelo fragmentado, hospitalocêntrico, e médico centrado, ou seja, construir Políticas Públicas para que os usuários tenham acesso ao conjunto de ações e serviços articulados que garantam a melhoria e a manutenção da qualidade de vida. O vínculo usuário/serviço deve ser fortalecido para que a busca pela integralidade não seja apenas dos usuários, mas também seja de responsabilidade dos serviços.

Com o intuito de cumprir esse princípio do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde de Sant´Ana do Livramento, tem feito um esforço para descentralizar o poder e os recursos, visando a necessidade de desenvolver Ações Contínuas, Articuladas e Integradas entre os Trabalhadores de Saúde e os Usuários do SUS, a partir de indicadores epidemiológicos e das reais necessidades de cada território de abrangência das Unidades de Saúde.

Afirmamos que a Estratégia de Saúde da Família visa estruturar o Sistema Local de Saúde, funcionando como porta de entrada prioritária do SUS devendo articular com os demais níveis de Atenção à Saúde, como a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e a Vigilância em Saúde, focando num modelo voltado prioritariamente para promoção da saúde e prevenção de doenças e outros agravos, impactando positivamente na qualidade de vida da população local.

A Portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, definindo as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, apresenta uma discussão que há tempo vem sendo construída no Brasil e que nos coloca a pensar a promoção das políticas públicas na área de saúde, na perspectiva que contempla o protagonismo coletivo e, principalmente, a prevenção, indo muito além da ação de assistência.

A Nota Técnica 06/2006 publicada pelo CONASS esclarece que “A partir das discussões envolvendo o Pacto de Gestão houve a compreensão pelos gestores federais, estaduais e municipais da necessidade de se pactuar também metas e objetivos sanitários a serem alcançados, assim como da necessidade de

envolver a sociedade na defesa do SUS. Então se estabeleceu a organização de um **Pacto pela Saúde,** com capacidade de responder aos desafios atuais da gestão e organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira, e afirmar que a saúde é uma política de Estado e não uma política de governo. Esse processo de pactuação tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade da gestão pública do SUS e suas respostas. Nesse sentido foram definidas três dimensões no PACTO PELA SAÙDE 2006: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão."

O Pacto pela Vida 2006 definiu como uma de suas prioridades, a Promoção da Saúde, visando regulamentar as ações na área e, principalmente, colocar em pauta o debate sobre a saúde enquanto objetivo a ser perseguido, superando a cultura da doença que promove patologias e a medicalização da vida.

A promoção da saúde implica na revisão das práticas de vida que herdamos e perpetuamos em nossas comunidades, criando-se condições para construir a cultura da qualidade de vida e da sustentabilidade humana, social, política e ambiental.

Adentramos esta justificativa com esses termos, para desenhar o traçado da concepção de saúde com que trabalhamos, a partir de uma perspectiva intersetorial e multidisciplinar e o compromisso ético dos gestores, trabalhadores em políticas públicas, prestadores de serviços e usuários, com a construção de outra possibilidade de vida e de mundo, reconhecendo que é muito recente, no Brasil, a participação popular na construção e controle social das políticas públicas.

Além da questão da operacionalização das ações na área da saúde, deparamo-nos com a disparidade com que são constituídas e efetivadas as políticas de Recursos Humanos na grande maioria dos municípios brasileiros, sendo que, apesar de todas as discussões que já foram realizadas com relação à NOB RH-SUS no Brasil todo, muitos trabalhadores desconhecem inclusive essa discussão que está sendo realizada na perspectiva de se construir uma política de Recursos Humanos a nível nacional, isto posto, voltamos à questão da

disparidade que produz violentas diferenças salariais entre profissionais de áreas distintas, sendo que, além disso, vemos se perpetuar a cultura em que o profissional da área médica, ainda é o mais bem remunerado.

A perspectiva delineada pelo Pacto pela Saúde, de Defesa e Promoção da Saúde e da Vida, deve contemplar para além das questões formais, legais, burocráticas e quantitativas, principalmente os aspectos humanos no que se refere ao usuário e ao agente público que produz a operacionalização.

Contemplar essas questões implica em levantar a situação e sistematizar um diagnóstico que nos aponte objetivamente o que visualizamos empiricamente em nosso cotidiano de trabalho e isso nos faz apontar, de forma pragmática, os aspectos anotados na conta da discussão e da revisão: Perfil do usuário das políticas de saúde, avaliação do desenvolvimento dos Projetos, Programas e Serviços, da Formação e capacitação continuada dos trabalhadores em saúde para um processo de educação permanente; Participação do usuário e do agente na construção das políticas públicas na área da saúde.

A promoção da qualidade de vida da população implica na reflexão e revisão de muitas questões que fazem parte da história das comunidades e dos cidadãos. Temos que pensar, em primeiro lugar, que o “modus vivendi” que atualmente é praticado pelas pessoas é resultante de um processo histórico e que, de forma muito ampla, copia há mais tempo o modelo europeu plantado já na “colonização” do Brasil e, mais recentemente, no modelo norte-americano, e esses perpassam o vestuário, as relações afetivas e familiares, as questões políticas, as questões culturais, de uma forma geral, a alimentação, enfim, tudo o que permeia a condição humana.

É recente o movimento que busca associar o bem-estar do ser humano ao resgate do equilíbrio no que se refere ao seu estar no mundo, trabalhando menos e tendo mais lazer; se alimentando de forma equilibrada, ou seja, de forma a manter a nutrição, respeitando os limites do organismo; tendo acesso às condições básicas de vida, ou seja, educação, saúde, habitação, trabalho e renda, alimentação como condicionantes da saúde.

Tomemos como elementos de reflexão sobre isso, as condições existentes

em nossa sociedade, para promoção da saúde e prevenção das doenças mais emergentes. Vivemos guiados por um sistema econômico que nos dessingulariza e que nos torna atravessadores de existências que velam pela cultuação aos ícones do mercado e dos padrões de consumo.

Vale sublinhar a questão da humanização da atenção em saúde, que é um elemento fundamental, para a operacionalização da política e para a sociedade: "(...) tomamos a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que os sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se as si próprios nesse mesmo processo".

Trata-se, então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. **Éticas** porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. **Estéticas** porque são voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para que os processos de criação que constituem o mais específico do ser humano em relação aos demais seres vivos. **Políticas** porque é na prólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam que o mundo se faz "Política Nacional de Humanização". Neste contexto as Conferências de Saúde são espaços institucionais destinados a analisar avanços e desafios do SUS, propor diretrizes para formulação de Políticas de Saúde. Os sujeitos protagonistas das conferências devem ser representantes de diversos segmentos da sociedade, o que é vital para o exercício da cidadania, uma vez que as conferências são as instâncias máximas deliberativas do Controle Social.

Deve ser considerado que nosso Município possui características distintas de outros, sendo de alta vulnerabilidade social, com 39 assentamentos rurais, sendo o segundo Município do Estado do Rio Grande do Sul em extensão

territorial com grandes distâncias entre os Municípios de Referência. Não possuímos ainda, serviços de Alta Complexidade, aumentando assim, o encaminhamento de pacientes para Tratamento Fora Domicílio. Não possuímos serviços de Urgência na estrutura pública. Este serviço é realizado atualmente na retaguarda hospitalar com muitas dificuldades estruturais e de recursos humanos. Somos um Município de Porte Médio, com baixa renda per capita, Fronteira com o Uruguai e que além da nossa população, atendemos um grande contingente populacional flutuante com dupla cidadania, que residem em Rivera/Uruguai, porém acessam os Serviços em Sant'Ana do Livramento. Fomos considerados Município elegível, para o Programa Mais Médico, por estas características. Estamos reestruturando o Sistema Local de Saúde, a partir dos indicadores epidemiológicos e das reais necessidades da nossa população. Atualmente possuímos 11 Estratégias de Saúde da Família e estamos em fase de estruturação de mais 03 equipes sendo 10 urbanas e 01 rural todas trabalhando em consonância com os determinantes da Portaria 2.488/2011 que dispõe sobre a Política Nacional da Atenção Primária em Saúde.

Com vistas ao COAP e em consonância com o Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõem sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e a Lei Complementar 141/2012, que dispõem sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, em novembro de 2013, foi assumida a Gestão Municipal dos Prestadores Ambulatoriais e a partir da competência de abril de 2016 Gestão Plena do Sistema de Saúde, conforme Pactuação na Comissão Intergestores Bipartite/RS – CIB/RS nº 051 de 22 de fevereiro de 2016.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Estruturar e organizar o sistema municipal de saúde proporcionando a melhoria no acesso universal e igualitário aos meios de promoção da saúde e prevenção de doenças, através de ações programáticas que atendam as necessidades dos usuários do SUS, organizando as Redes de Atenção à Saúde Básica e Especializada, Ambulatorial e Hospitalar, a fim de reduzir tempo de resposta no atendimento das necessidades, prevenir e tratar doenças crônicas, aumentando a resolubilidade dos serviços prestados.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar situação de saúde do município através de análise dos parâmetros atuais;
- Efetivar o plano municipal de saúde como eixo norteador de todas as ações no âmbito municipal e contemplar todo o contexto de ação da secretaria na esfera global do SUS;
- Contemplar a agenda de saúde municipal harmonizada com as agendas nacional e estadual;
- Adotar protocolos clínicos conforme Diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

5 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANT'ANA DO LIVRAMENTO, NO CONTEXTO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL:

5.1 Estado do Rio Grande do Sul

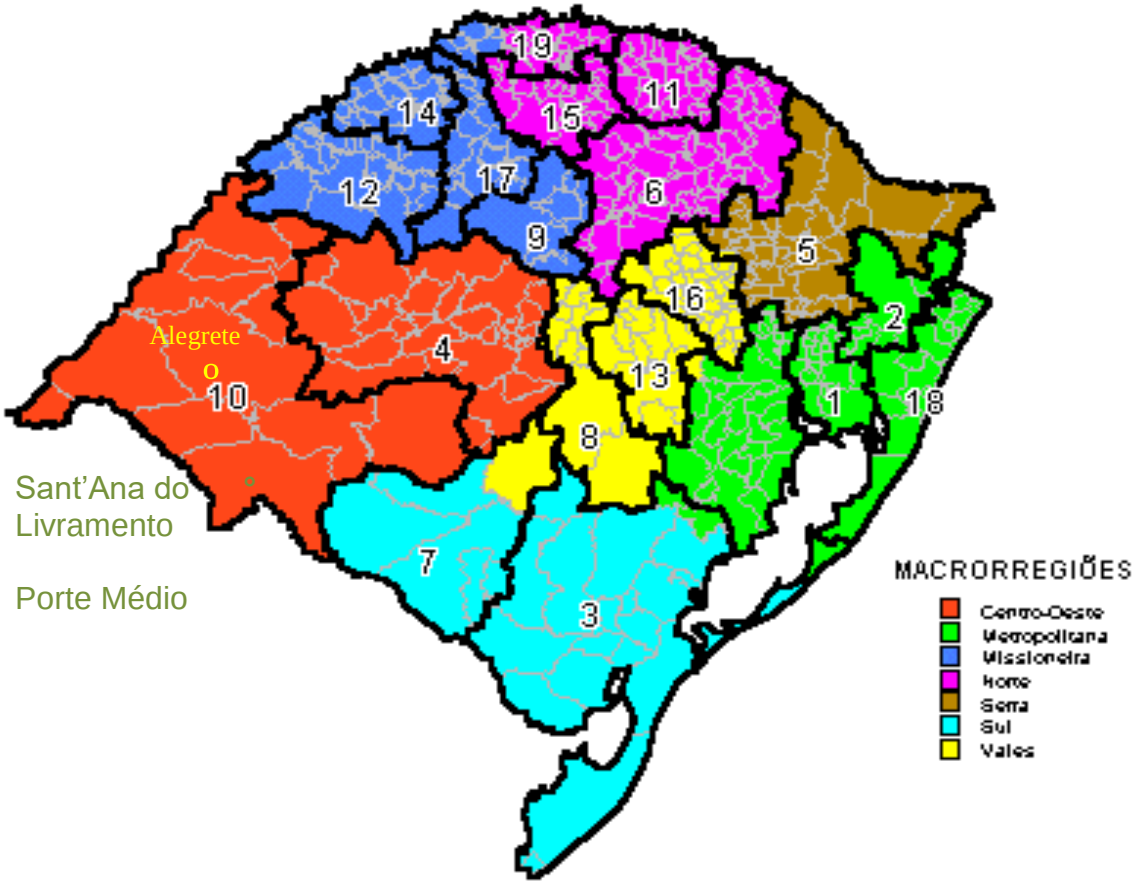
População: 10.693.929 habitantes

Área Territorial: 282.674 Km²

Nº de Municípios: 496

Nº de Regionais de Saúde: 19

Nº de Macrorregiões: 07



45% dos Municípios < 5.000 habitantes.

68% dos Municípios < 10.000 habitantes.

5.2 Indicadores Demográficos do Município de Sant'Ana do Livramento

5.2.1 Caracterização do Território

Nome do Município: Sant'Ana do Livramento

Data da Criação: 31 de julho de 1823.

Ano de instalação: 1857

Região Sanitária: 10ª CRS

Região de Saúde: 3ª - Centro Oeste

COREDE: Fronteira Oeste

PDR: 2002 atualizado pelo Mapa da Saúde em 2014

Nível de Gestão: Gestão Plena da Atenção Básica, com adesão ao Pacto pela Saúde, de Gestão e pela Vida em 2012. E Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, desde abril de 2016.

Plano Municipal de Saúde: 2018/2021

Área Geográfica: 6.950,370 Km²

Densidade demográfica: 11,86 hab/km²

População Total: 82.464 habitantes (IBGE, censo 2010).

População Urbana: 74.410 hab. - 90.23%

População Rural: 8054 hab. – 9.77%

IDHM 2010: 0,727

Faixa do IDHM: Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799)

IDH – 0,803 – Censo 2010

Expectativa de vida ao nascer	**Renda Per capta**
- Brasil- 73.44 anos	- Brasil – R$ 23.348,00
- RS – 75.55 anos	- RS – R$ 20.036,00
- Livramento – 72.17 anos	- Livramento – R$ 12.240,76

5.3 Características Gerais do Município

5.3.1 Panorama Demográfico

5.3.1.1 Localização

Figura 1Mapa de Localização de Município

Localização de Santana do Livramento no Estado/RS	
Unidade federativa	Rio Grande do Sul
Mesorregião	Sudoeste Rio-grandense IBGE/2010
Microrregião	Campanha Central IBGE/2010[1]
Municípios limítrofes	Rivera, Dom Pedrito, Quaraí e Rosário do Sul.
Distância até a capital	498 km

5.3.1.2 Localização na Regional

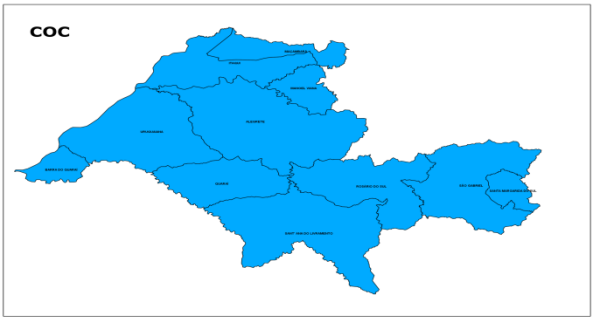


Figura 2Mapa de Localização Regional do Município

10ª COORDENADORIA*: 11 Municípios/465.038 habitantes*

5.3.2 Características da Malha Viária

A principal rodovia de acesso a Sant'Ana do Livramento é a BR-293. Sant'Ana do Livramento fica distante 105 km de Rosário do Sul, 93,6 km de Dom Pedrito e 112 km de Quarai sendo os municípios Brasileiros mais pertos e fica a 492 km da capital do Estado, Porto Alegre, além de formar uma conurbação com a cidade Uruguaia de Rivera.

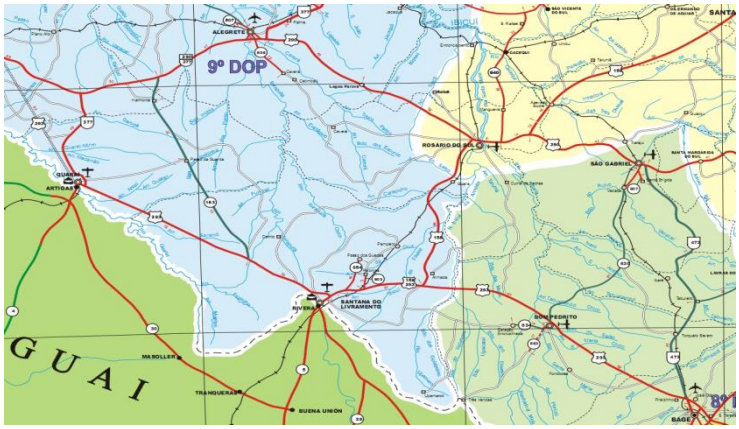


Figura 3Localização Estadual do Município

5.4 Histórico do Município

5.4.1 Caracterização /Município

Sant'Ana do Livramento é um dos municípios mais antigos, históricos e de maior extensão territorial do RS. O povoamento da cidade de Sant'Ana do Livramento é resultado de acampamentos militares, onde no século XIX marcaram o início da intensa ocupação fronteriça e também fizeram parte do projeto português de expansão na direção das terras espanholas (SÁNCHEZ, 2002).

Em 1822 os moradores do então distrito do Alegrete, imediações do antigo acampamento de São Diogo buscavam a licença para a edificação de uma capela, onde pudessem congregar-se para os ofícios sacros. No ano seguinte um dos Sesmeiros, Antonio José Menezes, doou meia légua quadrada de campo para

edificação dessa capela, razão pela qual é considerado fundador de Sant'Ana do Livramento (SANT'ANA DO LIVRAMENTO, 2003).

Após quatro anos da fundação do povoado da Capela Nossa Senhora do Livramento, em 1857, emancipando-se do município de Alegrete, foi elevada à categoria de município. Com a eleição dos sete Vereadores, a Câmara foi instalada no dia 29 de julho no mesmo ano (SANT'ANA DO LIVRAMENTO, 2003).

Fundada sob a invocação de Nossa Senhora a partir de 1830 a padroeira passou a ser Sant'Ana. Quanto a essa mudança não existe nenhum documento oficial. As histórias "deixadas" pelos moradores antigos apontam uma explicação. Relatam, então, que existia uma fazendeira muito rica, chamada Ana Ilha Vargas, que pela sua influência, conseguiu que a nomeação da povoação que se formava, fosse mudada para Santa Ana. Como o uso já consagrara o nome de Livramento, houve uma junção,passando então a ser oficialmente Sant'Ana do Livramento (SANT'ANA DO LIVRAMENTO, 2003).

Escolhida para concentração de todas as forças em operação tanto nas campanhas do Prata (1826), como na guerra contra Juan Manoel de Rosas (1851/1845), foi ainda cenário de inúmeros combates nas Revoluções Farroupilha (1835 e 1845) e Federalista (1893/1895), bem como nos movimentos armados de 1923, 1924, 1925 e 1926 (SANT'ANA DO LIVRAMENTO, 2003).

Situada sobre a fronteira seca com a República Oriental do Uruguai e em frente a Rivera, as duas cidades são apenas separadas por ampla Avenida e o majestoso Parque Internacional.

O intercambio social, cultural e comercial com Rivera/Uruguai, cuja população é quase a mesma de Sant'Ana faz com que ambas vivam irmanadas e em permanente comunhão, contribuindo para transformá-las num verdadeiro monumento ao Pan- americanismo.

5.4.2 Histórico do IBGE

O Município de Santana do Livramento foi, inicialmente, ocupado pelos índios minuanos e charruas. Por volta do ano de 1810, houve um combate entre forças portuguesas e espanholas, saindo vitoriosas as primeiras. Posteriormente, os oficiais que guarneciam as fronteiras foram aos poucos levantando moradias, constituindo, assim, os primeiros núcleos de colonização no território.

Em 1834, a Sra. Ana Ilha de Vargas, fazendeira abastada, doou à igreja uma imagem de Nossa Senhora de Santa Ana, na condição de ser esse o nome dado ao curato. O município passou, então, a denominar-se Sant'Ana do Livramento e, mais tarde, somente Livramento. Em 1957, foi restituída a antiga denominação.Formação Administrativa Distrito criado com a denominação de Sant'Ana do Livramento, por lei provincial nº 156, de 07-08-1848, no município de Alegrete.

Elevado à categoria de vila com a denominação de Santana do Livramento, por lei provincial nº 351, de 10-02-1857, desmembrado de Alegrete. Constituído do distrito sede. Instalado em 29-06-1857.

Elevado à cidade, por lei provincial nº 1013, de 06-04-1876.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o município é constituído de 4 distritos: Santana do Livramento, São Diogo, Upamaroti e Quaraí.

Por ato municipal nº 18, de 01-08-1912, é criado o distrito de Ibicuí, Pedregal, Conceição e Passo do Espinilho e anexado ao município de Santana do Livramento.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o município é constituído de 7 distritos: Santana do Livramento, Upamaroti, Ibicuí, Conceição, São Diogo, Passo do Espinilho e Pedregal. Não figurando o distrito de Quaraí.

Em divisões territoriais datadas de 31-12-1936 e 31-12-1937, o município já denominado Livramento figura com 7 distritos: Livramento, Conceição, Ibicuí, Passo do Espinilho, São Diogo, Upamaroti e Vista Alegre. Não figurando o distrito de Pedregal.

Pelo decreto estadual nº 7.199, de 31-03-1938, o município de Sant'Ana do Livramento passou a denominar-se Livramento e o distrito de Conceição passou a denominar-se Porteirinha. Ainda sob o mesmo decreto acima citado os distritos de Passo do Espinilho e Vista Alegre foram anexados ao distrito de Porteiruinha ex-Conceição.

No quadro para vigorar no período de 1939-1943, o município é composto dos distritos de Livramento (zonas: Livramento, Upamaroti, Ibicuí e Porteirinha. No quadro para vigorar no período de 1944-1948, o município é composto de Livramento (formado por 3 subdistritos: Livramento, Upamoroti, Ibicuí e Pampeiro (ex-Porteirinha).

Pelo decreto-lei estadual nº 720, de 29-12-1944, o distrito de Upamaroti, Ibicuí foram extintos. Sob o mesmo decreto o distrito de São Diogo foi extinto sendo seu território anexado ao distrito de Pampeiro.

Em divisão territorial datada de 1-07-1950, o município é constituído de 2 distritos: Livramento e Pampeiro.

Pela lei estadual nº 3308, de 13-12-1957, o município de Livramento passou a denominar-se Sant'Ana do Livramento.

Em divisão territorial datada de 1-07-1960, o município já denominado Sant'Ana do Livramento é constituído de 2 distritos: Sant'Ana do Livramento e Pampeiro.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 18-08-1988.

Em divisão territorial datada de 1-06-1995, o município é constituído de 7 distritos: Sant'Ana do Livramento, Cati, Espinilho, Ibicuí, Pampeiro, São Diogo e Upamaroti. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 14-05-2001.

Alterações Toponímicas Municipais Sant'Ana do Livramento para Livramento alterado em divisões territoriais datadas de 31-07-1936 e 31-12-1937 Livramento para S'Antana do Livramento alterado, pela lei n º 3308, de 13-12-1957.

Alteração Toponímica Distrital Conceição para Porteirinha alterado, pelo decreto estadual nº 7199, de 31-03-1938.

Distrito Extinto pelo decreto-lei estadual os distritos de Upamaroti, Ibicuí foram extintos.

5.5 Indicadores Sócio- Econômicos

5.5.1 Determinantes e Condicionantes de Saúde

Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou “as características sociais dentro das quais a vida transcorre” (Tarlov,1996).

Ao atuarmos sobre as causas das desigualdades de saúde e doença, temos a oportunidade de melhorar a saúde nas regiões mais vulneráveis da cidade. Uma das causas mais importantes são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham (determinantes sociais de saúde).

5.5.2 Aspectos Sócio - Econômicos

O objetivo dessa subseção é apresentar um prisma de indicadores sócio-econômicos relacionados: ao Produto Interno Bruto (PIB), o IDH, a educação, trabalho e renda.

5.5.3 Componentes

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Sant'Ana do Livramento é 0,727, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,846, seguida de Renda, com índice de 0,715, e de Educação, com índice de 0,636.

Tabela 1 Indice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Sant'Ana do Livramento

IDHM e componentes	**1991**	**2000**	**2010**
IDHM Educação	*0,382*	*0,529*	*0,636*
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	36,76	46,53	57,33
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	38,55	71,48	88,04
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	60,25	77,37	89,76

% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	37,78	50,76	56,84
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	19,09	26,16	33,43
IDHM Longevidade	*0,706*	*0,792*	*0,846*
Esperança de vida ao nascer (em anos)	67,37	72,54	75,77
IDHM Renda	*0,641*	*0,696*	*0,715*
Renda per capita (em R$)	431,03	607,21	685,04

Evolução

Entre 1991 e 2000

O IDHM passou de 0,557 em 1991 para 0,663 em 2000 - uma taxa de crescimento de 19,03%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 76,07% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,147), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 2000 e 2010

O IDHM passou de 0,663 em 2000 para 0,727 em 2010 - uma taxa de crescimento de 9,65%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 81,01% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,107), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 a 2010

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,557, em 1991, para 0,727, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 30,52% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 61,63% para o município e 53,85% para a UF. No município, a

dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,254), seguida por Longevidade e por Renda. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.

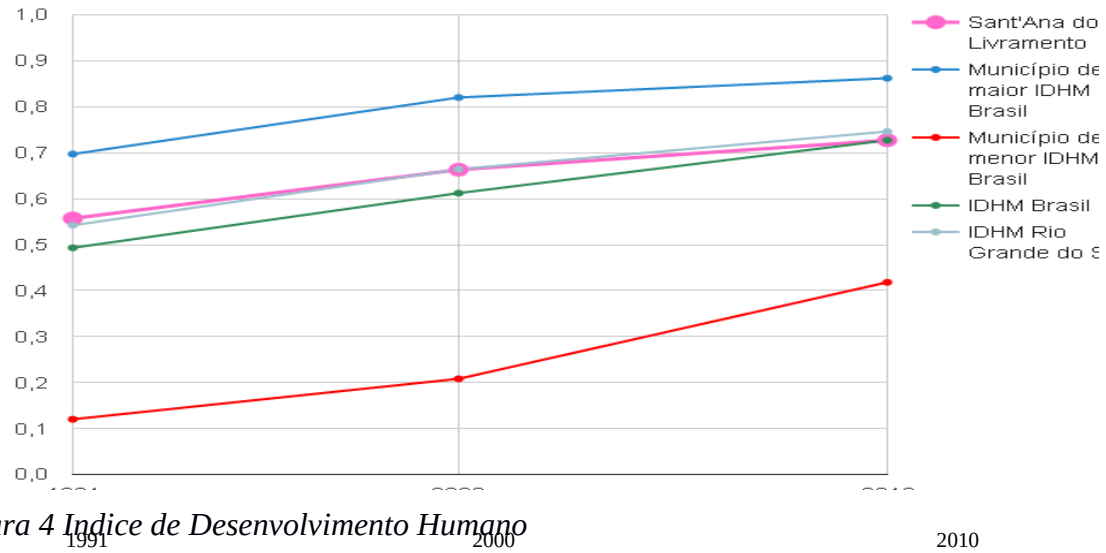


Figura 4 Índice de Desenvolvimento Humano

5.5.4 Ranking

Sant'Ana do Livramento ocupa a 1.107ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

5.6 Indicadores Populacionais

5.6.1 Demografia e Saúde

5.6.1.1 População

Entre 2000 e 2010, a população de Sant'Ana do Livramento cresceu a uma taxa média anual de -0,96%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nessa década, a taxa de urbanização do município passou de 92,96% para 90,23%. Em 2010 viviam, no município, 82.464 pessoas.

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 1,39%. Na UF, esta taxa foi de 1,21%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 91,66% para 92,96%.

Tabela 2 População Total, por Gênero, Rural/Urbana - Sant'Ana do Livramento - RS

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	80.252	100,00	90.849	100,00	82.464	100,00
Homens	39.044	48,65	43.990	48,42	39.376	47,75
Mulheres	41.208	51,35	46.859	51,58	43.088	52,25
Urbana	73.557	91,66	84.455	92,96	74.410	90,23
Rural	6.695	8,34	6.394	7,04	8.054	9,77

5.6.1.2 Estrutura Etária

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 55,33% para 52,64% e a taxa de envelhecimento, de 7,92% para 11,33%.

Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 57,91% e 7,11%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,94% em 2000 e 45,92% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

Tabela 3 Estrutura Etária da População - Sant'Ana do Livramento - RS

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	23.723	29,56	26.958	29,67	19.533	23,69
15 a 64 anos	50.822	63,33	56.697	62,41	53.589	64,98
65 anos ou mais	5.707	7,11	7.194	7,92	9.342	11,33
Razão de dependência	57,91	-	55,33	-	52,64	-
Índice de envelhecimento	7,11	-	7,92	-	11,33	-

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

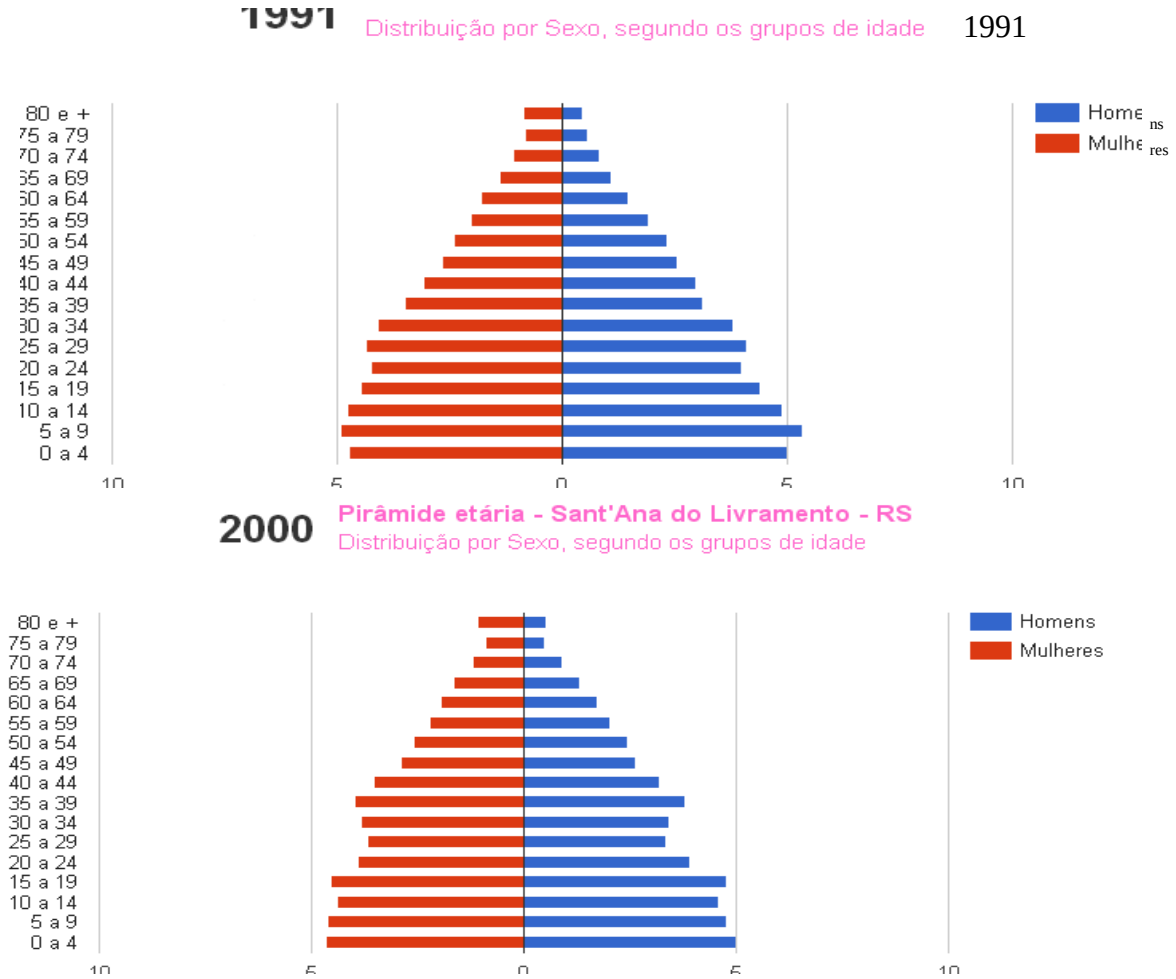
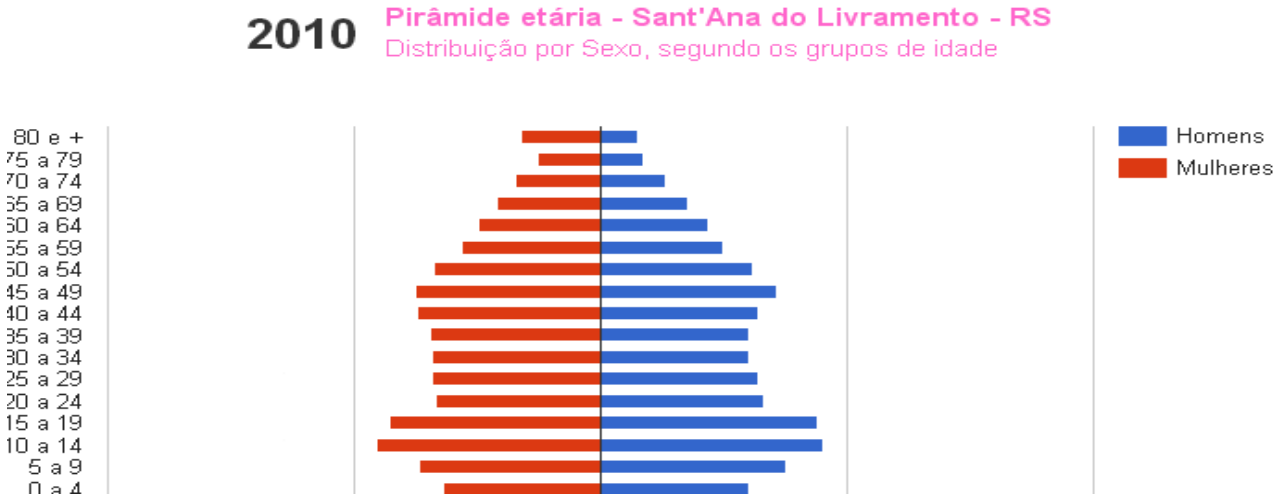


Figura 5 Pirâmede Etária



O município de Sant'Ana do Livramento apresenta segundo o senso realizado em 2010 uma população de 82.464 habitantes com estimativa de crescimento populacional para o ano de 2013 de 83.702, sendo esta predominantemente urbana conforme quadro abaixo. O município apresenta atualmente uma densidade demográfica de 11,86(hab/km²), conforme dados fornecidos pelo IBGE.

Tabela 4 População de San'Ana do Livramento

População Estimada 2013 - IBGE	83.702
População Censo IBGE 2010	82.464
População Rural – FEE 2010	8.054
População Urbana – FEE 2010	74.410

Fonte: IBGE e FEE Dados

Na demonstração da pirâmide etária podemos verificar que os idosos representam 16,06% (13.244 hab.) da população, crianças e adolescentes representam 31,72% (26.159 hab.) da população e 52,22% da população do município é economicamente ativa. De acordo com informações presentes no diagnóstico local realizado em 2007 o município apresenta um fluxo mensal de mais de 50.000 pessoas (Diagnóstico Local de Sant'Ana do Livramento 2007).

Cabe também ressaltar peculiaridade do Município que decorre da presença de 29 assentamentos rurais, não havendo no estado outro município com esta característica.

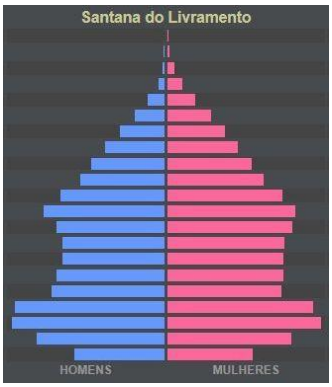


Figura 6 Pirâmide Etária - Homens e Mulheres

Fonte: IBGE

Abaixo os dados expostos de maneira tubular, explicando o gráfico apresentado anteriormente.

Tabela 5 População por Ciclo de Vida

Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	2181	2090	4271
5 a 9 anos	3114	3038	6152
10 a 14 anos	3735	3753	7488
15 a 19 anos	3631	3537	7168
20 a 24 anos	2734	2758	5492
25 a 29 anos	2632	2820	5452
30 a 34 anos	2483	2823	5306
35 a 39 anos	2492	2849	5341
40 a 44 anos	2639	3070	5709
45 a 49 anos	2932	3113	6045
50 a 54 anos	2536	2790	5326
55 a 59 anos	2052	2338	4390
60 a 64 anos	1798	2058	3856
65 a 69 anos	1445	1727	3172
70 a 74 anos	1096	1411	2507
75 a 79 anos	708	1054	1762
80 a 84 anos	394	707	1101
85 a 89 anos	155	386	541
90 a 94 anos	54	160	214
95 a 99 anos	21	53	74

mais de 100 anos		16	16
TOTAL	**38832**	**42551**	**81383**

Fonte: IBGE

5.6.1.3 Longevidade, Mortalidade e Fecundidade

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 17,9 por mil nascidos vivos, em 2000, para 11,7 por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 25,3. Já na UF, a taxa era de 12,4, em 2010, de 16,7, em 2000 e 22,5, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 por mil nascidos vivos para 16,7 por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 por mil nascidos vivos. Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

Tabela 6 Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Sant'Ana do Livramento - RS

	1991	**2000**	**2010**
Esperança de vida ao nascer (em anos)	67,4	72,5	75,8
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	25,3	17,9	11,7
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	29,6	20,8	13,7
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	3,1	2,6	2,1

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

No ano de 2016 a taxa de mortalidade Infantil no município foi de 10,06 por mil NV.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 3,2 anos na última década, passando de 72,5 anos, em 2000, para 75,8 anos, em 2010. Em 1991, era de 67,4

anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

5.7 Indicadores Econômicos

5.7.1 Renda

A renda per capita média de Sant'Ana do Livramento cresceu 58,93% nas últimas duas décadas, passando de R$ 431,03, em 1991, para R$ 607,21, em 2000, e para R$ 685,04, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 2,47%. A taxa média anual de crescimento foi de 3,88%, entre 1991 e 2000, e 1,21%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 33,55%, em 1991, para 21,16%, em 2000, e para 13,21%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,60, em 1991, para 0,60, em 2000, e para 0,54, em 2010.

Tabela 7 Renda, Pobreza e Desigualdade - Sant'Ana do Livramento - RS

	1991	**2000**	**2010**
Renda per capita (em R$)	431,03	607,21	685,04
% de extremamente pobres	12,41	6,73	3,97
% de pobres	33,55	21,16	13,21
Índice de Gini	0,60	0,60	0,54

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

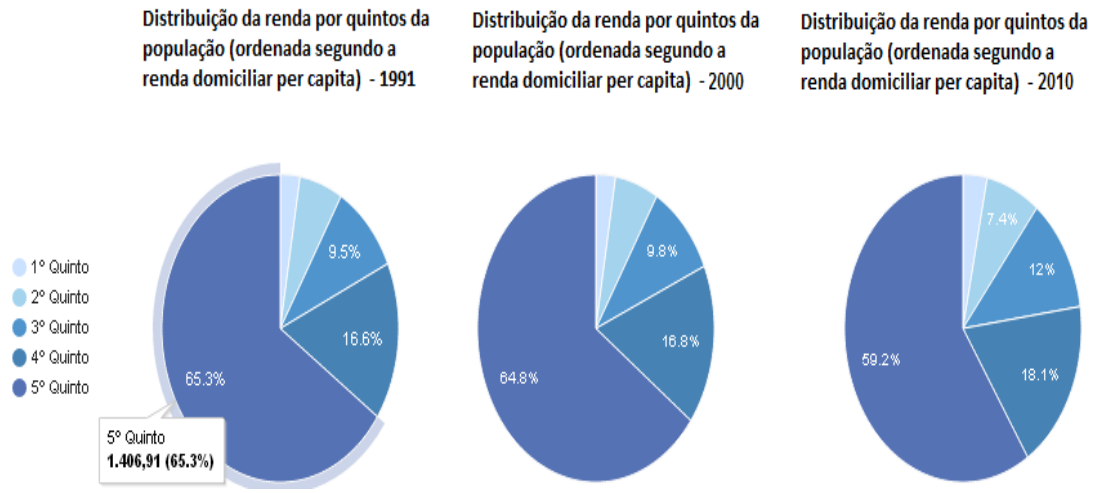


Figura 7 Distribuição de Renda da População

5.8 Indicadores Educacionais

5.8.1 Educação

5.8.1.1 Crianças e Jovens

Proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 88,04%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 89,76%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 56,84%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 33,43%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 49,49 pontos percentuais, 29,51 pontos percentuais, 19,06 pontos percentuais e 14,34 pontos percentuais.

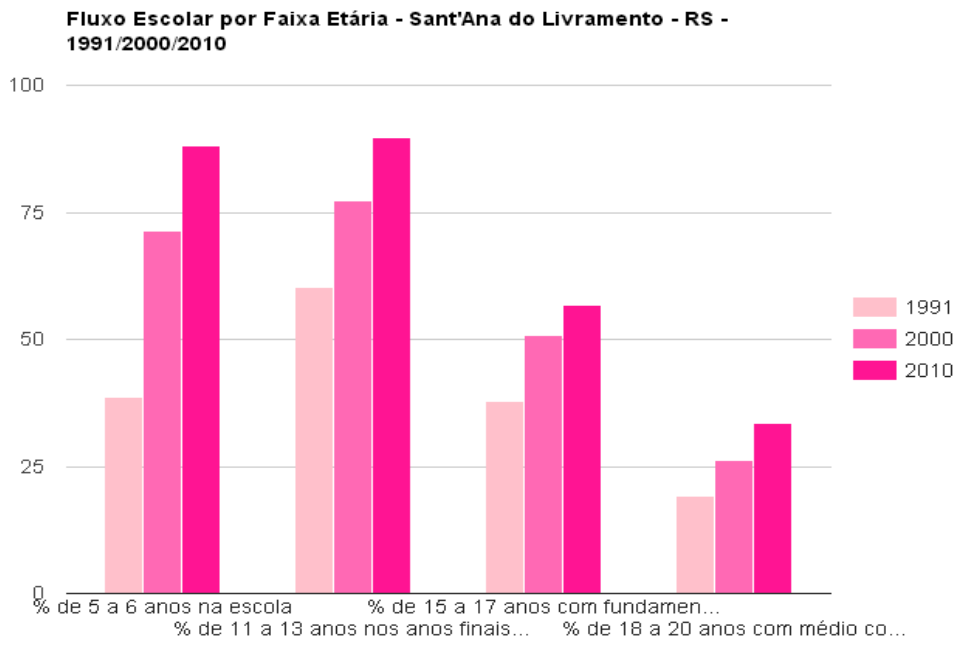
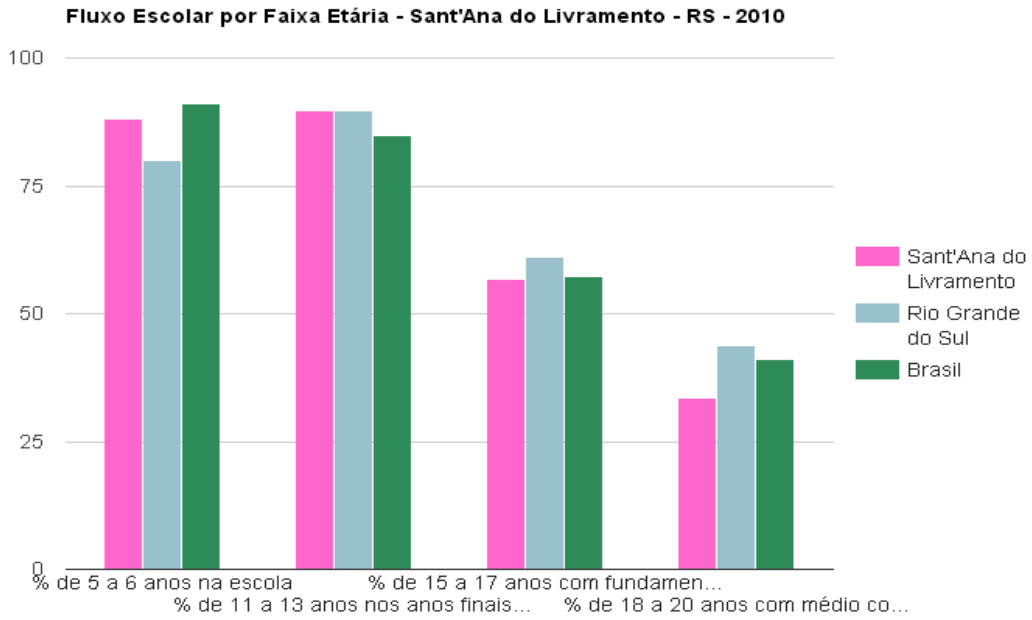


Figura 8 Fluxo Escolar por Faixa Etária



Em 2010, 83,89% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 85,08% e, em 1991, 78,53%.

Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 9,19% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 7,29% e, em 1991, 6,54%.

5.8.1.2 Expectativa de anos de Estudo

O indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010, ela passou de 10,61 anos para 10,57 anos, no município, enquanto na UF passou de 10,25 anos para 10,00 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo era de 10,37 anos, no município, e de 10,25 anos, na UF.

5.8.1.3 População Adulta

Também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 46,53% para 57,33%, no município, e de 39,76% para 54,92%, na UF. Em 1991, os percentuais eram de 36,76%, no município, e 30,09%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 4,97% eram analfabetos, 54,71% tinham o ensino fundamental completo, 34,75% possuíam o ensino médio completo e 9,91%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27%.

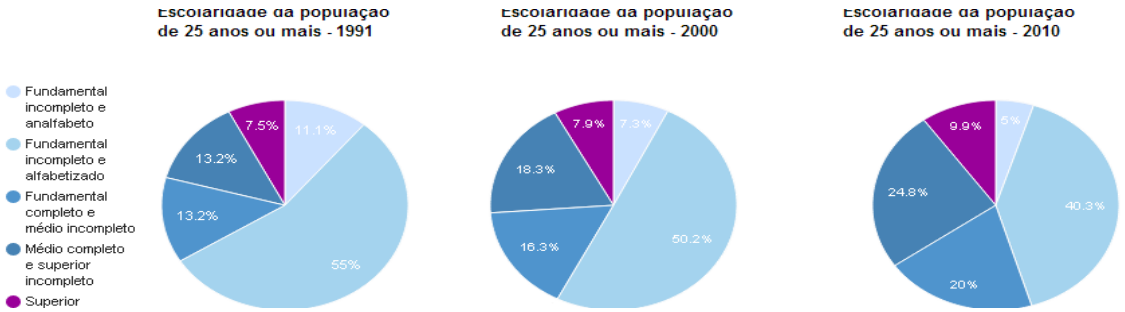


Figura 9 Escolaridade da População

5.9 Trabalho

Composição da população de 18 anos ou mais de idade – 2010

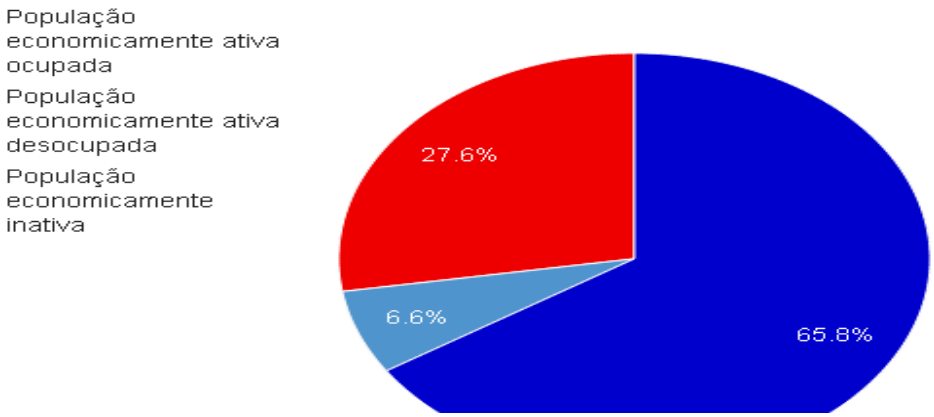


Figura 10 Composição da População de 18 anos ou mais de idade

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

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 66,70% em 2000 para 65,82% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 13,56% em 2000 para 6,63% em 2010.

Tabela 8 Ocupação da População de 18 anos ou mais - Sant'Ana do Livramento - RS

	2000	**2010**
Taxa de atividade	66,70	65,82
Taxa de desocupação	13,56	6,63
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	57,42	51,27
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo	52,96	62,33
% dos ocupados com médio completo	32,33	41,27
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m.	50,23	29,66
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m.	77,27	78,27
Percentual dos ocupados com rendimento de até 5 salários mínimo	92,42	93,56

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 15,08% trabalhavam no setor agropecuário, 0,09% na indústria extrativa, 3,59% na indústria de transformação, 5,26% no setor de construção, 0,86% nos setores de utilidade pública, 20,36% no comércio e 43,18% no setor de serviços.

5.10 Habitação

Tabela 9 Indicadores de Habitação - Sant'Ana do Livramento RS

	1991	**2000**	**2010**
% da população em domicílios com água encanada	75,25	89,07	97,13
% da população em domicílios com energia elétrica	93,32	96,88	99,51
% da população em domicílios com coleta de lixo. *Somente para população urbana.	83,40	94,42	98,70

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

5.11 Vulnerabilidade Social

Tabela 10 Vulnerabilidade Social - Sant'Ana do Livramento - RS

5.11.1 Crianças e Jovens	**1991**	**2000**	**2010**
Mortalidade infantil	25,25	17,90	11,70
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	82,13	63,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	15,05	3,03	2,45
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	15,48	9,90
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	2,51	3,17	1,68
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	6,35	8,43
5.11.2 Família	**1991**	**2000**	**2010**
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	10,01	16,47	18,12
% de vulneráveis e dependentes de idosos	4,68	2,68	2,62

% de crianças com até 14 anos de idade que têm renda domiciliar per capita igual ou inferior a R$ 70,00 mensais	20,97	12,35	7,17
5.11.3 Trabalho e Renda	**1991**	**2000**	**2010**
% de vulneráveis à pobreza	59,80	43,26	31,06
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	40,67	34,28
5.11.4 Condição de Moradia	**1991**	**2000**	**2010**
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	67,58	84,19	93,01

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

6 CARACTERÍSITICAS DO SISTEMA DE SAÚDE

6.1 Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde de Sant'Ana do Livramento foi instituída através da Lei Municipal n.4.709, de 27 de novembro de 2003.

6.2 Planejamento Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde

Mais do que simples cumprimento de procedimentos legais, o presente trabalho define metas e estabelece o compromisso da administração pública de Sant'Ana de Livramento, por meio de extenso cronograma de ações. O Planejamento Estratégico, que incluiu a elaboração do PPA, é resultado de oficinas de trabalho e amplas discussões com a sociedade, corpo técnico da Prefeitura e lideranças políticas. O documento mostra os rumos que a cidade deverá trilhar para alcançar seu desenvolvimento por meio da definição da visão de futuro. Entendemos que qualquer programa de gestão pública deve ser desenvolvido de forma transparente e com participação democrática, com a tomada de medidas a partir de conceitos estabelecidos por meio de ações integradas. Essa tomada de posição visa privilegiar o diálogo na busca do futuro a partir de um presente inovador, no qual as decisões coletivas se sobressaem como fatores essenciais do desenvolvimento sustentável em todas as áreas.

Nossos programas convidam permanentemente os moradores para a co-gestão responsável e solidária da cidade, visando a transparência e o aperfeiçoamento constante da democracia.

6.3 Valores e Princípios Organizacionais

MISSÃO

Promover saúde para todos, com qualidade.

VALORES E COMPORTAMENTO

- Estimular o debate contínuo sobre as políticas públicas em saúde. Comprometimento com o SUS;

- Consolidar os princípios e diretrizes do SUS, garantindo o vínculo estatal dos servidores;
- Aprimorar os serviços, com corresponsabilização e participação social. Compromisso com a qualidade Assegurar processos de planejamento, execução, avaliação e reestruturação de serviços;
- Criar canais de construção e socialização do conhecimento;
- Criar canais de comunicação efetivos entre os diversos atores do sistema;
- Valorizar atitudes, opiniões e espaços, tanto individuais quanto coletivos;
- Entender as diferenças, mantendo a cordialidade;
- Ter transparência nas relações com os trabalhadores do SUS e cidadãos/usuários, e nos processos de trabalho;
- Trabalhar com Ética e Respeitar as diversidades.

VISÃO

Oportunizar o acesso de 100% da população a um sistema público de saúde, com gestão plena tendo como ordenadora do cuidado a ESF.

6.4 Acesso a Ações e Serviços de Saúde

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais e passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania no Brasil. Por este motivo, um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o acesso da população a ações e serviços de saúde de qualidade.

O acesso qualificado se traduz na equidade, na humanização do cuidado, na integralidade da atenção e no atendimento em tempo adequado às necessidades individuais e coletivas. A adoção de modelo organizativo de ações e serviços, baseado em redes de atenção, que favoreçam a superação da fragmentação existente entre eles e o preenchimento de vazios assistenciais constituem o cerne do esforço a ser empreendido nos próximos anos. Tal organização deve permitir o

atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão, neste incluídos a eficiência do gasto e o financiamento adequado (Plano Nacional de Saúde – PNS, 2012-2015).

Neste contexto, a estruturação e articulação da rede de atenção à saúde em Santana do Livramento visam à organização do sistema, dentro de um modelo de atenção com conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde dos usuários.

6.5 Modelo de Atenção

O Modelo de Atenção é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias. Estes, por sua vez, devem estar definidos em função da análise situacional considerando os perfis demográficos, epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo, em determinada sociedade (Mendes, 1993).

As Redes de Atenção a Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Para SMS, a integralidade é um dos princípios mais desafiadores do SUS, pois considera as características singulares das condições agudas e crônicas vivenciadas por sujeitos em condições sociais diversas, o que torna complexa a resposta a ser dada pelos cuidados em saúde.

Ao se reconhecer as características das condições de saúde e as condições sociais dos usuários, a singularidade do cuidado prestado, precisa estar organizada para responder de forma qualificada aos problemas identificados. Para isto, é necessário o fortalecimento de estratégias de cuidado que integre todas as esferas de atenção e que sejam compartilhadas e reconhecidas entre os serviços e as partes interessadas - gestores, trabalhadores e usuários. Entre elas, a SMS destaca a necessidade de implementação e fortalecimento da regionalização, das redes de atenção, das linhas de cuidado e do acolhimento, descritos a seguir.

6.6 Territorialização e Regionalização

Para fins de compreensão deste documento, território é entendido como sinônimo de espaço geográfico, pode ser definido como um conjunto indissociável, solidário e contraditório, de sistemas de objetos (fixos) e sistemas de ações (fluxos) (Santos, 1996). No setor saúde, os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania (Monken, ENSP, 2012). Inclui, portanto, tanto a estruturação física e espacial dos serviços como também os fluxos e relações entre serviços, profissionais e estes e os usuários dos serviços.

Na saúde, a Territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos seus processos de trabalho e das suas práticas, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada (Monken e Barcellos, 2005, p. 898).

Sant'Ana do Livramento, município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, e Rivera, município da República Oriental do Uruguai, são cidades que nasceram em meio ás guerrilhas e disputas pela conquista do próprio território, hoje são conhecidas por formar a FRONTEIRA DA PAZ, A MAIS IRMÃ DE TODAS AS FRONTEIRAS. Separadas apenas por uma avenida, o intercâmbio cultural, social e comercial flui naturalmente como se as duas cidades se fundissem formando um único povo.

Por características "suigeneris" de fronteira, a problemática vivida nos dois países potencializa as situações de dificuldades de acesso aos direitos.

A situação econômica municipal é baixa e o desemprego é muito alto, fato que atinge a população como um todo, repercutindo significativamente na manutenção de um tipo de mercado informal.

Na área da saúde a situação de Sant'Ana do Livramento, por ser município fronteiriço, é agravada ao se considerar que um dos critérios de repasse financeiro do SUS é justamente o contingente populacional. Assim, a população estrangeira e os brasileiros que residem no país vizinho, usuários do sistema de saúde brasileiro, não são contabilizados para a base de cálculo dos repasses do Ministério da Saúde. O que acontece é a geração de uma demanda além do

estimado no planejamento local, prejudicando a qualidade e principalmente a sustentabilidade da saúde nestes municípios.

Sant'Ana do Livramento é um dos municípios mais antigos, históricos e de maior extensão territorial do estado do Rio Grande do Sul, ocupando uma área de 6.950,37 km², e está dividido em 07 distritos. Embora os dados da contagem populacional de 2010 indiquem uma diminuição no número total da população do município de Sant'Ana do Livramento, a nosso ver, esses índices referem-se apenas à população residente na cidade, já que a instalação dos assentamentos rurais com aproximadamente 1.500 famílias certamente aumentou a população do campo e não o contrário.

Atualmente em Sant'Ana do Livramento os assentamentos rurais são uma nova realidade na paisagem rural. Além do acesso a terra, faz-se relevante um conjunto de ações para que famílias possam produzir, gerar renda e também ter acesso aos direitos fundamentais, como a saúde.

O Nível de gestão em que o município está habilitado é a de Gestão Plena da Atenção Básica, com Gestão Municipal dos Prestadores Ambulatoriais, desde novembro de 2013 e Gestão dos Serviços Hospitalares a partir da competência de outubro de 2015, conforme compromissos assumidos na Adesão ao Pacto pela Saúde, de Gestão e pela Vida em 2012. Também possuímos a Gestão da Média e Alta Complexidade, quanto aos Prestadores Ambulatoriais Privados e aos Serviços Próprios desde a Competência de Novembro/2013, sendo que, atualmente a Secretaria de Saúde, é responsável pela programação, contratação, monitoramento, fiscalização e pagamento de todos os laboratórios e serviços de imagem contratados, para usuários do SUS.

Rede de Atenção à Saúde

A atuação territorializada e regionalizada do SUS visa ao estabelecimento das redes de atenção à saúde (RAS), definidas pelo MS (BRASIL, 2010) como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades

tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado".

Como estrutura da gestão descentralizada da SMS, existe uma coordenação (geralmente um enfermeiro) que são responsáveis pelas Unidades de Saúde da Atenção Primária em Saúde. Estes estão sob a coordenação da Coordenação da Atenção Básica e Coordenação da Média e Alta complexidade.

O fato é que todos estes serviços atuam sobre os mesmos territórios e, com isso, há a necessidade de fortalecimento da compreensão do trabalho em rede em todas as esferas. Diante do exposto, um dos desafios da SMS para o quadriênio 2016-2019 está na integração entre as esferas de atenção e seus respectivos equipamentos assistenciais.

Das principais ferramentas integradoras dos pontos de atenção, a regulação dos serviços tem como objetivo qualificar o acesso e realizar a integração entre os pontos da rede em todas as esferas de atenção ao regular o acesso aos serviços especializados e de urgência.

6.7 Atenção Primária em Saúde (APS)

Considerada a principal porta de entrada do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) fundamenta-se pela atuação sobre a promoção e prevenção da saúde, com foco nas causas mais prevalentes de agravos que acometem a população, além do manejo sobre as doenças existentes. Para cumprir essa atuação, precisa estar dispersa em quantidade e qualidade suficiente no território local, considerando os seus atributos (Starfield, 2002, p. 61):

- ***Atenção ao primeiro contato***, que implica a acessibilidade do serviço pela população, que precisa perceber que o serviço está disponível para atendê-la;
- ***Longitudinalidade***, geradora de vínculo pelo reconhecimento do uso do serviço ao longo do tempo e pela cooperação mútua entre profissionais e usuários;

- ***Integralidade,*** compreendida como arranjos desenvolvidos pelas equipes para que os usuários tenham garantidos todos os serviços os quais necessitam o que inclui das redes de atenção e as referências assistenciais na saúde e também intersetoriais;
- ***Coordenação (integração)*** da atenção com foco na sua continuidade, valorizando e qualificando os prontuários como forma de reconhecer os problemas de saúde e sociais preexistentes do usuário (história pregressa) e também organizando as agendas assistenciais de forma a fortalecer o vínculo e a acessibilidade aos serviços ofertados na unidade e na rede de serviços.

No município, instituir a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado do usuário junto ao sistema de saúde tem se mostrado um desafio.

Consideradas as especificidades regionais quanto à carga de doença e condições socioeconômicas, o direcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em Sant'Ana do Livramento inclui também a qualificação do acesso com equidade aos serviços de APS, com oferta que inclua capacidade diagnóstica e que seja resolutiva.

6.8 Serviços Ofertados na APS

Em Sant'Ana do Livramento, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF) compõem os principais serviços da esfera da APS. Estas têm como fortalecedores o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e as Equipes de Composição de Redução de Danos (RD).

Como principal porta de entrada da população aos serviços ofertados pelo SUS. Segue a seguir os serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde:

6.9 Capacidade Instalada

6.9.1 Rede Física de Saúde Pública/Próprios

Tabela 11 Rede Física de Saúde Pública/Próprios

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	ENDEREÇO DA UNIDADE
ESF JOVELINO SANTANA – EQUIPE I	NAZARENO CENERELI nº 284 – ARMOUR
ESF JOVELINO SANTANA – EQUIPE II	NAZARENO CENERELI nº 284 – ARMOUR
ESF JOVELINO SANTANA – EQUIPE III	NAZARENO CENERELI nº 284 – ARMOUR
ESF MARIA ABEGHAIR – EQUIPE IV	JARDIM DAS FLORES Nº 63
UBS SIMON BOLIVAR – ESF - EQUIPE V	ALDINA SARAIVA JUVENAL Nº 195
UBS VILA REAL – EQUIPE VI	VICENTE ILHA DE VARGAS
UBS PRADO – EQUIPE VII	RODRIGUEZ BARBOZA ESQUINA VISCONDE DE SÃO GABRIEL Nº 31
UBS SANTA ROSA – ESF ALTEMAR GOMES PINTO – EQUIPE VIII	PREFEITO AGENOR BARCELLOS FEIO Nº 09
UBS SANTA ROSA – ESF ALTEMAR GOMES PINTO – EQUIPE IX	PREFEITO AGENOR BARCELLOS FEIO Nº 09
ESF RURAL – EQUIPE X	ANTONIO FERNANDES DA CUNHA Nº 403
ESF CAIC – EQUIPE XI	DOM PEDRO ll N° 2185
UBS PLANALTO	IRMÃO RAFAEL N° 38
UBS DIVISA	RUA JOAQUIM DA COSTA VARGAS, 201
UNIDADE BÁSICA E ESPECIALIZADA DE SAÚDE DR. IVONEY MOREIRA GUEDES	DALTRO FILHO N° 824
UBS PAM	MANDUCA RODRIGUES N°595
SAÚDE DA MULHER	RIVADÁVIA CORREA Nº 744
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	SMS
UNIDADE DE SAÚDE INTEGRAL DO IDOSO	DALTRO FILHO N° 824

CLINICA MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA	**DALTRO FILHO N° 824**
SAE – SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	**RIVADÁVIA CORRÊA**
CAPS I – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	**JOÃO MANOEL Nº 817**
CAPS AD – CENTRO DE AT. PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS	**JOÃO MANOEL Nº 277**
LABORATÓRIO DE FRONTEIRAS	**DALTRO FILHO N° 824**
FARMÁCIA PÚBLICA MUNICIPAL	**RIVADÁVIA CORRÊA Nº429**
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	**SEM. SALGADO FILHO 662**

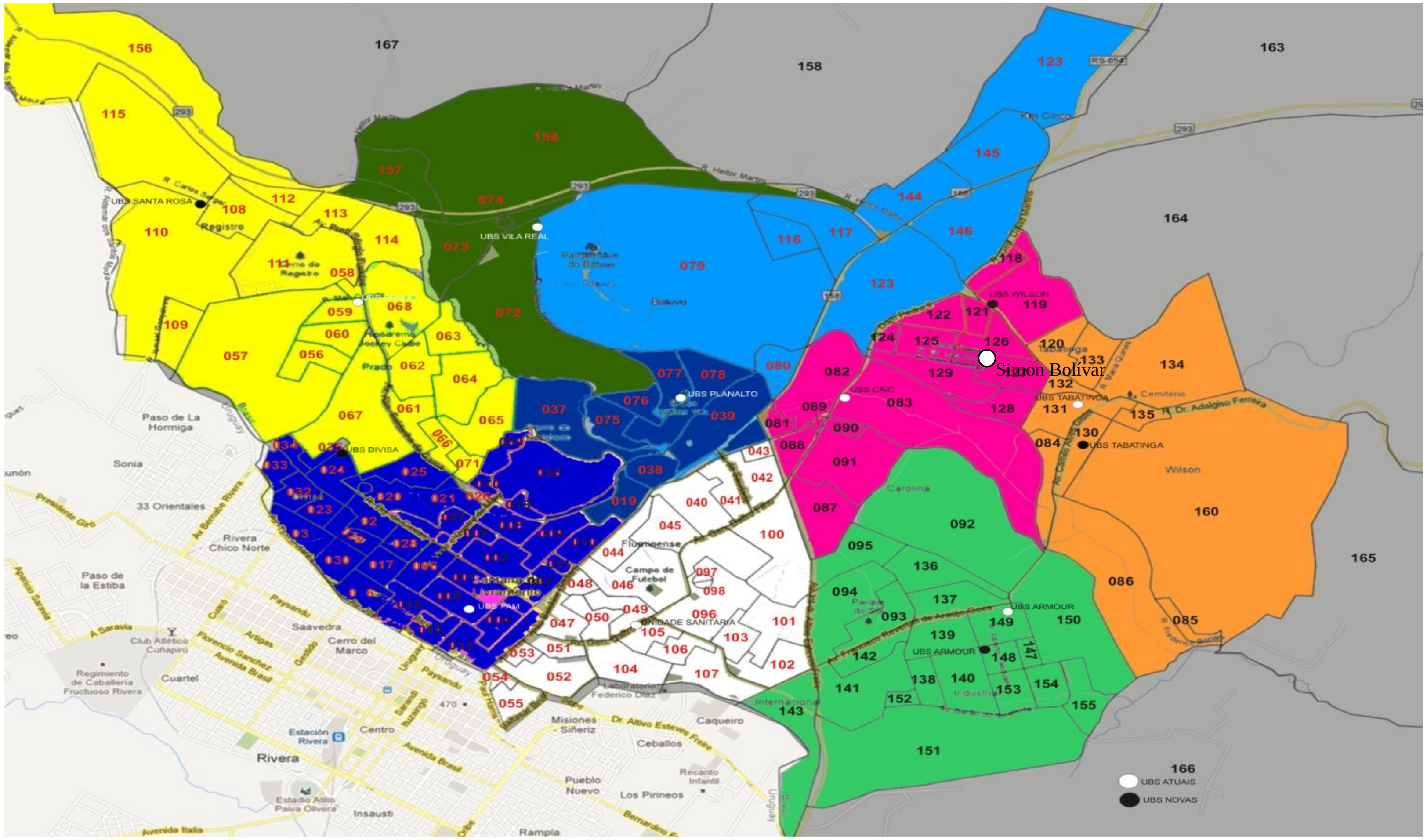


Figura 11 Mapa da Localização das ESF e UBS

6.9.2 Rede Privada Prestadora de Serviço ao SUS

Tabela 12 Rede Privada Prestadora de Serviço ao SUS

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	ENDEREÇO DA UNIDADE	Tipo de Gestão
LABORATÓRIO DR. PIO	TREZE DE MAIO Nº 430	Municipal
LABORATÓRIO DR. BOLIVAR	SENADOR SALGADO FILHO	Municipal
LABORATÓRIO PASTEUR	TREZE DE MAIO	Municipal
LABORATPORIO MEDLAB	TREZE DE MAIO	Municipal
UNIMAGEM	AV. TAMANDARÉ	Municipal
UNIMAGEM SANTANA DO LIVRAMENTO	TREZE DE MAIO Nº 442	Municipal
INSTITUTO DE RADIOLOGIA HUGOLINO ANDRADE	MANDUCA RODRIGUES	Municipal
APAE	VASCO ALVES	Municipal
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTANA DO LIVRAMENTO	MANDUCA RODRIGUES	Municipal
CARDIO NEFROCLÍNICA – TRS – HEMODIÁLISE	SALGADO FILHO	Municipal

6.10 Recursos Humanos

Abaixo quadro de servidores que exercem suas atividades funcionais na Secretaria de Saúde de Sant'Ana do Livramento, com cargo, vinculo e grau de escolaridade – 2017.

Figura 12 Servidores da SMS

CARGO	QUANTIDADE
AGENTE DE COMBATE A ENDEMIAS	25
AGENTE DE SAÚDE	19
AGENTE REDUTOR	8
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	57
ASSES.TEC.PLANE.ELAB.ACOES POL	1
ASSESSOR ESPECIAL 5	1
ASSESSOR TÉCNICO DE NÍVEL SUPERIOR	3
ASSESSOR TÉCNICO	1
ASSISTENTE SOCIAL	2
ATENDENTE I	10
AUXILIAR DE GESTÃO	1
AUXILIAR DE LABORATÓRIO	1
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	10
AUXILIAR DE SECRETARIA	1
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	40
AUXILIAR SERVIÇOS DIVERSOS	1
CALCETEIRO	1
CARPINTEIRO	1
CHEFE SET. CARTAO SUS E RECEPÇÃO	1
CHEFE SETOR GERENC.INFORM.SMS	1
CONTADOR	2
CONTINUO	2
COORDEN.SET.SUPORTE MANUT.SMS	1
COZINHEIRO	3
DIRETOR DE SETOR	3
DIRETOR DEPTO. APOIO ADMIN.SMS	1
ELETRICISTA	1
ENFERMEIRO	30
ESCRITURÁRIO	5
FARMACÊUTICO	4
FARMACÊUTICO BIOQUIMICO	3
FISCAL SANITÁRIO	6
FISIOTERAPÊUTA	9
FONOAUDIÓLOGO	3
JARDINEIRO	1

MECÂNICO I	1
MÉDICO	25
MÉDICO CARDIOLOGISTA	2
MÉDICO CLÍNICA MÉDICA	1
MEDICO GASTROENTEROLOGISTA	1
MEDICO GASTROENTEROLOGISTA	3
MEDICO NEUROPEDIATRA	1
MEDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA	1
MEDICO ONCOLOGISTA	1
MÉDICO PEDIATRA	3
MEDICO PNEUMOLOGISTA	1
MEDICO REUMATOLOGISTA	1
MEDICO UROLOGISTA	1
MEDICO PROCTOLOGISTA	1
MOTORISTA	23
NUTRICIONISTA	4
ODONTÓLOGO	15
OPERÁRIO	14
OPERÁRIO ESPECIALIZADO	5
PEDREIRO	2
PREPARADOR FÍSICO	1
PSICÓLOGO	4
RONDA	18
SECRETÁRIO DE SAÚDE	1
SERVENTE	3
SERVENTE I	10
SERVENTE II	1
SUPERVISOR SET.PROGR.PROJ.INTE	1
TÉCNICO EM CONTABILIDADE	1
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	35
TÉCNICO SANITÁRIO	2
CEDIDOS DE OUTRAS ESFERAS DE GOVERNO	9
ESTAGIÁRIOS	26
MAIS MÉDICOS	15
TOTAL	***492***

Tabela 13 Servidores da Secretaria Municipal de Saúde por vínculo profissional

VINCULO	QUANTIDADE
CARGO EM COMISSÃO	15
CELETISTA POR TEMPO INDETERMINADO	03
CELETISTA EXTRANUMERÁRIO	02
CELETISTA POR TEMPO DETERMINADO	102
EMPREGO PÚBLICO	81
ESTATUTARIO	239
CEDIDOS DE OUTRAS ESFERAS DE GOVERNO	09
ESTAGIÁRIOS	26
MAIS MÉDICOS	15
PROVAB	0
TOTAL	492

Tabela 14 Servidores da Secretaria Municipal de Saúde por Grau de Escolaridade

RECURSOS HUMANOS		ESTATUTARIO	EMPREGO PÚBLICO	CELETISTA	CARGO EM COMISSÃO	TOTAL
NÍVEL SUPERIOR	COMPLETO	90	05	45	06	146
	INCOMPLETO	03	05	01	00	09
NÍVEL MÉDIO	COMPLETO	112	62	45	07	226
	INCOMPLETO	05	01	04	00	10
NÍVEL FUNDAMENTAL	COMPLETO	20	09	06	00	35
	INCOMPLETO	10	00	05	02	17

RECURSOS HUMANOS		MAIS MÉDICOS	ESTAGIÁRIOS
NÍVEL SUPERIOR	COMPLETO	15	-
	INCOMPLETO	-	11
CURSO TÉCNICO	COMPLETO	-	-
	INCOMPLETO	-	15

6.11 Conselho Municipal de Saúde

O Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde - SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição organizada e competências fixadas na Lei 8.142/90. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema de Seguridade Social, proporcionando seu controle social.

A criação dos Conselhos Municipais de Saúde é estabelecida por lei Municipal, Estadual ou Federal, com base na Lei Nº 8.142de 28 de dezembro de 1990. O Conselho Municipal de Saúde de Sant'Ana do Livramento, instituído pela Lei Orgânica do Município (Art.102 inciso 4º), e criado pela Lei Municipal nº 3.610 de 16 de julho de 1997, reformulado pela Lei nº. 5.151 de 14 de Setembro de 2006 e alterada pela Lei 5.417 de 02 de junho de 2008 e pela Lei 5.539 de 31 de Dezembro de 2008.

Este conselho tem suas finalidades definidas no artigo 3º da Lei Municipal nº 5.151, de 14 de setembro de 2006 alterado pelo artigo 1º da Lei Municipal nº 5.539, de 31 de dezembro de 2008; a composição definida no artigo 2º, artigo 3º alterado pelo artigo 1º da Lei Municipal n.º 5.539, de 31 de dezembro de 2008 e pelo artigo 4º da Lei Municipal n.º 5.539, de 31 de dezembro de 2008 e a competência definida no art. 14 da Lei Municipal nº 5.151 de 14 de setembro e sua alteração no art. 4º da Lei Municipal n.º 5.417, de 02 de junho de 2008.

6.11.1 Dos Conselheiros

A participação da comunidade na área da Saúde foi uma conquista do povo Brasileiro depois de muita luta e negociação. O direito da sociedade de participar do controle social na Saúde foi resultado de uma grande mobilização e esta assegurado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela lei 8.142 de 1990. O objetivo era criar uma instancia onde pudessem ser ouvidas vozes de diferentes setores da sociedade e que essas fossem respeitadas. A participação nesses conselhos não é só um direito, mas também um ato de Cidadania.

A mesma Lei 8.142/90 define também que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, ou seja, os Usuários são a metade dos conselheiros em todo o Conselho de Saúde. Conforme deliberação da IX Conferência Nacional de Saúde, a resolução CNS (Conselho Nacional de saúde) disciplina como composição de conselhos de saúde:

- 50% dos usuários;
- 25% de Trabalhadores de Saúde;
- 25% de Gestores e prestadores de serviço SUS.

Os conselhos de Saúde reúnem pessoas que representam posições e propostas ora semelhantes, ora diferentes e às vezes Antagônicas, devendo todos e todas estar a serviço do SUS e de seus Princípios e diretrizes.

6.11.2 Periodicidade de Reuniões

As reuniões acontecem a cada 15 dias ordinariamente e extraordinariamente por convocação do Presidente ou da maioria dos Conselheiros, podendo a sociedade assistir as sessões e fazer uso da palavra.

O Conselho Municipal de Saúde está localizado na Rua General Daltro Filho nº 824, sala 18. O telefone para contato é 3243- 6692 e o e-mail conselhosaudesl@yahoo.com.br ou conselhosaudesl@hotmail.com

6.11.3 Das Atribuições

Os conselhos de Saúde foram criados para identificar, fiscalizar e cobrar soluções para os problemas que a população encontra nessa área, bem como deliberar sobre as políticas públicas para a saúde. As políticas Públicas são o conjunto de medidas que compõe um programa de governo destinado a atender os problemas da sociedade.

A Constituição Federal de 1988 na Seção II, Artigo 196, estabelece que:

“A Saúde é um direito de todos e um dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

É obedecendo a esse dispositivo constitucional e às leis que o regulamentam que os governos Federal, estaduais e Municipais devem elaborar e implementar políticas públicas para atender aos problemas de saúde que afetam a respectiva comunidade e que devem ser seguidas nas diferentes áreas da administração pública. E a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990 e a Lei 8.142 de1990 asseguram a participação popular e o controle social na saúde por meio dos conselhos em todas as esferas do governo (Nacional, Estadual e Federal).

6.12 Instâncias de Controle Social que a SMS participa

1. Conselho Municipal de Saúde - **CMS**
2. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente - **COMDICA**
3. Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência - **COMDEF**
4. Conselho Municipal de Assistência Social **CMAS**
5. Conselho Municipal dos Direitos da Mulher - **COMID**
6. Conselho Municipal sobre Drogas - **CMSD**
7. Conselho Municipal do Povo de Terreiro - **CMPT**
8. Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional – **COMSEA**

6.13 Instâncias de Pactuação

CIR – Comissão Intergestores Regional/ 10ª CRS

CIB - Comissão Intergestores Bipartite/RS

COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde/RS

6.14 Fundo Municipal de Saúde

Como resultado da luta pela reforma sanitária desenvolvida no Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu as bases para a edificação de um novo modelo de gestão da saúde ao determinar a criação do Sistema Único de Saúde –

SUS, como meio de assegurar ao povo brasileiro o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação de sua saúde. Determinou-se, então, que esse sistema deveria ser organizado de forma descentralizada, transferindo-se o poder de decisão e recursos financeiros da União e dos Estados para os Municípios, e administrado em todos os níveis, com a participação da comunidade. Este novo modelo de gestão visa à maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e à avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde.

A responsabilidade pelo financiamento desse sistema é atribuída solidariamente às três esferas de governo (União, Estados e Municípios) e a própria sociedade, no entanto, não se definiu, no momento de elaboração da C.F de 1988, a participação de cada parte nesse financiamento, apenas estabeleceu as fontes de receitas para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Essa questão tem se constituído um dos principais problemas e desafios para a viabilização plena do que se propõe o SUS, o qual foi solucionado, através da Lei Complementar nº 141, que obriga aos estados, Municípios, Distrito Federal e União a aplicarem percentuais sobre os recursos orçamentários próprios para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Visando dar transparência, racionalidade e garantir exclusividade na aplicação desses recursos financeiros, elegeu-se a modalidade de gestão, por meio de um Fundo Especial, em cada nível de governo - instrumento esse já previsto na Lei Federal 4.320/64 nos ART 71 a 74 - com a finalidade de desvincular os recursos financeiros da saúde do sistema de caixa único e assegurar sua aplicação exclusiva, sob a fiscalização da sociedade, através dos Conselhos Municipal de Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde no Município de Sant'Ana do Livramento foi instituído pela Lei Municipal n.º 3611 de 16 de junho de 1997.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) funciona como uma unidade orçamentária dentro do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); possui conta

própria onde mensalmente é repassado o percentual destinado, ou seja, 15% dos recursos próprios.

Os gastos são empenhados em rubricas específicas do Fundo Municipal de Saúde onde todos os gastos são analisados e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

A partir de 2010 o Fundo Municipal de Saúde possui CNPJ próprio com número: 12094007/0001-07.

O Gestor Municipal de Saúde apresenta a cada quadrimestre, ao Conselho de Saúde e em Audiência Pública, no Auditório da Câmara de Vereadores, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e fonte de recursos aplicados, auditorias, serviços produzidos no próprio e contratado, além dos serviços disponibilizados e atendimentos prestados à população no período.

7 PROGRAMAS CONFORME BLOCO DE FINANCIAMENTOS

- Atenção Básica em Saúde;
- Atenção da Média e Alta Complexidade;
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica;
- Gestão do SUS/Cooperação Técnica na Gestão do SUS;
- Investimentos.

7.1 Bloco de Atenção Básica em Saúde

No sistema de saúde de vários países do mundo existe forte tendência de investimento na Atenção Básica. O fortalecimento deste nível de atenção é de fundamental importância para reorganização de sistemas de saúde em nações que buscam promover o acesso igualitário aos serviços e o alcance de um ótimo nível de saúde a todas as classes sociais. Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família atuam como centro de comunicação da Rede de Atenção a Saúde (RAS) em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e assume o papel de coordenadora do cuidado e de ordenadora da rede, por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão. As equipes que atuam na Atenção Básica, com o desenvolvimento da atenção integral, pretendem impactar a situação de saúde da população em face dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Para isso, busca ampliar o acesso, a equidade, a coordenação do cuidado, o vinculo e a continuidade da atenção, assim como a integralidade, a corresponsabilização e a humanização. A fim de atender a esses princípios, desenvolve praticas de cuidado e de gestão democrática, participativas e intersetoriais, dirigidas as populações de territórios definidos pelo trabalho em equipe, respeitando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários e contemplando também questões etnico-raciais dos ciclos vitais e de gênero. Essa deve integrar ações de vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental, trabalhador) e de promoção da saúde, inclusive com a participação de Agentes de Vigilância em Saúde as equipes de ESF, buscando na uniformidade dos territórios de ação um cuidado mais efetivo e atento às necessidades dos indivíduos e comunidades. Pesquisas tem demonstrado que a Atenção Básica pode resolver 80% dos problemas de saúde da população e que os usuários atendidos pelas equipes da Saúde da Família registram maior satisfação com o SUS, e em razão disso, que os indicadores de saúde são melhores nos territórios, onde essa Estratégia está implantada.

7.1.1 Unidades Básicas de Saúde

O município possui 04 UBS, com atendimento a populações que variam entre 5.000 e 7.000 habitantes nas suas áreas de atuação, sendo consideradas unidades de porte adequado para UBS, conforme orientação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A apresentação do quantitativo populacional das UBS evidencia uma heterogeneidade que impõe uma necessidade de ajustes por parte da SMS, considerando as normas de atenção à saúde, vigentes e os melhores resultados atrelados aos modelos assistenciais.

As UBS possuem equipes multidisciplinares, que pode incluir clínico geral, pediatra, ginecologia, enfermeiro, dentista, nutricionista, administrativo entre outros. Com esta composição, atuam em um modelo de atenção assistencial que, por vezes, é segmentado por categoria profissional e tem foco centrado na figura médica.

Dentro deste cenário, os processos assistenciais ocorrem de maneira diversa.

A realização de grupos, por exemplo, não é realidade em todas as unidades. Nas que os realizam, destacam-se os grupos de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) e Gestantes.

A depender da organização interna e do perfil dos profissionais atuantes nas equipes, algumas UBS também realizam Visitas Domiciliares (VD).

Sobre os processos gerenciais nas UBS, a realização de reuniões de equipe é fragilizada devido aos horários diversificados dos profissionais, dificultando a participação de toda a equipe.

7.1.2 Estratégia Saúde da Família

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo

acompanhamento das famílias coloca para as equipes Saúde da Família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a Atenção Básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

A Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do Sistema de Saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa Estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às Equipes Saúde da Família.

O trabalho de Equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade, por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, por prestar assistência integral, permanente e de qualidade e por realizar atividades de

educação e promoção da saúde.

A Estratégia de Saúde da Família tem apresentado grande potencial de reorientação da Atenção Primária, potencial que se relaciona com as características que convergem para ruptura de modelos assistenciais tradicionais, buscando fortalecimento dos princípios do SUS na construção de modelos de atenção mais resolutivos e humanizados.

Acreditamos que, o Programa de Estratégia de Saúde da Família visa estruturar o Sistema Local de Saúde, funcionando como porta de entrada do SUS, devendo articular com os demais Níveis de Atenção à Saúde, como a Média e Alta Complexidade, tanto ambulatorial como hospitalar e a Vigilância em Saúde, focando num modelo de atenção, voltado prioritariamente para promoção da Saúde e prevenção de doenças e agravos, impactando positivamente na qualidade de vida da população.

A promoção da Saúde implica na revisão permanente das práticas de vida que herdamos e perpetuamos em nossas Comunidades. É fundamental, criar condições para construir a Cultura da Qualidade de Vida a partir da Sustentabilidade Humana, Social, Política e Ambiental. Nossos compromissos, individuais e coletivos, multidisciplinares e intersetoriais, com a consolidação do SUS e da Reforma Sanitária, são nosso maior desafio.

7.1.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF

Para apoiar as Equipes de Estratégia de Saúde da Família, o Núcleo de Apoio á Saúde da Família (NASF) surge como uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços

de saúde.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família.

O correto entendimento da expressão “apoio”, que é central na proposta dos NASF, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”. Equipes de referência representam um tipo de arranjo que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez das pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos (geralmente uma responsabilidade quantitativa), o que se busca é construir a responsabilidade de pessoas por pessoas. Ou seja, formar uma equipe em que os trabalhadores tenham uma clientela sob sua responsabilidade, por exemplo, uma equipe responsável por certo número de leitos em um hospital ou, como no caso da Equipe de Saúde da Família, a responsabilidade por uma clientela dentro de um território de abrangência. Então aqui é essencial ressaltarmos que, quando falamos de equipe de referência no Caderno, remetemos-nos à equipe de Saúde da Família, que é a referência de saúde para certa população na APS.

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos. Um pressuposto fundamental da proposta do NASF é o de que deve ocorrer a compreensão do que é conhecimento nuclear do especialista e do que é conhecimento comum e compartilhável entre a equipe de SF e o referido especialista. Tal conhecimento, todavia, é sempre situacional e mutante. Por exemplo: uma equipe que lidasse com grande número de crianças com obesidade ou sobrepeso teria que incorporar grande quantidade de conhecimentos sobre o manejo dessas condições. Assim, um pediatra que fizesse apoio matricial a essa equipe teria que investir grande energia na dimensão técnico-pedagógica, compartilhando conhecimentos com a equipe para que ela pudesse se aproximar da resolutividade desejada para esses casos. Isso vale para

um psicólogo, para um nutricionista ou para qualquer outro especialista que preste apoio para essa equipe. Entretanto, os mesmos especialistas, ao realizar apoio a outra equipe, em uma população diferente, terão que oferecer conhecimentos diferenciados para serem incorporados pela nova equipe.

Outro aspecto-chave no processo de trabalho dos profissionais é a definição das tarefas a serem estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe do NASF e Equipe de Saúde da Família e que devem ser definidas e detalhadas de forma cuidadosa, em função de uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio. Nessa relação entre gestor, Equipe de Saúde da Família e equipe do NASF, deve imperar a flexibilidade, tanto para os critérios como para as próprias atividades do apoiador, ou seja, tudo isso deve ser considerado de forma dinâmica e sempre sujeita a reavaliação e reprogramação.

A implantação do NASF na cidade de Sant'Ana do Livramento demonstra padrões a serem atingidos, tais como, a compreensão de como as atividades devem ser realizadas e a implicação desse trabalho para a população, tanto no trabalho que ocorre conforme o preconizado como aquele que não se faz nessa perspectiva. Desse modo, o NASF, é preconizado para aumentar a resolutividade, a construção da integralidade e a constituição da APS como coordenadora da rede de Atenção à Saúde, com o intuito de identificar fragilidades e potencialidades, conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

7.1.4 Atenção à Saúde Bucal

O município de Sant'Ana do Livramento investe na Atenção Básica por meio da Estratégia de Saúde da Família como reorganização do Sistema Único de Saúde, sendo a Unidade Básica de Saúde a porta de entrada do sistema. A Rede de Assistência Odontológica do município de Sant'Ana do Livramento conta com oito equipes de Saúde Bucal atuando nas Estratégias de Saúde da Família, composta por cirurgião-dentista e Auxiliar de Saúde Bucal. Ainda fazem parte do quadro de dentistas, três odontólogos atuando nas Unidades Básicas de Saúde e uma odontóloga, cedida pelo Governo do Estado, que atua exclusivamente, na Escola Carlos Vidal, que são referências para a população, que não estão

inseridas em áreas de Estratégia de Saúde da Família.

As Equipes de Saúde Bucal inseridas nas Estratégias de Saúde da Família tem possibilitado o atendimento odontológico aos usuários da área de abrangência, tendo como objetivo além do atendimento clínico dos indivíduos, como possibilitar a diminuição da prevalência das doenças bucais. Para isso, buscou-se trabalhar desde o ano de 2013 com indicadores de saúde para possibilitar o planejamento e a organização do serviço, na busca de tentar diminuir os efeitos da odontologia assistencialista e mutiladora do passado.

As prioridades do setor odontológico estão pautadas na melhora das condições de saúde bucal da população, sendo meios para isso:

- Organização assistência saúde do escolar através do PSE (Programa de Saúde Escolar);
- Elaboração do Levantamento Epidemiológico dos agravos de saúde bucal nas áreas de abrangência das Estratégias de Saúde da Família;
- Melhora no sistema de referência e contra referência entre Atenção Básica e especialidades;

A Atenção Odontológica, no município de Sant'Ana do Livramento está disposta através de uma rede articulada que visa à promoção, prevenção e reabilitação da população de forma integral e humanizada. Os serviços estão organizados de maneira que seja possível a assistência na Atenção Básica e especializada inseridas nos diversos programas existentes no município, tendo como principal objetivo promover o controle de prevalência e incidência de cárie dentária através de ações de prevenção e informações que evitem a proliferação destes agravos.

7.1.5 Linhas de Cuidado

Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (Franco e Franco, s/ data). Por este motivo a linha de cuidado

> "[...] incorpora a ideia da integralidade na assistência á saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar; e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais (Franco e Franco, s/ data).

Para isso, envolvem um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida. Entre as tecnologias utilizadas, estão incluídos os protocolos clínicos e sua correspondência nos serviços da rede de atenção, através de sistemas de referência e contra-referência. Para a priorização do desenvolvimento e qualificação das linhas de cuidado, a SMS considera o perfil epidemiológico da população, o impacto na morbimortalidade (anos perdidos de vida) e o seu impacto econômico. Atualmente, em Sant'Ana do Livramento, estão implantadas as linhas de cuidado da Criança e adolescente, da Mulher, do Homem e do Idoso.

7.1.5.1 Linha de Cuidado de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

Propõe garantir à criança e ao adolescente um conjunto de ações integrais e articuladas dentro do contexto social e familiar, visando promover infância e adolescência protegidas e saudáveis.

Por meio de visitas domiciliares realiza busca ativa nos territórios de abrangência e constrói matriciamento de casos com a rede de serviços do município quando necessário. Desenvolve ações educativas e de puericultura até 2 anos de idade com avaliação do crescimento e desenvolvimento, favorecendo-se diagnóstico e tratamento precoce para sub ou sobre alimentação, evitando assim desvios do crescimento que possam comprometer a saúde atual e qualidade de vida futura. Também se promove o aleitamento materno e a alimentação saudável, prevenção de acidentes e medidas de prevenção e cuidado à criança em situação de violência. O Programa é desenvolvido pela Atenção Básica, sendo periodicamente aprimorado, sendo consideradas as recomendações atuais do Ministério de Saúde. Desde 2014, uma profissional técnica de enfermagem vai diariamente ao Hospital Santa Casa de Misericórdia, a qual tem como prioridade, o acompanhamento do desenvolvimento das crianças nascidas neste Hospital e que são atendidas na rede pública, com o objetivo de monitorar o aleitamento materno, a realização das vacinas, o teste do pezinho e à frequência às consultas de puericultura, entre outros aspectos. Todos os recém-nascidos são cadastrados antes de receberem alta da Santa Casa e, as mães são orientadas e encaminhadas à consulta de revisão do bebê e a consulta de puericultura.

REDE DE ASSISTÊNCIA AO RECÉM – NASCIDO

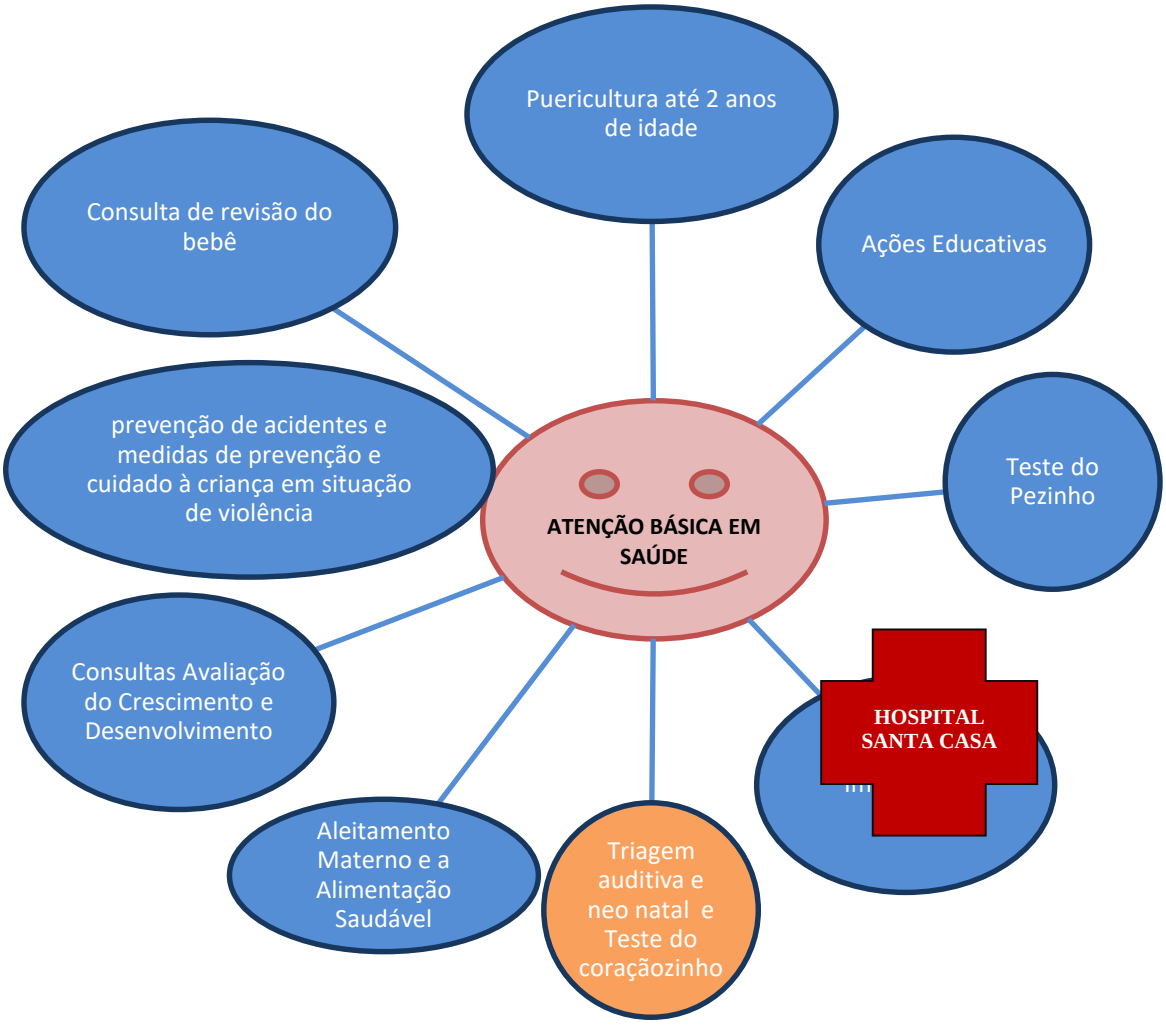


Figura 13 Rede de Assistência ao Recém Nascido

7.1.5.2 Linha de cuidado de Atenção à Saúde da Mulher

O Programa Saúde da Mulher tem por objetivo promover a assistência integral à Saúde da Mulher, com vistas à redução da morbimortalidade deste grupo populacional.

As ações estão voltadas para as linhas do cuidado que compreendem cinco eixos prioritários: planejamento da vida sexual e reprodutiva; pré-natal; parto e puerpério; prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino, câncer de mama e violência sexual.

Garantir a atenção ao pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A relevância do câncer de colo de útero e de mama, caracterizados pelos elevados índices de incidência e mortalidade, justificam o direcionamento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce através da coleta do exame citopatológico, do exame clínico da mama e da mamografia, com referência para o tratamento e o seguimento dos resultados alterados.

7.1.5.2.1 Prevenção do Câncer de Colo de útero e Detecção Precoce do Câncer de Mama

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades.

O Câncer de colo de útero é o segundo tumor mais frequente na população feminina, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano.

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados.

Para direcionar as ações da Secretaria de Saúde, as equipes da Atenção Primária usam o Protocolo Clínico como linha guia na realização da coleta de preventivo de colo de útero e exame clínico das mamas, e sequenciar o encaminhamento das pacientes com alterações nos exames.

A cobertura destes programas é avaliada pela Secretaria de Saúde por meio de relatório mensal, e o seguimento das pacientes com alteração nos exames é realizado pela equipe através de registros de controle da Unidade de

Saúde e Sistema Ministerial, Siscolo e Sismama, que foi unificado em um sistema único denominado SISCAN WEB, iniciado em agosto de 2013.

7.1.5.2.2 Atenção ao pré-natal e puerpério

O acompanhamento da saúde da mulher neste período gravídico-puerperal se dá com vistas a prevenir agravos, promover a saúde, estabelecer o cuidado e instalar medidas vigilância e proteção ao binômio materno-fetal.

Segundo as evidências internacionais, o pré-natal pode ser realizado tanto por médicos quanto por enfermeiros obstetras ou generalistas capacitadas, esta diretriz também é recomendada pela Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Livramento dentro de seu protocolo de assistência específico.

Entretanto é importante alertarmos que uma assistência integral não se faz apenas com consultas, nem apenas por médicos e enfermeiras, por mais competentes, habilidosos ou envolvidos que sejam. Pois integralidade da assistência se faz por meio de múltiplos olhares. Em outras palavras significa o envolvimento de uma equipe multi e transdisciplinar exemplificada pela equipe mínima da Estratégia Saúde da Família incluindo agentes comunitários de saúde, auxiliares ou técnicos de enfermagem. Mas também pela equipe de apoio formada por assistentes administrativos, serviços gerais, médicos pediatras, gineco-obstetras, psicólogos, fisioterapeutas, assistente social, educadores físicos, nutricionistas e tantos outros que compõem o trabalho na atenção primária em saúde. É assim, através deste modelo que o município reduziu e vem controlando os números de mortalidade materno-infantil.

Para aprimorar o cuidado, a Secretaria de Saúde está atualizando o Protocolo de Assistência ao Pré-natal de Baixo Risco.

A revisão está sendo realizada por comissão multiprofissional e intersetorial, tendo como diretrizes o Caderno de Atenção Básica nº 32 – Assistência ao Pré-natal de baixo risco (2012).

O município aderiu foi a Rede Cegonha (portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011), um projeto do governo federal que objetiva a reorganização da rede de assistência materno-infantil inclusive com financiamento federal para o município.

Desta forma com base na Rede da Atenção Básica e Rede Cegonha o município está reorganizando a assistência obstétrica. Na atenção primária são

realizadas consultas de pré-natal de baixo risco (risco habitual) em todas as Unidades de Saúde, que também realizam visitas domiciliares para acompanhamento da gestante, busca ativa das faltosas e acompanhamento das puérperas. As gestantes classificadas como de alto risco são encaminhadas para o ambulatório de gestação de alto risco, mas permanece vinculada a equipe de saúde da Atenção Primária para o melhor acompanhamento. O município conta agora com um ambulatório de Alto Risco, na UBS Dr Ivoney Moreira Guedes.

REDE AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE

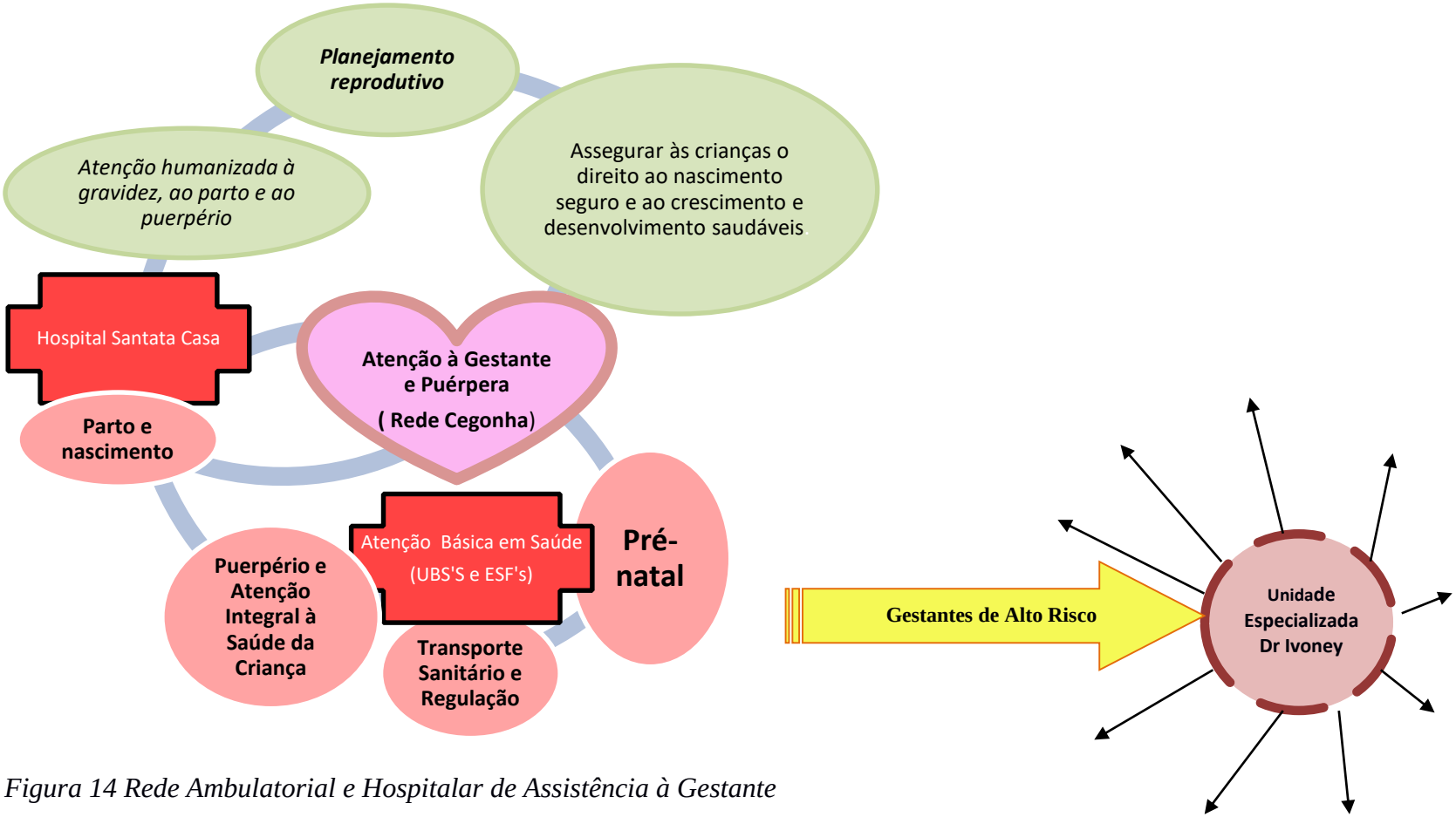


Figura 14 Rede Ambulatorial e Hospitalar de Assistência à Gestante

REDE HOSPITALAR DE ASSISTÊNCIA À GESTANTE

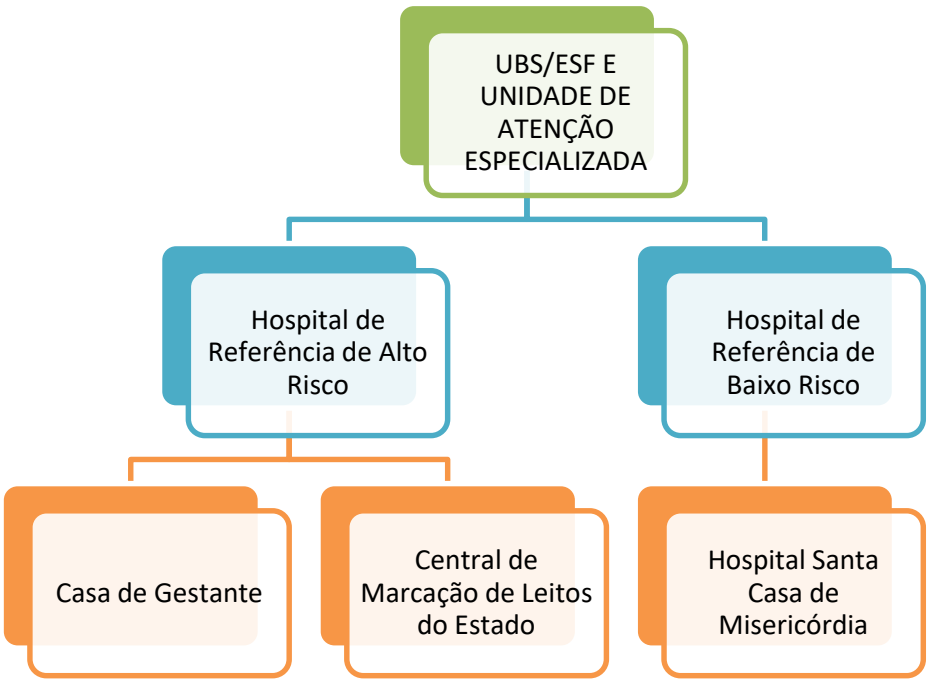


Figura 15 Rede Hospitalar de Assistência à Gestante

7.1.5.2.3 Planejamento Familiar

A assistência ao planejamento familiar está pautada no princípio da paternidade e maternidade responsável e visa oferecer à comunidade atendida, o acesso a orientações e meios para bem planejar a família, proporcionando a atenção necessária tanto perante a opção pela gestação como pelo seu espaçamento.

O Programa de Planejamento Familiar hoje é ofertado em todas as Unidades de Saúde, bem como nos serviços de referência.

A assistência à concepção inclui as orientações no campo da sexualidade, bem como das alternativas de métodos existentes para o efetivo planejamento, e encaminhamentos para especialidades se assim necessário.

7.1.5.3 Linha de Cuidado de Atenção à Saúde do Homem

Segundo os princípios e diretrizes do Ministério da Saúde, a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar, o que tem como consequência agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis. A não procura pelos serviços de Atenção Primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários, se a procura pela Atenção houvesse ocorrido em momento anterior. (Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem). A procura tardia faz com que as doenças sejam diagnosticadas tardiamente e os tratamentos necessários sejam longos. Estudos demonstram que os homens têm dificuldade em aderir a tratamentos crônicos ou prolongados ou ainda em modificar hábitos. Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais como a crença de invulnerabilidade enraizada na cultura patriarcal, sendo a doença um sinal de fraqueza. Além disso, os serviços e as Estratégias de

comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, fazendo o homem sentir-se incomodado no ambiente da unidade de saúde.

Outro fator apontado como limitador da procura pelos serviços de atenção primária seria o horário de funcionamento coincidente com o de trabalho e a dificuldade de marcação de consultas e exames que podem gerar perda de todo o dia de trabalho sem que sua necessidade seja atendida em um único dia. Em contrapartida, a maioria das mulheres que procuram as unidades de saúde também trabalha, e nem por isso deixam de procurá-las. A compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para propor medidas que melhorem o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, que deve ser a porta de entrada ao sistema de saúde, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

Dados do Ministério da Saúde apontam como principal causa de mortes dos homens as Doenças Isquêmicas do Coração, entre elas, o infarto agudo do miocárdio.

Ao todo, 49.128 homens faleceram por esse motivo.

As doenças cerebrovasculares foram à segunda causa de morte para os homens, com 45.180 óbitos. Na sequência, estão os homicídios – 43.665. O padrão de ocorrência de mais mortes de homens do que de mulheres repete-se em todas as regiões.

Falar em saúde do homem sempre nos remete ao enfoque das doenças urológicas, mas podemos ver que maior impacto a saúde da população masculina tem as doenças cardiovasculares e as causas externas (violências e acidentes), sobretudo nas faixas etárias produtivas para a sociedade e provedoras para as famílias. Além disso, os homens têm dificuldade de acesso aos serviços, seja por motivos culturais ou pelo horário de trabalho. Faz-se necessário que o sistema de saúde se debruce sobre estas questões para que efetivamente esta parcela da população tenha seu espaço nas unidades de saúde.

7.1.5.4 Linha de Cuidado de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso

O Programa de atenção ao adulto e idoso do município, além de incentivar a adoção de um estilo de vida saudável pela comunidade, tem como objetivo a prevenção dos principais fatores de risco à saúde nestas faixas etárias. Para tanto é realizada a captação precoce e o acompanhamento sistemático das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por meio de uma rede de cuidados e profissionais de saúde capacitados. Baseados na Política Nacional de Saúde do Idoso, a Atenção Primária à Saúde realiza ações como: Implantação da Caderneta da Pessoa Idosa, com aumento gradativo do preenchimento; Promoção à saúde através de prevenção como a vacinação da pessoa idosa e prevenção de quedas, através de grupos (atividade física e atividade de vida diária).

7.1.5.4.1 Política do Idoso

O Município possui uma população idosa de 13.244, o que representa 16,06% da população de Sant'Ana do Livramento, constata-se assim a necessidade de uma linha do cuidado especial para o idoso.

Neste contexto em 02 de Julho de 2013, no Município foi implantado a Política Pública de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa que propõe a realização de atendimento diferenciado ao idoso intensificando sua participação social com vínculo no Bairro onde reside promovendo sua saúde, prevenindo doenças através de diversas atividades educativas e um atendimento clínico especializado, com a Unidade de Atenção Integral a Saúde do Idoso, localizada na rua Daltro Filho, 824.

A Política de Saúde do Idoso tem o intuito de garantir a promoção da capacidade funcional e da saúde do Idoso em ações que visem à valorização, o respeito e a efetivação do Estatuto do Idoso.

As UBS, através da ampliação do acesso ao cuidado e aos serviços públicos devem proporcionar a acessibilidade, devendo desenvolver ações intersetoriais de fortalecimento da pessoa idosa, mediante ações contínuas e sistemáticas aos idosos e familiares. Tais ações possuem o objetivo de proporcionar à pessoa idosa atenção integral e de qualidade à saúde do idoso, de acordo com os princípios do SUS, e da Política Estadual e Nacional do idoso,

tendo como referência o Pacto pela Saúde.

7.1.5.4.2 Estruturação da Política de Saúde do Idoso no município de Santana do Livramento

Na Atenção Básica

Todos os idosos são cadastrados nas unidades da área de abrangência e atendidos pelo clínico geral, aqueles que têm até três co-morbidades e tem sua capacidade funcional e autonomia preservados serão acompanhados na própria unidade e direcionados para o grupo de atividade educativas. Os Casos que necessitam de Médico Geriatra e atendimento especializado são encaminhados para a UNIDADE DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO IDOSO- (UASI).

Na Unidade de Atenção a Saúde do Idoso (UASI)

A Unidade de Atenção a Saúde Integral do Idoso cadastra idosos fragilizados acima de 60 anos e os pacientes encaminhados pelas UBS-ESF, de acordo com critérios:

O pacientes são atendidos por equipe multiprofissional formada de:

Médico geriatra;

Enfermeiro;

Nutricionista;

Fisioterapeuta, Centro de Reabilitação da Fisioterapia anexo a Unidade de Atenção a Saúde do Idoso (UASI);

Educadora Física – atividade física aos grupos divididos pelas capacidades funcionais;

Grupo I - Idosos Ativos;

Grupo II - Idosos com algumas limitações;

Grupo III – Mobilidade Reduzida.

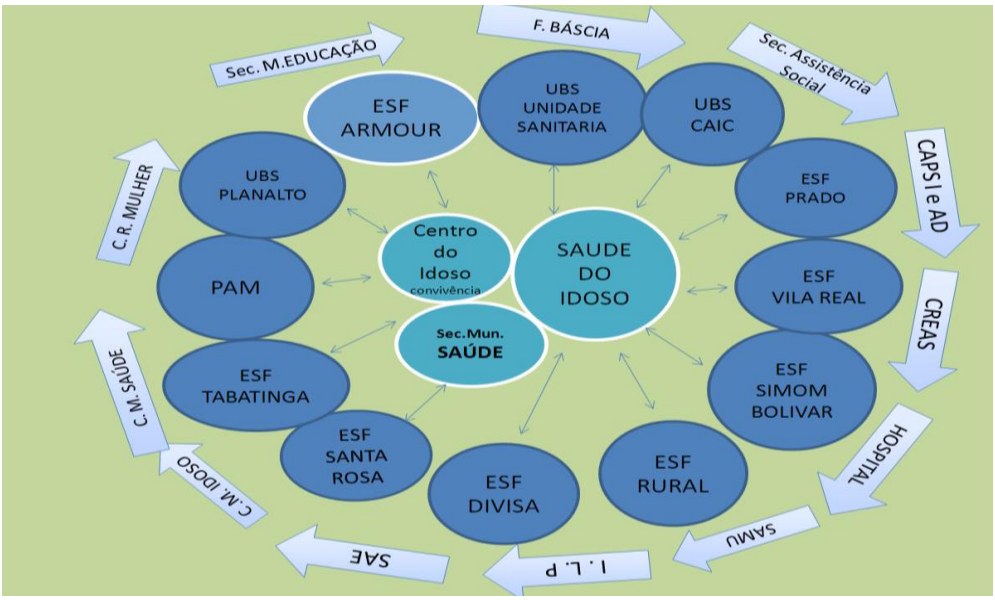


Figura 16 Rede de Atenção à Saúde do Idoso

7.1.5.4.3 Ações Permanentes

ATIVIDADE FÍSICA ORIENTADA;

GRUPO DE DANÇA - BAILADO GUERREIRAS DA PAZ;

OFICINAS DE INFORMÁTICA;

TROCA DE SABERES e CONVIVÊNCIA;

PRATICAS EDUCATICAS - NA NUTRIÇÃO

7.1.6 Programas e Ações Transversais

7.1.6.1 Programa Mais Médicos para o Brasil

De acordo com levantamento do Ministério da Saúde o déficit de médicos no país, em 2013, é de aproximadamente de 54 mil profissionais. Essa defasagem é constatada principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na Atenção Básica com nos demais serviços especializados. Outro aspecto é a desigual distribuição destes profissionais junto ao sistema, havendo concentração especialmente nos grandes centros urbanos em detrimento das cidades pequenas e localizadas no interior do Brasil.

O Ministério da Saúde destaca a pesquisa realizada pelo IPEA, em 2011, que entrevistou 2.773 pessoas, segundo este estudo, 58,1% da população afirma que a falta de médicos é o maior problema do SUS. O Ministério da Saúde salienta que o Brasil possui apenas 1,8 médicos por mil habitantes. Esse índice é inferior do que em outros países, como a Argentina (3,2/1000), Portugal e Espanha, ambos com 4/1000. Além disso, o país enfrenta dificuldades em relação à distribuição dos médicos por regiões: 22 estados estão abaixo da média nacional.

Com objetivo de reverter esta situação o Governo Federal, através do Ministério da Saúde criou, em 2013, o Programa Mais Médico que visa levar estes profissionais para trabalhar na Atenção Básica, em regiões onde há falta de médicos. Além disso, o programa prevê melhorias e investimentos em infraestrutura de unidades de saúde e hospitais, assim como abertura de mais vagas junto às universidades, desde que essas cumpram com os requisitos exigidos pelo Governo.

Segundo o Ministério da Saúde o programa prioriza a contratação de médicos brasileiros e, na falta destes abre oportunidade para que médicos estrangeiros possam atuar nos municípios previamente cadastrados no programa e que se enquadrem no perfil exigido pelo Governo Federal. Serão abertas 11.500 vagas nos cursos de medicina até o final de 2017 e cerca de 12.000 vagas para especialistas até o ano de 2020. A remuneração/bolsa prevista inicialmente é em torno de dez mil reais (R$ 10.000,00) para um período de três anos.

Em Sant’Ana do Livramento a Secretaria de Saúde aderiu ao programa em Julho de 2013, com início das atividades em 02 de Setembro de 2013, como forma

de enfrentar as constantes dificuldades de contratação de médicos para trabalharem na atenção básica, especialmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O município que sofre com a carência de profissionais que tenham o perfil para atuarem junto ao SUS, vê na efetivação desta parceria com o Ministério da Saúde uma excelente oportunidade de diminuir o problema de contração de médicos para rede de serviços básicos.

Atualmente o programa em Santana do Livramento conta com 16 profissionais Mais Médicos atuando na rede de saúde. O município espera que nos próximos anos mais médicos possam aderir ao programa e trabalharem no SUS em Sant'Ana do Livramento.

7.1.6.2 Programa de Agentes Comunitários De Saúde (PACS)

Implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), teve inicio no fim da década de 80. O PACS é uma importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde. As principais ações deste programa se dão por meio dos ACS, pessoas que residem dentro da própria comunidade para atuarem juntos à população do bairro.

O Agente Comunitário de Saúde é o profissional que compõe a equipe multiprofissional nos serviços de saúde, é responsável por atuar na promoção e prevenção na saúde, mapeando e encaminhando pessoas ao serviço de saúde, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade buscando garantir a integralidade de suas ações.

Tem um papel importante no acolhimento, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe, se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce.

No exercício de sua prática, o ACS precisa conhecer o território e também suas potencialidades de crescer, ser ativo, ter conhecimento e iniciativa, gostar de aprender coisas novas, observar as pessoas, os ambientes, agir com respeito e ética perante a comunidade e os demais profissionais. **(FONTE: DAB/MS)**

O PACS é um programa que tem como objetivo visar uma estratégia que

integre as ideias de proporcionar a população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações, reduzindo a mortalidade, visando à melhoria da qualidade da vida das famílias da comunidade acompanhada pelo programa.

O Programa Agentes Comunitários de Saúde existe em Sant'Ana do Livramento desde 2002. Atualmente conta 62 ACS, todos selecionados através de processo seletivo em regime celetista, atuando vinculados às Estratégias de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde.

7.1.6.3 Programa Primeira Infância Melhor (PIM)

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) foi criado em 2003 pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, tendo como referência teórico-metodológica o programa cubano "Educa a tu hijo", coordenado pelo Centro de Referência Latino-Americano para a Educação Pré- escolar – CELEP, 69 tornando-se Política Pública em 03 de julho de 2006, através da Lei Estadual nº 12.544/06.

O Programa Infância melhor tem por objetivo acompanhar gestantes e crianças de 0 a 6 anos, priorizando em Sant´Ana do Livramento a faixa etária de 0 a 3 anos e crianças que estejam acima dessa faixa porém sem frequentar a escola, ou ainda aquelas que apresentam situação de vulnerabilidade social e econômica bem como aquelas que apresentam necessidades especiais. Promover o empoderamento das famílias, capacitando-as a serem protagonistas da transformação da realidade na qual estão inseridas, levando informações, conhecimento e ações que possam contribuir para o desenvolvimento pleno da criança desde a vida intrauterina. Desse modo, prioriza o desenvolvimento infantil através de atividades que contemplem aspectos como: comunicação e linguagem, habilidades intelectuais, motricidade fina e ampla, valorização do meio em que vivem, jogos e brincadeiras, afetividade, saúde, higiene e nutrição.

7.1.6.4 Composição de Redução de Danos

O trabalho realizado focaliza o atendimento voltado para os transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, ou seja, os agentes comunitários fazem o levantamento dos casos e convidam os redutores de danos para visitas compartilhadas. Há uma rede de atenção especializada dando suporte para os atendimentos realizados na Atenção Básica, tais como: CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, CAPS I, CAPS AD, SAE, entre outros.

A Composição de Redução de Danos do município de Santana do Livramento trabalha de acordo com a resolução CIB/RS 038-2012, sendo que, nosso Município possui duas Composições de Redutores de Danos e uma Composição Intersetorial. Estamos também em consonância com a determinação da SES/RS, onde através da Portaria nº503/2014 foi instituída a Política de Redução de Danos para o Cuidado em Álcool e outras Drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental e DST/AIDS.

Aqui, em nosso município já estamos trabalhando neste contexto. Temos nos desafiado diariamente, gerando boas reflexões e trabalho em rede.

7.1.6.5 Programa Saúde na Escola- PSE

Instituído pelo decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e na educação de jovens e adultos (EJA)).

A proposta do PSE é centrada na gestão compartilhada, numa construção em que tanto o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação das ações são realizados de forma concomitante e de forma a atender às necessidades e demandas locais.

O desafio será trabalhar as temáticas das ações por meio de metodologias participativas de aprendizagens, de modo que todos os educandos entendam esse processo como promoção do autocuidado e de escolhas mais favoráveis à saúde e, portanto, sejam protagonistas do processo de produção da própria saúde.

Para o ano de 2017 foram 19 escolas pactuadas.

7.1.6.6 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

7.1.6.6.1 Atenção Nutricional

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada por meio da Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, propõe a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, 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;

A avaliação contínua do perfil alimentar e nutricional da população e seus fatores determinantes compõe a **Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN).**

A avaliação do estado nutricional da população atendida na Atenção Básica ocorre por meio do **SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional)** que é um sistema informatizado de acesso público e restrito.

Figura 17 Atenção Nutricional

7.1.6.7 Programa Bolsa Família

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

Em Sant'Ana do Livramento, o total de famílias inscritas no Cadastro Único em agosto de 2017 era de 12.198, sendo que destas 4.060 são cadastradas no Bolsa Família .

Em relação a primeira Vigência do ano de 2016 eram 4.229 famílias a serem acompanhadas, sendo alcançadas para acompanhamento 2.396 destas. Já na segunda Vigência das 4.073 famílias a serem acompanhadas, foram alcançadas 2.753, alcançando uma cobertura anual do Programa Bolsa Família de 67,59%.

7.1.7 Redes de Atenção à Saúde

7.1.7.1 Rede de Cuidado da Atenção à Saúde das Pessoas em Condições Vulneráveis

7.1.7.2

7.1.7.2.1 Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

A situação de atenção à saúde para a população carcerária brasileira é bastante deficiente, várias doenças infectocontagiosas, em especial, tuberculose e Aids, atingem níveis epidêmicos alarmantes. Negar o atendimento adequado a presos e presas deve ser considerado um caso grave e de impacto na saúde pública, que não só ameaça à continuidade da vida do preso, mas também da população fora das prisões, já que estes não se encontram totalmente isolados da sociedade.

A população prisional é exposta pela sua condição de confinamento a fatores de risco e um número significativo de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites B e C, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como: hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Além do confinamento, outros fatores de risco como a marginalização social, a dependência de álcool e drogas, o baixo nível socioeconômico e as precárias condições do serviço de saúde contribuem para a alta prevalência observada.

Estes fatores constituem-se um problema de saúde pública em potencial, uma vez que o sistema prisional pode funcionar como um “concentrador” destas patologias.

Em consonância com princípios legais e humanitários que regem os direitos da população carcerária também está o de acesso a atendimento em saúde mental.

Avaliações psicológicas, atividades terapêuticas, oferta de medicamentos controlados com devidos acompanhamentos especializados são recursos que devem estar disponibilizados em todos os estabelecimentos prisionais e não somente dentro das casas prisionais, destinadas a presos inimputáveis.

O uso e o grande número de usuários de drogas, por exemplo, dentro dos

estabelecimentos prisionais reforçam a necessidade do atendimento e particularizam um modelo de atenção que considerem as ações de cuidado em saúde e as ações de proteção desempenhadas pela segurança. Na composição das equipes de saúde prisional estão contemplados os profissionais aptos a contribuir neste primeiro acesso, como o psicólogo e o assistente social, cujo enfoque seria de interligar e mediar serviços, ações da comunidade e familiares para as ações de benefícios a estes presos. No entanto, a complexidade deste atendimento precisa de apoios e sistemas de acesso, de fluxos que trabalhem em conjunto para sua organização.

7.1.7.2.2 Atenção à Saúde da População Negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem em seu marco o reconhecimento do racismo como determinante das condições de saúde da população. A população negra apresenta dados sociais excludentes em decorrência do racismo, colocando esta população em situação de vulnerabilidade.

O **Comitê Municipal de Saúde da População Negra** foi instituído por meio da Portaria nº 203 de 16 de maio de 2014 e tem por finalidade articular e promover atividades de promoção à saúde da população negra, na rede SUS, de Sant'Ana do Livramento.

A Secretaria de Saúde de Sant'Ana do Livramento desde o ano de 2013, quando foi criada a Área Técnica de Saúde da População Negra, têm feito ações para a efetiva implementação da (PNSIPN).

Em fevereiro de 2014 a Secretaria Municipal de Saúde aderiu à campanha pela auto declaração no SUS, intitulada "Declare seu amor à sua mãe, avó, avô, pai, ancestralidade. Declare sua raça/cor", na qual houve intenso trabalho focado nos profissionais de saúde, principalmente no sentido de combater o racismo institucional, tendo como principal objetivo conscientizar a sociedade, principalmente os profissionais de saúde, sobre a importância da auto declaração dos usuários da rede pública de saúde, no ato da notificação sobre o quesito raça/cor nos documentos e bancos de dados do SUS.

Em Julho de 2014 foi integrado junto ao seu território adstrito da ESF Simon

Bolívar a Associação Remanescente de Quilombo Ibicuí D'Armada, transformando assim esta ESF em ESFQ.

7.1.7.2.3 Atenção à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis – LGBT

A respeito do acesso das populações LGBT aos sistemas de saúde da rede pública indicam que estes grupos que, sabidamente são os que mais sofrem com discriminação social, racismo, desigualdades de gênero e repressão das suas sexualidades, são os mais vulneráveis à epidemia da AIDS e é exatamente nestes grupos que a epidemia continua a crescer. Diante disso, são necessárias mudanças nas estratégias de intervenções junto a estas populações, considerando-as como mais vulneráveis e a partir destas constatações, que sejam aplicadas estratégias reais de prevenção, a partir de políticas públicas que busquem intervir nas grandes desigualdades existentes.

A partir destas realidades, a avaliação da qualidade do atendimento no SUS para as comunidades LGBT mostra questões que extrapolam as associações simplistas relacionadas à orientação sexual e às identidades de gêneros. Foi trabalhado com os profissionais de saúde das ESF/UBS o conceito de equidade para estas populações

7.1.7.2.4 Atenção á Saúde da Pessoa com Deficiência

Com a publicação da Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012 que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O objetivo da rede é aprimorar os serviços para que operem em conexão, de modo mais eficiente, seja nos primeiros socorros a uma vítima até tratamentos de reabilitação ou habilitação ou a serviços permanentes em conjunto com órgãos de assistência social.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em seu preâmbulo reafirma a universalidade, a interdependência, a indivisibilidade e a interelação dos direitos humanos, assim como a necessidade de que as pessoas com deficiência tenham a garantia de poder usufruí-los sem discriminação.

Harmonicamente é ressaltada a importância do reconhecimento da acessibilidade aos meios físicos, sociais, econômicos e culturais, à educação, à saúde, à informação e comunicação, visando o pleno desfrute de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência.

A lei Complementar n° 681, no artigo 51-G, I e II, define deficiência como a perda ou anormalidade de uma estrutura fisiológica, anatômica e psicológica que gere incapacidade temporária ou permanente para o desempenho de uma atividade dentro do padrão considerado como normal.

A OMS estima que cerca de 15% da população mundial vivam com alguma deficiência. A Pesquisa Mundial de Saúde indica que uma prevalência de 2,2% dos indivíduos com 15 anos ou mais enfrentam dificuldades funcionais significativas.

A Rede de Atenção em Saúde das Pessoas com Deficiência, conforme Portaria Ministerial 793 é composta pelos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomias e em Múltiplas Deficiência, e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Um dos grandes desafios para a Gestão Municipal é a reabilitação física. Vários são os fatores que contribuem para o crescimento das demandas, entre eles é importante destacar a elevação da expectativa de vida da população, as doenças cardiovasculares e as causas externas, que quando não causam morte deixam sequelas motoras importantes. Todos estes fatores têm impactado no crescimento das necessidades de reabilitação em especial a física

A Rede deverá atuar de forma integrada e articulada objetivando a máxima resolutividade e qualidade dos cuidados nos componentes da rede. A jornada a ser trilhada é longa, entretanto, tudo isto contribui para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

7.2 Bloco de Atenção à Média e Alta Complexidade em Saúde

Conceitualmente, os pontos de Atenção Secundária e Terciária são nós das Redes de Atenção à Saúde em que se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de Atenção Terciária, mais densos tecnologicamente que os de Atenção Secundária e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não há entre eles, relações de principalidade ou subordinação, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das RASs.

A Atenção Secundária (média complexidade) reúne os serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico. Os níveis de atenção não são isolados entre si, mantém-se interligados por um sistema de referência e contra-referência. Quando o profissional da Atenção Primária, das UBS ou ESFs encaminha o paciente para atendimento especializado é referenciado a este, quando o caso diminui a complexidade retorna ao nível primário por contra-referência.

Os serviços de Atenção Secundária devem estar aparelhados com pessoal e equipamentos para atender às necessidades dos usuários encaminhados pelas unidades de nível primário; materiais com grau intermediário de inovação tecnológica mais sofisticada do que os aparelhos encontrados nos serviços de Atenção Básica (aparelhos de raios-X, endoscopia, ecografia, entre outros) de maior capacidade e precisão. Os serviços devem contar com profissionais especializados.

7.2.1 Atenção Ambulatorial Especializada

A Atenção Ambulatorial Especializada tem como principal objetivo ampliar e qualificar a Atenção Secundária.

A Organização do Sistema Municipal de Saúde exige não só o empenho do gestor, na articulação, parceria e, principalmente, visão intersetorial da saúde para garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo

adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.

7.2.2 Serviço de Fisioterapia e Reabilitação

O Serviço de Fisioterapia Municipal contribui no sentido de reestabelecer a condição física dos usuários, prevenir o aparecimento ou a recorrência de patologias e reintegrar os pacientes às atividades rotineiras com a maior brevidade possível. O Serviço de Fisioterapia é uma Unidade Ambulatorial de atendimento, de média complexidade, a qual recebe usuários encaminhados pela rede médica do SUS. A equipe é formada por 06 fisioterapeutas, em regime estatutário, os quais prestam atendimentos individuais e grupais em disfunções nas áreas de ortopedia, traumatologia, neurologia e pneumologia, entre outras.

A maior demanda é de pacientes com patologias reumáticas seguidas das ortopédicas, traumatológicas, neurológicas e de pneumologia.

A partir da avaliação e diagnóstico cinesiofuncional, é traçado um plano de tratamento, onde o fisioterapeuta determina a frequência semanal e o tempo de duração das sessões. A prioridade de atendimento é dada aos usuários com patologias neurológicas agudas como AVE, traumarraquimedular, paralisia facial periférica, neuropatias, distrofias, mielites, etc.; sequelas de traumas como politraumatismos graves, fraturas em geral, entorses e lesões tendinosas, ligamentares e musculares.

O Serviço de Fisioterapia é ofertado pela Clínica Municipal de Fisioterapia, APAE e ASSANDEF.

7.2.3 Serviço de Fonoaudiologia

O Serviço de Fonoaudiologia da Secretaria de Saúde do Município de Sant’Ana do Livramento localiza-se junto ao PAM. A estrutura física destinada para os atendimentos é composta de duas salas de atendimento (avaliações e terapias) e uma sala para a recepção.

O atendimento abrange avaliações e fonoterapia para crianças e adultos. A fonoterapia contempla as mais diversas patologias entre elas, retardo de linguagem, afasia, disfagia, surdez, alteração da motricidade oral, desvio

fonológico, disfonia, entre outras. Também são ofertados os serviços de Audiometria e Imitanciometria, na Rede Pública.

7.2.4 Rede de Atenção Psicossocial

A Atenção a Saúde Mental está organizada a partir dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) contemplando o atendimento ao usuário nos diversos momentos de seu sofrimento psíquico de forma a buscar a integralidade do cuidado. Os CAPS, obedecendo a Port. GM 336/2002, são responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental com enfoque comunitário, territorial, com atividades de inserção social e reabilitadoras em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

As equipes de saúde mental realizam ações matriciais e capacitações para Atenção Básica buscando ampliar o olhar e os cuidados aos portadores de transtornos mentais desde suas manifestações mais precoces.

Os CAPS realizam atendimentos através de procura direta ou encaminhados pela rede municipal, em suas diversas estruturas.

Durante o ano houve várias trocas de experiências entre os serviços da rede, esclarecendo o fluxo de cada serviço e também aproximação entre serviço e o Ministério Público, o que resultou em ações mais efetivas e rápidas.

O CAPS AD passou por relevante modificação em seu processo de trabalho, como as avaliações técnicas e o atendimento pelo Grupo de Acolhimento, que realiza o atendimento diário até a montagem do plano terapêutico individual. As mudanças representaram avanço, favorecendo o acompanhamento mais próximo do caso e planos terapêuticos mais adequados às necessidades e expectativas dos usuários e familiares, o que resulta em maior adesão e perseverança ao tratamento.

O serviço consolidou critérios e objetivos para avaliação e conduta.

Houve ampliação do quadro profissional, viabilizando melhor distribuição do trabalho e qualidade do atendimento prestado.

Atualmente, o serviço conta com equipe multiprofissional adequada à necessidade do serviço.

O CAPS I é referência para usuários com transtornos mentais de moderado a grave. É constituído por equipes multiprofissionais: psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde (técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos clínicos gerais, técnicos administrativos, instrutores de oficina e serviço gerais).

Para a Rede de Atenção Psicossocial há necessidade de expansão das ações de saúde mental com envolvimento de toda a rede de atenção, a iniciar pelas UBS/ESF e envolvendo até a atenção hospitalar. Para tanto, deve ser ofertada capacitação e acordadas pactuações para realização de atividades preventivas e de acompanhamento conjunto entre as UBS e os CAPS com pacientes de maior vulnerabilidade, realizando matriciamento de casos.

A rede de Urgência e Emergência deve ser fortalecida promovendo-se capacitação e educação permanente em saúde mental, ampliando a oferta de atenção integral às pessoas com transtorno mental e/ou transtornos provocados pelo uso de álcool e outras drogas.

É necessário aprofundar a discussão sobre saúde mental com outras instituições e cadastrar leitos em Hospital Geral para atendimento de pacientes com transtornos mentais e portadores de outras patologias/agravos. Assim a adequação dos serviços municipais para melhor atendimento em geral e das práticas propostas pela política de enfrentamento do crack são necessárias.

7.2.4.1 CAPS I Centro de Atenção Psicossocial e CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Baseado na Portaria GM/MS no 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e de outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e toma a Atenção Básica como um componente estratégico na qualificação da atenção prestada e nas Diretrizes traçadas pelo Ministério da Saúde, a Rede Municipal de Saúde Mental deverá ser integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para

atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas.

Esta Portaria propõe a criação, ampliação e articulação de diversos pontos de atenção à Saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso/ abuso/dependência de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, através do Centros de Assistência Psicossocial - Caps 1 e Caps AD, localizados na rua João Manoel 817 e 277, respectivamente.

Em países desenvolvidos, a lacuna entre oferta e demanda de assistência em saúde mental estimada é de até 70% para transtornos de humor e 90% para transtornos por uso de álcool. Um dos principais fatores para essa lacuna é o subdiagnóstico de transtornos mentais. De 25% a 50% dos pacientes que procuram atenção primária têm pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico. Destes, a não detecção dos casos pode ser de 55% para diagnóstico de depressão e até 77% para transtorno de ansiedade generalizada.

Propõe a criação, ampliação e articulação de diversos pontos de atenção a Saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso/ abuso/dependência de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, através dos Centros de Assistência Psicossocial - **Caps 1 e Caps AD.**

Em Sant'Ana do Livramento, ainda não há dados epidemiológicos que possam subsidiar um diagnóstico preciso sobre as condições de saúde mental da população. Entretanto, podemos aferir, que o número de internações psiquiátricas indica que a assistência em saúde mental através de serviços substitutivos e de base territorial ainda é insuficiente para a demanda populacional.

7.2.4.2 Rede de Atenção às Urgências/Emergências

A Rede de Atenção às Urgências foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e

regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade (Portaria MS/GM N° 1.600, de 7 de julho de 2011).

7.2.4.3 Pronto Atendimento - PA

O Pronto Atendimento de Sant'Ana do Livramento funciona junto ao Hospital Santa Casa de Misericórdia, com atuação na área de urgência e emergência e promoção da assistência médica e é o órgão responsável pelo desenvolvimento das atividades relativas à prestação de assistência com classificação de risco.

Se tratando de uma área complexa funcionam 24 horas /dia, 365 dias / ano, devido ao alto número de atendimentos, atende independente de sua condição de beneficiário qualquer entidade prestadora de serviço médico e encaminha a Unidade Hospitalar ou demais Unidades Básicas de Saúde do Município.

A equipe de atendimento diário é composta por médico plantonista, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, motoristas, recepcionistas e equipe de apoio composta de cirurgião geral, médicos traumatologistas, médicos ginecologistas, bem como equipe administrativa. Quando necessário contamos com suporte diagnóstico de média complexidade nos exames laboratoriais, raios-X e tomografia, visando melhoria na qualidade do atendimento prestado, de forma direta ou indireta à comunidade.

7.2.4.4 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

O município possui 01 unidade de suporte básico (USB) para atendimento móvel aos agravos em situações de urgência e emergência, pois o determinante é 01 USB para cada 100 a 150 mil habitantes.

A solicitação de atendimento (pedido de socorro) é realizada para uma Central de Regulação de Chamados (Central Estadual), através do número 192. O atendimento é gratuito - fator importante a ser considerado é a demora na

regulação. Atualmente, existem cinco Centrais de Regulação no RS, sendo que a Central de Regulação Estadual atende 243 municípios, incluindo nestes, Sant'Ana do Livramento.

Após uma análise prévia do pedido, a Central de Regulação Médica poderá disponibilizar os recursos necessários para melhor atender ao pedido de auxílio, por meio de uma orientação médica, um conselho ou ainda deslocar uma equipe de suporte básico de vida, de acordo com a necessidade do caso.

Grande parte dos atendimentos é de pequena e média complexidade, por problemas socioeconômicos, dentre outros, fato que suscita a reflexão sobre a necessidade de um serviço de transporte sanitário que venha a atender esta demanda.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem como principal objetivo Ampliar e Qualificar a RUE- Rede de Atenção à Urgência e Emergência, buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. (Fonte: MS)

7.2.4.5 Hospital de Sant'Ana do Livramento

- Santa Casa de Misericórdia de Sant'Ana do Livramento, hospital de natureza filantrópico, atende SUS (105 leitos), convênios e particulares (27), num total de 132 leitos.
- Centro Hospitalar Santanense LTDA de natureza privada, atende somente convênios e particulares, num total de 48 leitos.

Segundo diretrizes do Ministério de Saúde, as internações hospitalares correspondem 7% da população/ano. Sant'Ana do Livramento possui 481 AIHS/mês e 5.772/ano. No ano de 2015 houve uma redução nas internações hospitalares passíveis de atendimento ambulatorial de 459 internações, o que está diretamente relacionado com a implantação dos Programas, Estratégia de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Mais Médicos, PROVAB e Terceiro Turno, implementado na UBS PAM.

7.2.5 Prestadores Ambulatoriais Contratados – SUS/Teto MAC E ASPS programados/2016

EXAMES DE IMAGEM

Tabela 14 Exames de Imagem

PRESTADORES	EXAME	TETO FÍSICO/ MÊS	TETO FÍSICO/ ANO
HUGOLINO ANDRADE	RESONÂNCIA MAGNÉTICA	50	600
UNIMAGEM			
UNIMAGEM	CINTILOGRAFIA	6	72
HUGOLINO ANDRADE	DENSITOMETRIA ÓSSEA	4	48
HOSP. SANTA CASA /CITAC	TOMOGRAFIA	70	840
HOSP. SANTA CASA DE SÃO GABRIEL			
SANTA CASA DE LIVRAMENTO / DR. JORGE KAÉ	ENDOSCOPIA	39	468
HUGOLINO ANDRADE	MAMOGRAFIA	178 BI 10 UNI	2.136 120
HUGOLINO ANDRADE	ECOGRAFIA	340	4.080
UNIMAGEM			

EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS

Tabela 15 Exames de Análises Clínicas

PRESTADORES	TETO FÍSICOS/ MÊS	TETO FÍSICOS/ ANO
LABORATÓRIO SIMÕES PIRES	9.497	113.964
LABORATÓRIO MEDLAB	3.500	42.000
LABORATÓRIO DE ANÁLISES E CITOLOGIA	5.998	71.976

CLÍNICA DR. BOLIVAR		
FERRARO VENTRE E CIA PAUSTER	3.000	36.000
TOTAL	21.995	263.940

Tabela 16 Serviços Auxiliares Diagnose

7.2.6 Serviços Auxiliares Diagnose					
Prestador de Serviços	**CNES**	**Teto Físico mês**	**Teto Financeiro mês**	**Teto Físico 12 meses**	**Teto Financeiro 12 meses**
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais 96.041.439/0001-31	5926424	478	7.215,38	5.736	86.307,84
	TOTAIS	**478**	**7.215,38**	**68.832**	**86.584,56**

7.2.7 Serviço de Tratamento Fora do Domicílio – TFD

O Tratamento Fora Domicílio (TFD), instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do Sistema Único de Saúde, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem, por falta de condições técnicas.

Assim, o TFD consiste no agendamento de consultas em municípios de referência para Sant'Ana do Livramento, garantindo transporte até o local da consulta. Os pacientes são encaminhados por ordem médica às Unidades de Saúde quando esgotados todos os meios de tratamento na sua localidade de residência, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes.

Neste setor são recebidos vários documentos de referência e contra-referência para algumas especialidades, as quais o município de Sant'Ana do Livramento tem referência. Pode-se dar ênfase ao número elevado de pessoas aguardando

marcações para Neurocirurgia, Ortopedia, Reumatologia, Neuropediatria e Cirurgia Vascular.

Pode-se destacar também que, além do atendimento em municípios presentes na pactuação, acima, desde o final do ano de 2011, tem sido utilizado para agendamento de consultas de média e alta complexidade o sistema informatizado GERCON, ligado a Central de Regulação do Estado que permite a cada Coordenadoria e Secretaria de Saúde a visualização de todas as especialidades que o Estado disponibiliza no que se refere a atendimento ambulatorial, em Porto Alegre, juntamente com as cotas e marcações de cada município.

Com isso, pode-se atentar para tabela abaixo:

Município Porto Alegre Referência nas Especialidades (GERCON)
Oftalmologia*, Otorrinolaringologia*, Urologia*, Gastroenterologia, Pneumologiaia, Ginecologia*, Hematologia, Endocrinologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Hepáticaa, Mastologia, Reumatologia, Genética, Coloproctologia, Imunologia, Cirurgia Plástica e Infertilidade, Ortopedia, Oncologia, Cardiologia.

*Alta Complexidade

Através do sistema utilizado, atualmente, é possível também solicitar agendamentos com prioridade, fazendo com que o Estado reconheça a gravidade de cada caso.

Para o comparecimento a sua consulta e/ou procedimento(s) agendado(s), os pacientes são orientados da documentação a ser apresentada. Através destas marcações ocorrem os cadastros no sistema do TFD, sendo geradas listas diárias de pacientes para consultar em determinado dia e localidade, sendo enviado relatório diário, ao responsável pela logística, para definir o transporte, para posterior contato com os pacientes.

Somos Referência Regional de Hemodiálise – TRS, para o Município de Quaraí. Os pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar, cujo procedimento seja considerado de alta e/ou média complexidade eletiva e que este serviço não está contratado no município, por meio do TFD, os pacientes podem ser referenciados para

os municípios que a especialidade foi pactuada pelo Estado e 10ª CRS, conforme descrito na tabela abaixo:

7.2.8 Tratamento fora Domicílio – TFD

Tabela 17 Procedimentos Operacionais do TFD

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	TETO/ MÊS	MÉDICO
UROLOGIA	Após o encaminhamento de médicos da rede, realização de agendamento de consultas, exames, cirurgias e acompanhamento de pacientes.	SÃO GABRIEL	SANTA CASA DE CARIDADE	60 CONSULTAS	DR. PAULO HENRIQUE CASTRO TEIXEIRA
ESPECIALIDADE	**DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE**	**MUNICÍPIO**	**INSTITUIÇÃO**	**TETO/ MÊS**	**MÉDICO**
OFTALMOLOGIA	Paciente vem com receituário da Secretaria, encaminhado pelo médico da rede e agenda a consulta com a médica especialista.	SANT'ANA DO LIVRAMENTO	UNIDADE SANITÁRIA	100	DRA. MARIA DEL CARMO
	Agendamentos de consultas, exames e procedimentos.	ROSÁRIO DO SUL	CENTRO MÉDICO DA VISÃO	105 + RETORNO	DRA. ROXANA, DR. CASSIO, DR. HUMBERTO.
	Acompanhamento de pacientes para consultas e procedimentos.	ROSÁRIO DO SUL	CENTRO MÉDICO DA VISÃO	105 + RETORNO	DRA. ROXANA, DR. CASSIO, DR. HUMBERTO.
	OBS: OFTALMO PEDIÁTRICO É ENCAMINHADO DIRETAMENTE À PORTO ALEGRE VIA GERCON				
BUCOMAXILO FACIAL	O paciente vem com o formulário de Referência Cotrarreferência e é realizado o agendamento de consultas e procedimentos.	ALEGRETE	SANTA CASA DE CARIDADE		
	OBS: OS PROCEDIMENTOS QUE NÃO PODERÃO SER REALIZADOS NA REFERÊNCIA, SERÁ ENCAMINHADO À PORTO ALEGRE, VIA GERCON.				
COLOPROCTOLOGIA	O paciente vem com o formulário de Referência Cotrarreferência e é realizado o agendamento de consultas, exames (colonoscopia, videocolonos copia, retossigmoidoscopia) e procedimentos.	ALEGRETE	SANTA CASA DE CARIDADE		
	OBS: OS PROCEDIMENTOS QUE NÃO PODERÃO SER REALIZADOS NA REFERÊNCIA, SERÁ ENCAMINHADO À PORTO ALEGRE, VIA AGHOS.				

ESPECIALIDADE	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	TETO/ MÊS	MÉDICO

OTORRINOLARINGOLOGIA	Paciente vem com formulário de referência contrarreferência preenchida pela otorrino da rede e é agendado a primeira consulta, retornos, exames, procedimentos (cauterização nasal, retirada de cerume), pequenas cirurgias e audiometrias.	SÃO GABRIEL	SANTA CASA DE CARIDADE	65	DR LUIZ HENRIQUE.	
	OBS: OS PROCEDIMENTOS QUE NÃO PODERÃO SER REALIZADOS NA REFERÊNCIA, SERÁ ENCAMINHADO À PORTO ALEGRE, VIA GERCON.					
TRAUMATO E ORTOPEDIA	Paciente vem com Contra referência (preenchida por médico da rede), raio x, pedido de retorno do médico de Rio Grande), RG, CPF, CNS, endereço, nome da mãe,data de nasc. e telefones. Após é realizado o agendamento de retornos de consulta cirurgias e marcações de cirurgias.	RIO GRANDE OBS: ÚLTIMO ATENDIMENTO 1º SEM. 2015	SANTA CASA OU HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	SOMENTE PACIENTES QUE JÁ TEM VÍNCULO	DRs. CORBELINE, GERMANO E GLODOALDO.	
GERCON	É realizado o sistema de referência e cadastramento de pacientes, sendo necessários os documentos: Formulário de referência contrarreferência preenchida pelo médico da rede, juntamente com RG,CPF,CNS,END,TEL e exames.	PORTO ALEGRE	TODOS OS HOSPITAIS DA REDE SUS	CONFORME DEMANDA	TODOS OS ESPECIALISTAS DA REDE SUS	
AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES, RETORNOS e PROCEDIMENTOS.	Paciente deixa agenda com numero de prontuário, numero de telefone e xerox dos documentos, para agendamento	PORTO ALEGRE	TODOS OS HOSPITAIS DA REDE SUS	4 AO MÊS	TODOS OS ESPECIALISTAS DA REDE SUS	
AMBULATÁRIO SANTA CASA	Agendamento de pacientes, que vem via Posto de saúde para atendimento nas especialidades: Cirurgia geral, Endocrinologia, Traumatologia e	SANT'ANA DO LIVRAMENTO	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	CONFORME AGENDA DISPONIBILIZADA PELO HOSPITAL	Dr. GONÇALO,DENIS E EDSON-CIR.GERAL. Dr.BAYARD-ENDOCRINOLOGIA.	

	Ortopedia				Dres.PROLLA,AGUIAR E GUSTAVO BRITTO-TRAUMATO E ORTOPEDIA	
ESPECIALIDADE	**DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE**	**MUNICÍPIO**	**INSTITUIÇÃO**	**TETO/ MÊS**	**MÉDICO**	
RAIO X	Paciente traz solicitação do médico em receituário normal, é feita a autorização do exame e o paciente retira a requisição para agendar, junto à instituição.	SANT'ANA DO LIVRAMENTO	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA	320	DRs. RUBENS BARROS E MARGOT.	
NEUROLOGIA	O paciente vem com o formulário de Referência Contrarreferência preenchido pelo médico da rede, e é realizado o Agendamento de 1ª consulta, eletroencefalograma, cirurgias e retornos.	URUGUAIANA	SANTA CASA DE CARIDADE - AMBULATÓRIO	22 + RETORNOS	2 NEURO CIRURGIÕES E 15 NEUROLOGISTAS	
	OBS: Neuro pediatra NÃO TEM em Uruguaiana, logo o paciente é encaminhado para POA via GERCON.					
CARDIOLOGIA	1ª - Formulário de Referência Contrarreferência preenchido pelo médico da rede encaminhando para consultas. 2º - Os exames serão solicitados somente pelos médicos ESTER E RONNEY em APACs. Sendo os exames: ECO CARDIO E ECO DOPLLER DE ARTÉRIAS,CARÓTIDAS E VERTEBRAIS. 3º - Procedimentos de CATETERISMO é autorizado pela 10ª CRS em APACs, solicitado pelos médicos cardiologistas tanto da rede municipal quanto os da	URUGUAIANA	SANTA CASA DE CARIDADE - AMBULATÓRIO	47 + RETORNOS	MÉDICOS CARDIOLOGISTAS	

	referência - Uruguaiana.					
CIRUGIÃO VASCULAR	1º - Formulário de referência e contrarreferência preenchido pelo médico da rede, e é agendado consulta com o cirurgião vascular. 2º - Os exames solicitados pelos médicos de Uruguaiana em APACs, são autorizados pela 10ª CRS. Sendo os exames: ECO DOPPLER ARTERIAL VENOSO E ELETRONEUROMIOGRAFIA - Santa Maria (Neurolab). 3º - Os procedimentos são de responsabilidade da referência.			15 + RETORNOS	MÉDICOS ESPECIALISTAS	
REABILITAÇÃO FÍSICA	1º - O paciente vem com formulário de reabilitação especifica preenchida por médico da rede. E é realizado o cadastro do pedido via AGHOS. 2º - Os procedimentos realizados são: PREPARO DE COTO PARA COLOCAÇÃO DE PRÓTESE OU ORTESE, CIRURGIA e FISIOTERAPIA, e medição de cadeiras de rodas.	BAGÉ	SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA	CONFORME DEMANDA	EQUIPE DE FISIOTERAPÊUTAS	
REABILITAÇÃO AUDITIVA	1º - O paciente vem com formulário de reabilitação especifica preenchida por médico Fonoaudiólogo e ou Otorrino da rede. E é realizado o cadastro do pedido via AGHOS. 2º - Os procedimentos realizados são:	SANTA MARIA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - HUSM	CONFORME DEMANDA	EQUIPE MÉDICA	

	Consultas, Prova e Implantação de Aparelho Auditivo.				
	Prova e entrega do aparelho auditivo		SERVIÇO AUDITIVO DE FONOAUDIOLOGIA - SAF	CONFORME DEMANDA	FONOAUDIÓLOGOS.
REABILITAÇÃO OCULAR	O paciente vem com o formulário de Referência Cotrarreferência do médico da rede e é realizado o Agendamento de consultas, cirurgia e colocação de próteses.	PORTO ALEGRE	BANCO DE OLHOS E HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO	CONFORME DEMANDA	EQUIPE MÉDICA
	Agendamento da reabilitação das próteses.	GIRUÁ	HOSPITAL SÃO JOSÉ	CONFORME DEMANDA	EQUIPE MÉDICA
ONCOLOGIA	O paciente vem com o formulário de referência contrarreferência e o laudo da Biópsia, solicitado pelo médico especialista e é realizado o agendamento de consulta, retornos de quimioterapia e radioterapias.	URUGUAIANA	INSTITUTO DE RADIOLOGIA E ONCOLOGIA	CONFORME DEMANDA	EQUIPE MÉDICA
	OBS: tronco, cabeça e pescoço quando precisa cirurgia é encaminhado para POA via AGHOS.				
MAMOGRAFIA UNILATERAL	O paciente vem com formulário de solicitação do exame do médico especialista e é realizado o agendamento dos exames.	URUGUAIANA	SANTA CASA DE CARIDADE	CONFORME DEMANDA	MÉDICO ESPECIALISTA
EXAMES	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	TETO/ MÊS	MÉDICO
ECOGRAFIAS	Os pacientes trazem a solicitação de exame pelo médico da rede, e é agendado o exame, junto à clínica.	SANT'ANA DO LIVRAMENTO	UNIMAGEM E HUGOLINO	340	MÉDICO ESPECIALISTA

EXAMES ESPECIALIZADOS	1º - Os pacientes trazem a solicitação de exame do médico e é agendado o exame ainda pelo DECRETO, somente os URGENTES. 2º Os exames especializados são: eco trans retal de prostáta com biópsia, espirometria, eco de tiróide com biópsia, R.E.E.D-Rx de estômago, esôfago e duodeno, Rx da coluna total, Eco Mamária com Biopsia (CORE BIoPSY), RX de enema opaco com duplo contraste, biópsia hepática, eletroencefalograma. . Obs: Os exames feitos em Alegrete e Santa Casa Lvto, não precisam mais autorização. A Espirometria pode ser feito também, pelo telessaúde	SANT'ANA DO LIVRAMENTO	UNIMAGEM E HUGOLINO	CONFORME NECESSIDADE E URGÊNCIA	MÉDICO ESPECIALISTA	

7.3 Bloco da Vigilância em Saúde

O reconhecimento da Vigilância em Saúde como responsabilidade indelegável e como um componente indissociável do SUS é a base estratégica do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Cabe a Vigilância em Saúde atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população.

As ações executadas pela Vigilância em Saúde são definidas em função do risco epidemiológico, sanitário e ambiental em saúde, existentes no Município e também definidas pelo Ministério da Saúde (Programação de Ações de Vigilância à Saúde – PAVS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

A Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) atualmente se encontra dividida em Equipes nas seguintes áreas:

- Epidemiológica – Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis subdividida em Núcleo de Vigilância de Doenças Crônicas, Núcleo de Vigilância de Doenças Agudas e Núcleo de Imunizações;
- Sanitária – Equipe de Vigilância de Alimentos, Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de Interesse à Saúde, subdividida em Núcleo de Produtos, Núcleo de Serviços e Núcleo de Engenharia;
- Ambiental – Equipe de Vigilância de Saúde Ambiental, Equipe de Vigilância das Águas e Equipe de Vigilância de Zoonoses, subdividida em Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores e Núcleo de Vigilância de População Animal. A equipe da Vigilância Ambiental do município conta, atualmente, com 23 Agentes de Combate A Endemias e 1 Técnico Sanitário.

Este serviço está localizado na Rua Salgado Filho 662**.**

7.3.1 Vigilância Sanitária

Licenciamento Sanitário – todo estabelecimento de pessoa jurídica ou física que produzir, fabricar, manipular, fracionar, comercializar, distribuir, armazenar, transportar, vender e entregar produtos e serviços de interesse à saúde deve

requerer a Licença Sanitária junto ao Protocolo Central da Prefeitura Municipal de Santana do Livramento, obedecendo a critérios como a apresentação de documentos que comprovem a existência legal, responsabilidade técnica, entre outros necessários, de acordo com a atividade requerida.

Ações Coletivas em Vigilância em Saúde – os processos de trabalho da Coordenação da Vigilância em Saúde são baseados em ações envolvendo outros entes, e por isso se desenvolvem de forma intersetorial e com caráter coletivo. Existem algumas ações de menor complexidade, porém de grande relevância, relacionadas direto à assistência básica que podem estar sendo desenvolvidas localmente por esses serviços, deste modo está sendo para as Gerências Distritais, serviços de saúde locais, também através dos Agentes de Endemias e Equipes de Saúde da Família.

Acesso a Fiscalização e Denúncias – as equipes da Vigilância em Saúde recebem demandas, denúncias, e outras solicitações através do telefone 3968 1181, ou no endereço Rua Salgado Filho 662, sede das Vigilâncias.

Informação em Saúde – no intuito de sensibilizar e co-responsabilizar a população e o setor regulado e ampliar a disseminação do conhecimento, são realizadas orientações técnicas aos requerentes do Licenciamento Sanitário, reuniões com o setor regulado, oficinas de trabalho e orientações coletivas fortalecendo, desta forma, as atividades educativas e de informações em saúde.

7.3.2 Vigiágua

É o Programa de Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano, que consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e às normas estabelecidas na legislação vigente e para avaliar os riscos que a água de consumo representa para a saúde humana.

A Portaria N.º 2.914, de 2011, estabelece que o controle da qualidade da água é de responsabilidade de quem oferece o abastecimento coletivo ou de quem presta serviços alternativos de distribuição. No entanto, cabe às autoridades de saúde pública das diversas instâncias de governo a missão de verificar se a água consumida pela população atende às determinações dessa portaria, inclusive no que se refere aos riscos que os sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água representam para a saúde pública.

A atuação da vigilância ambiental em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano deve se dar sobre todas e quaisquer formas de abastecimento, ou seja, Sistema de Abastecimento de Água (SAA), Solução Alternativa Coletiva (SAC) e Solução Alternativa Individual (SAI), na área urbana e rural, de gestão pública ou privada, incluindo as instalações intradomiciliares.

7.3.3 Vigilância Ambiental

A implantação da Vigilância Ambiental em Saúde, com um novo modelo de atenção significa um avanço fundamental nas ações de promoção e proteção à saúde da população. Ela se dá por meio do monitoramento e do controle de uma variedade de problemas decorrentes do desequilíbrio do meio ambiente, visando a eliminar ou a reduzir a exposição humana a fatores prejudiciais à saúde.

A equipe da Vigilância Ambiental do município conta, atualmente, com 27 agentes de combate a endemias e 1 técnico sanitário.

7.3.4 Vigilância Epidemiológica

7.3.4.1 Doenças Transmissíveis

Em relação às doenças imunopreviníveis observa-se a tendência decrescente da incidência e da mortalidade. Outros desafios estão impostos por agravos relacionados ao processo de urbanização, por exemplo, a dengue como também o fácil deslocamento das pessoas entre estados e países, oferecendo o risco de reintrodução de vírus eliminados como

sarampo e pólio. Ainda, a realização de eventos de massa oferece um cenário complexo impondo a necessidade de modernização e aprimoramento da vigilância em saúde para que possamos responder oportunamente às demandas atuais das doenças transmissíveis na nossa cidade.

7.3.4.2 Doenças de Notificação Compulsória

1. ***Acidente de trabalho com exposição a material biológico;***
2. ***Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes;***
3. ***Acidente por animal peçonhento;***
4. ***Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva;***
5. ***Botulismo;***
6. ***Cólera;***
7. ***Coqueluche;***
8. ***Dengue***
   a.Casos
   b. Óbitos
9. ***Difteria***
10. ***Doença de Chagas Aguda***
11. ***Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)***
12. a. Doença Invasiva por “Haemophilus Influenza”
    b. Doença Meningocócica
13. ***Doenças com suspeita de disseminação intencional:***
    a. Antraz pneumônico
    b. Tularemia
    c. Varíola
14. ***Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes:***
    a. Arenavírus
    b. Ebola
    c. Marburg
    d. Lassa
    e. Febre purpúrica brasileira

15. ***Esquistossomose***
16. ***Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver*** definição no Art. 2º desta portaria)
17. ***Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação***
18. ***Febre Amarela***
19. ***Febre de Chikungunya***
20. ***Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública***
21. ***Febre Maculosa e outras Riquetisioses***
22. ***Febre Tifoide***
23. ***Hanseníase***
24. ***Hantavirose***
25. ***Hepatites virais***
26. ***HIV/AIDS***
    - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
    - Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV X
    - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)
    - Influenza humana produzida por novo subtipo viral
27. ***Intoxicação Exógena*** (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)
28. ***Leishmaniose Tegumentar Americana***
29. ***Leishmaniose Visceral***
30. ***Leptospirose***
31. a. Malária na região amazônica
32. b. Malária na região extra Amazônica
33. ***Óbito:***
    a. Infantil
    b. Materno
34. ***Poliomielite por poliovirus selvagem***
35. ***Peste***

36. ***Raiva humana***
37. ***Síndrome da Rubéola Congênita***
38. ***Doenças Exantemáticas:***
    a. Sarampo
    b. Rubéola
39. ***Sífilis:***
    a. Adquirida
    b. Congênita
    c. Em gestante
40. ***Síndrome da Paralisia Flácida Aguda***
41. ***Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus***
    a. SARS-CoV
    b. MERS-CoV
42. ***Tétano:***
    a. Acidental
    b. Neonatal
43. ***Tuberculose***
44. ***Varicela –*** Caso grave internado ou óbito
45. ***a. Violência:*** doméstica e/ou outras violências
    b. Violência: sexual e tentativa de suicídio

7.3.4.3 Imunizações

7.3.4.3.1 Situação Atual do Serviço de Imunizações do Município

O Município de Sant'Ana do Livramento possui 10 salas de vacinas, sendo elas:

Unidade Básica e Especialidade de Saúde Dr. Carlos Ivonei ;

UBS PAM ;

ESF CAIC;

ESF Jovelino Santana;

ESF Prado;

ESF Tabatinga;

ESF Vila Real;

ESF Altemar Gomes Pinto;

ESF Irmã Dorothy Stang;

ESF Divisa

O município possui ainda um plantão de vacinas que realiza a vacinação contra BCG e Hepatite B nos recém-nascidos, quando estes ainda estão na maternidade, durante a semana a vacinadora do PAM é responsável por este serviço e no final de semana funciona, em esquema de plantão.

Durante todo o ano existem três campanhas de vacinação fixas, que são: Campanha da Gripe no idoso, e duas campanhas da Pólio, sendo uma em junho e outra em agosto, campanha estas nacionais.

Os funcionários das imunizações estão sempre participando de eventos, sejam eles, mutirões de saúde, feiras, e outros, aplicando vacinas de rotina. Existe também agendamento com empresas e secretarias onde os profissionais vacinadores se deslocam até o local para vacinar os funcionários.

Durante a Campanha de Vacinação contra a Pólio, são criados mais 40 postos de vacinação na zona urbana e 45 na zona rural, onde mais de 180 pessoas voluntárias participam, além de algumas entidades.

O aumento da complexidade da sala de vacinas e as modificações do calendário vacinal com a introdução de novas vacinas exigem a presença de profissionais capacitados e permanentemente atualizados.

7.3.4.4 Doenças e Agravos Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não –Transmissíveis – DCNT são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial de Saúde – OMS mostram que as DCNT são responsáveis por 63% de todas as 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 (WHO, 2011ª). No Brasil, as DCNT são igualmente importantes, sendo responsáveis, em 2007, por 72% do total de mortes,

com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%) (SCHMIDT et L, 2011), correspondendo a 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os indicadores de mortalidade pelas Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) têm no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) a principal fonte de dados. O documento que alimenta o SIM é a Declaração de Óbito (DO) preenchida pelo médico ao constatar um óbito.

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) constitui o principal sistema de informação de morbidade, através do qual é possível obter um conjunto de variáveis a cerca de 80% das internações hospitalares, como a causa da internação, os dias de permanência, a evolução da situação de saúde que levou a internação, custos diretos, etc. Todas as informações obtidas podem ser desagregadas até o nível municipal.

7.3.5 Vigilância em Saúde do Trabalhador

O trabalho pode provocar acidentes ou doenças de forma mais frequente do que se imagina. O trabalhador não possui informações mínimas sobre os riscos que vai encontrar. O resultado são doenças como surdez, originada em um ambiente de trabalho ruidoso, lesões por esforços repetitivos e as várias formas de intoxicação relacionadas à exposição a substâncias químicas presentes nos ambientes de trabalho. Somam-se a estes, outros tipos de doenças que muitas vezes não relacionamos facilmente ao trabalho. Por outro lado, o trabalho precário, temporário e sem carteira assinada, torna as atividades mais perigosas para uma mão de obra, em geral, mais expostas a riscos.

As ações na área são voltadas à formulação e implementação de políticas de proteção à saúde, visando à redução e eliminação do adoecimento e morte resultantes das condições, dos processos e dos ambientes de trabalho, bem como o aprimoramento da assistência à saúde dos trabalhadores.

O foco de atuação são todos os trabalhadores presentes em áreas urbanas e rurais, abrangendo os do mercado formal, com carteira assinada ou não, do

mercado informal, autônomos, funcionários públicos, desempregados e aposentados.

Os agravos que podem estar relacionados às condições de trabalho somam mais de 250 doenças diferentes, todas catalogadas pelo Ministério da Saúde.

7.3.6 Serviço de Assistência Especializado - SAE

A Coordenação Municipal de DST/HIV/AIDS/HEPATITES/Tuberculose e Hanseníase, teve início em 2005 com atendimento exclusivo a pacientes portadores de HIV/AIDS e DSTs. Logo após foi instalado o CTA (Centro de Atendimento e Aconselhamento) com a realização de pré-aconselhamento e pós-aconselhamento a população do município que gostaria de realizar a testagem para HIV/HEPATITES B e C e Sífilis.

A Coordenação a partir da oferta e demanda da testagem para HIV/HEPATITES B e C e Sífilis, resolve descentralizar o atendimento a população, levando seus redutores de danos a realizarem trabalho de campo percorrendo os bairros oferecendo material informativo sobre prevenção e testagem em relação a estas infecções e preservativos. Realizando nos bairros o CTA itinerante com a colaboração das associações de bairros, cedendo os espaços ou montagem de tendas para a realização do aconselhamento e exames.

Após essa descentralização viu-se a necessidade de criar projetos de atendimento específico a grupos sociais, tais como profissionais do sexo, apenados, caminhoneiros, população quilombola, gestantes soropositivas, população de rua, população LGBT e assentamentos visando um acolhimento mais humanizado.

No ano de 2007 a Coordenação foi cadastrada como UDM (Unidade Dispensadora de Medicamentos) sendo referência de retirada dos TARV (Terapia Antirretroviral) aos portadores do HIV/AIDS do município e municípios vizinhos. Também é dispensado medicamentos a pacientes

oriundos da cidade de Rivera (UR), pois, os mesmos preferem o atendimento dispensado por esta coordenação, no que diz respeito ao acolhimento, organização, serviços médicos e TARVs.

Em 2010 recebeu uma nova designação, sendo a partir desse momento chamado de SAE (Serviço de Atendimento Especializado) após cadastro no Ministério da Saúde e reconhecido na rede de atendimento especializado no Brasil.

Em 2011 o SAE passa a prestar atendimento especializado a pacientes portadores de Hepatites B e C, notificar no SINAN (Sistema de Informação de Agravos e de Notificação) montagem de protocolos para o AME (Administração de Medicamentos) para pedido de medicamentos aos pacientes portadores de hepatites e realizar aplicações de Interferon, assistidas, semanalmente, pela da equipe de enfermagem do serviço.

O serviço é mantido com contrapartida da Secretária de Saúde do município e das resoluções Nº143/14 – CIB/RS (esta resolução dispõem sobre as condições para a promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde aos pacientes vivendo com HIV/AIDS e Hepatites virais), com o aporte dessa verba é investido na capacitação dos profissionais da equipe e materiais de divulgação da prevenção destas infecções.

Em 2014 o serviço foi escolhido entre os 15 municípios prioritários do Comitê Interfederativo na luta da prevenção e diagnóstico do HIV/AIDS/HEPATITES VIRAIS. Sendo contemplado com a resolução Nº 235/14 – CIB/RS (esta resolução vem como um incentivo financeiro para fortalecer a ampliação e a descentralização das ações de promoção e prevenção à saúde, acesso ao diagnóstico, tratamento e compartilhamento do cuidado as pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras DSTs na rede de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família), pois, o município encontra-se entre os 64 que possuem 90% dos casos notificados no SINAN e faz parte da resolução Nº 143/14 – CIB/RS.

Inicia-se também o atendimento especializado aos pacientes portadores de tuberculose e hanseníase, o atendimento e elaboração dos processos para medicação DPOC e asma brônquica.

No ano de 2015 o município de Sant'Ana do Livramento através do SAE foi escolhido, pelo Ministério da Saúde e Coordenação Estadual de DST/AIDS/HEPATITES VIRAIS, como cidade piloto no lançamento da PEP (Profilaxia da Exposição Sexual) que é o uso de TARV nos casos de exposição sexual de risco da população. E da Profilaxia da Exposição Ocupacional dos profissionais de saúde que tiveram exposição ocupacional com perfuro cortantes de pacientes portadores do HIV.

Também foi disponibilizado o uso do fluido oral para realização do diagnóstico do HIV através de um SUAB com saliva de eventuais populações de risco que não buscam acesso ao serviço(população de rua, profissionais do sexo, usuários de drogas). Para a realização desse serviço a redução de danos foi capacitada para realizar as abordagens de campo em territórios com difícil acesso.

O SAE realiza as cargas virais e CD4 em relação ao HIV/AIDS e exames de quantitativo da sífilis, exames de toxoplasmose das gestantes no Laboratório de Fronteira.

O Serviço mantém 100% de casos negativados da transmissão vertical desde 2005 (35 casos). É responsável pelo matriciamento e descentralização dos testes rápidos HIV/HEPATITES B e C/Sífilis nas ESFs, UBSs e maternidade da Santa Casa de Misericórdia.

O Serviço de Atendimento Especializado vem cada vez mais ampliando e descentralizando as informações a todos os profissionais de saúde da rede de Atenção Básica através de capacitações de manejos, diagnóstico e cuidados em relação ao HIV/AIDS/DST/HEPATITES VIRAIS/Tuberculose e Hanseníase, estabelecendo um fluxo de atendimento e acompanhamento da saúde destes portadores.

COLOCAR O TRATAMENTO DESCENTRALIZADO DO HIV

SAE – SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – HIV/AIDS, DST's, Hepatites B e C, Toxoplasmose, Hanseníase e tuberculose.

CTA – CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

UDM – UNIDADE DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS – somos referência para distribuição e matriciamento de terapias antirretrovirais para Quaraí e atendemos pacientes de Dom Pedrito e Rosário do Sul, no tratamento HIV AIDS.

PEP – Profilaxia da Exposição Sexual – COM INÍCIO EM 2014 COMO PROJETO PILOTO NA URGÊNCIA EMERGENCIA DA Santa Casa(Horários noturnos, finais de semana e feriados), Unidade Básica de Acolhimento com indicação a PEP na ESF Jovelino Santana e no SAE, nos horários de atendimentos das 8h. Às 17h. de segunda a sexta feira.

7.3.7 Laboratório de Fronteira

O Laboratório de Fronteira realiza exames de caráter epidemiológico e ambiental. Tem como objetivo fortalecer o atendimento das demandas prioritárias da Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde Ambiental, no que se refere às ações laboratoriais em áreas de fronteira, auxiliar nas atividades desenvolvidas pelos Laboratórios de Referência Estadual e atuar nas áreas de prevenção e controle de doenças, além de participar de projetos de prevenção e acompanhamento.

Os exames realizados são os de Saúde Pública:

Tabela 18 Exames realizados no Laboratório de Fronteira

7.3.7.1 Setor Epidemiológico

Tuberculose (pesquisa de BAAR)
VDRL
Toxoplasmose IgM
Toxoplasmose IgG
Hanseníase
HIV/AIDS
Sorologia para Chagas
Febre Amarela
Malária
Sorologia para Dengue, Chicungunya e Zika - Coleta
Carga Viral + Cd 4
Pesquisa para Meningite

Setor Ambiental

Identificação de larvas de mosquito
Coletas Diferenciadas

7.4 Bloco da Assistência Farmacêutica Básica

A Assistência farmacêutica, é o setor responsável pela gestão da política, estratégias e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde que têm o medicamento como insumo essencial, preocupando-se também com o enfrentamento do risco de reações adversas e o crescente número de intoxicações pelo uso indiscriminado de medicamentos que representam um sério problema de saúde pública. O SUS organiza os insumos da Assistência Farmacêutica em listas de medicamentos, sendo as listas de medicamentos essenciais e os medicamentos especiais. Os medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades sanitárias da maioria da população; os medicamentos especiais são aqueles indicados nos protocolos pré-estabelecidos, definidos por critérios técnicos e estudos de medicina baseada em evidências clínicas para a terapêutica de agravos mais prevalentes ou de maior demanda local. A Farmácia Básica realiza o fornecimento de medicamentos mediante receita atualizada, fornecendo também medicamentos solicitados através de processos juntos a Secretaria Estadual de Saúde.

7.5 Bloco de Gestão do Sus/ Cooperação Técnica na Gestão do Sus

7.5.1 Princípios e Diretrizes do SUS

Figura 18 Princípios e Diretrizes do SUS

7.5.1.1 Princípios do Sus

Princípios são as ideias fundamentais em torno das quais se estrutura a instituição. São valores e convicções a serem seguidos no âmbito do Sistema Municipal de Saúde, para que sejam traçadas suas diretrizes, objetivos e metas.

7.5.1.2 Universalidade

É o princípio constitucional de que saúde é um direito de todos e dever do Estado, portanto é a garantia de acesso de toda população de Sant'Ana do Livramento aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, viabilizada pelo planejamento e programação em saúde.

7.5.1.3 Integralidade

É o princípio pelo qual as ações de saúde terão uma abordagem integral e contínua do indivíduo e da coletividade no contexto familiar e social, englobando atividades de promoção de saúde, prevenção e vigilância de riscos, danos e agravos, concomitantes com as ações de assistência e reabilitação.

7.5.1.4 Equidade

Este princípio estabelece que o poder público deva promover a atenção à saúde para toda população e de forma equânime, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais específicos. Portanto, os investimentos serão maiores para aqueles que mais necessitam, adequando a oferta de serviços aos princípios da justiça social.

7.5.1.5 Descentralização/Regionalização

Por este princípio as decisões técnicas e de gestão levam em consideração as questões locais de saúde, ou seja, instâncias decisórias mais próximas da população usuária. A descentralização se viabiliza através do fortalecimento e qualificação das Regionais de Saúde.

7.5.1.6 Hierarquização

Princípio que estabelece a forma de integração e articulação dos serviços de Atenção Básica com os demais níveis do sistema SUS, garantindo que a porta de entrada seja as Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimento do SUS.

7.5.1.7 Humanização

Este princípio operacionaliza o desenvolvimento das ações promotoras de saúde a partir da troca e construção de saberes baseadas na valorização e respeito às particularidades dos diversos atores sociais.

7.5.1.8 Participação Social

Princípio pelo qual se garante a participação da comunidade nas decisões que definem as prioridades e diretrizes da gestão dos serviços de saúde através das instâncias constituídas, socializando o conhecimento do processo saúde-doença e do sistema de saúde

7.5.1.9 Acessibilidade

É a adequação das características dos serviços e dos recursos de saúde para facilitar o seu acesso pelos usuários.

7.5.1.10 Resolutividade

É a capacidade de oferta de um atendimento eficiente e efetivo, preferencialmente na atenção básica; ou a garantia de encaminhamento para um serviço de maior nível de complexidade.

7.5.1.11 Cidadania

Conjunto de direitos e deveres que permite a pessoa de participar ativamente da vida política, econômica e social do governo de seu povo.

7.5.2 O Funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS

Tem por base a formulação e/ou revisão periódica dos seguintes instrumentos:

o **Plano Municipal de Saúde**; a **Programação Anual de Saúde**; e o **Relatório Anual de Gestão**.

Plano Municipal de Saúde: No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, define-se como **Plano de Saúde** o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em **objetivos, diretrizes e metas**.

As ações e outros elementos que dão consequência prática ao Plano não são objeto de definição no Plano de Saúde.

Em síntese, o **Plano de Saúde** deve ser a expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades de saúde numa determinada esfera de gestão.

É a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

A **Programação Anual da Saúde** consiste na elaboração do orçamento e na elaboração do plano de metas quadrimestral.

O **Relatório Anual de Gestão** é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde.

Para a elaboração do Plano de Saúde, é necessário:

- Identificar problemas e prioridades de intervenção para implementar soluções;
- Identificar os fatores que determinam a situação considerada insatisfatória;
- Estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas;
- Identificar os responsáveis pela execução; definir os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas seguidas são

adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado.

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, o atendimento desses requisitos compreende dois momentos, a saber: **análise situacional**; e **formulação dos objetivos, diretrizes e metas**.

Análise situacional:

A análise situacional consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade.

O objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das prioridades.

No âmbito do planejamento em saúde, entende-se como problema uma situação que se afasta, negativamente, de um estado desejado.

Por exemplo: uma taxa de mortalidade infantil que supere os valores esperados em função dos conhecimentos e das técnicas disponíveis.

A identificação dos problemas, na análise situacional para a elaboração do Plano de Saúde deverá ser feita com base nos três eixos acima mencionados (condições de saúde da população, determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde).

Condições de saúde da população:

Para obter informações que permitam identificar os principais problemas no que se refere às condições de saúde, é necessário desenhar o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população.

As principais fontes para obtenção desses dados são: o Censo Populacional do IBGE, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, que pode ser acessado por via eletrônica (www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas).

Sistema de Planejamento do SUS: instrumentos básicos o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Em relação aos dados **demográficos**, devem ser contemplados:

- O crescimento populacional;

- O índice de envelhecimento;
- A estrutura etária da população;
- A taxa de fecundidade;
- A mortalidade proporcional por idade;
- A esperança de vida ao nascer;
- A taxa bruta de mortalidade e outros considerados necessários.

Em relação aos dados **socioeconômicos**, devem ser contemplados, entre outros:

- A razão de renda;
- A taxa de desemprego;
- Os níveis de escolaridade;
- A taxa de analfabetismo; e
- O índice de desenvolvimento humano (IDH).

Em relação aos dados **epidemiológicos**, devem ser contemplados:

- A mortalidade por grupo de causas, segundo raça, sexo e faixa etária;
- A morbidade, segundo raça, sexo e faixa etária; e
- A identificação de grupos vulneráveis ou de necessidades que demandam intervenções específicas (por exemplo, alimentação e nutrição, atividade física, acidentes e violências, população indígena, grupos, assentados, quilombolas etc.).

Determinantes e condicionantes de saúde:

Nesse eixo, deverão ser identificadas as medidas intersetoriais que se configuram determinantes e/ou condicionantes da situação de saúde ou da atenção à saúde, desenvolvidas nas respectivas esferas de governo.

A partir dessa identificação, caberá analisar a integração do setor saúde nos espaços de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas.

Como exemplo, figuram: meio ambiente/saneamento, ciência e tecnologia, defesa do consumidor (Ministério Público) e educação (como a formação de recursos humanos para o setor saúde).

Gestão em saúde:

Nessa análise, estarão compreendidos: o planejamento, a descentralização / regionalização, o financiamento, a participação social, a gestão do trabalho e da educação em saúde, a infraestrutura e a informação em saúde.

Planejamento: analisar a estrutura, organização e operacionalização do processo de planejamento, bem como a sua interação com o centro de decisão.

Descentralização/regionalização: analisar a cooperação entre as esferas de governo; estratégia de coordenação de promoção da equidade; funcionamento da comissão intergestoras; pactuação e regulamentação do sistema, desenho das redes regionalizadas de atenção à saúde.

Financiamento: analisar as transferências entre as esferas de gestão; gasto público total; execução orçamentária e financeira; fundo de saúde e critérios e regulamentação do financiamento.

Participação social: analisar a articulação entre os gestores e os Conselhos de Saúde; as resoluções e deliberações dos Conselhos e Conferências de Saúde; as condições de funcionamento dos Conselhos de Saúde e movimentos sociais.

Gestão do trabalho em saúde: analisar a composição da equipe de saúde; tipos de vínculos; mecanismos de negociação com os profissionais de saúde; planos de cargos e salários, e identificar os principais problemas decorrentes da precarização do trabalho.
Como exemplo, verificar os mecanismos de valorização dos trabalhadores e os aspectos relativos à humanização das relações de trabalho.

Educação em saúde: analisar os processos de educação em saúde e identificar os mecanismos de cooperação técnica e de articulação com instituições de ensino, de serviços e de participação social.

Informação em saúde: identificar os bancos de dados existentes, analisando a sua alimentação, qualidade e utilização na produção de informações necessárias ao processo de tomada de decisões. Identificar as distintas fontes de dados disponíveis e verificar a compatibilização dos diferentes instrumentos de coleta de dados.

Infraestrutura: analisar os recursos logísticos, a rede física e os projetos de investimento.

Os **objetivos** expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.

As **diretrizes** são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas sob a forma de um enunciado síntese que visa delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde.

As **metas** são expressões quantitativas de um objetivo.

As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando”.

Os gestores do SUS vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Tais esforços têm contribuído, certamente, para os importantes avanços registrados pelo SUS nestes 20 anos de sua criação. É importante reconhecer, contudo, que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem um novo posicionamento do planejamento no âmbito do SUS, capaz de favorecer a aplicação de toda a sua potencialidade, corroborando de forma plena e efetiva para a consolidação deste Sistema.(Planejasus_2009). Nesse sentido, é necessário elaborar instrumentos que contribuam para um melhor

aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios, entre os quais aqueles que possibilitem o desenvolvimento de rotinas de monitoramento e avaliação.

7.5.3 Serviço de Controle, Avaliação e Auditoria

A auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados, mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal. A regulação estatal no setor saúde é tomada como aquela em que o Estado atua sobre os rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio das regulamentações e das ações que asseguram o cumprimento destas, como fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria. Portanto, a regulação estatal sempre será exercida por uma esfera de governo (federal, estadual e municipal regulamentada pela lei 8080/90), constituindo-se em uma das funções da gestão de sistemas de saúde.

A respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso à alocação dos recursos. Como instrumentos básicos para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão e Plano Plurianual.

Ações: Auditoria do SUS; Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; Ouvidoria do SUS; e Gestão Participativa, os quais destacaram os seguintes subitens: Desenvolvimento de ações de mobilização social em defesa do SUS; Criação de colegiados de gestão participativa; Planejamento participativo com inclusão das deliberações das conferências; Implementação do Sistema Nacional de Informação sobre Conselhos de Saúde – participanetsus;

O sistema de controle e avaliação tem o objetivo de apreender em que medida as metas estão sendo alcançadas, a que custo, e reorientar o curso das ações e serviços programados. As funções de controle, regulação e auditoria devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e

contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população, definidas conforme as pactuações efetuadas pelos três níveis de Governo.

7.5.4 Regulação Municipal

A Regulação Municipal tem como prioridade, garantir a promoção, proteção e recuperação da Saúde das pessoas e da coletividade, disponibilizando alternativas assistenciais adequadas as necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. Tem por objetivo ordenar o acesso a procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, disponíveis na Rede Pública Municipal de Saúde e nos Prestadores privados, disponibilizando a população do município atendimento integral a Saúde, dentro da capacidade de resolução local e, quando esgotados os recursos locais, o encaminhamento dos usuários para a referencia estadual.

7.5.5 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

O fortalecimento da gestão do trabalho e da educação em saúde é uma das principais estratégias para o enfrentamento e o atendimento das demandas de saúde da população. No âmbito da gestão do trabalho, é prioridades a democratização das relações do trabalho, com melhoria das condições de trabalho dos profissionais do SUS, e a busca pela eficiência nos serviços de Saúde.

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

No ano de dois mil e nove (2009), a Gestão do Município de Santana do Livramento assinou o Pacto pela Saúde em Defesa da Vida, com isso, assumiu

um compromisso de desenvolver a Educação Permanente em Saúde. No mesmo ano foi implantado no Município o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva.

NUMESC, seguindo as diretrizes do Pacto e possibilitando a viabilização mais efetiva da proposta de uma Educação Permanente, voltada para as necessidades locais e suas peculiaridades, através de cursos que fomentam o conhecimento e a autonomia tanto dos funcionários quanto usuários do SUS.

7.5.6 Infraestrutura, Lógica e Gestão da Informação

A reestruturação e melhorias da infraestrutura das unidades de saúde têm como objetivo proporcionar melhor qualidade no atendimento ao pacientes e aos profissionais de saúde. Através de programa federal, estadual. A Gestão da Informação será obtida através da implantação de sistema de gerenciamento o objetivo é modernizar, qualificar e racionalizar a rede de saúde do SUS RS, o projeto ira padronizar os processos de atendimento junto às unidades da Estratégia da Saúde da Família e promover a melhoria da prestação de serviços aos usuários do SUS.

7.5.7 Participação e Controle Social do SUS

A participação social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90). O Controle Social no SUS é um dos principais instrumentos para promover a democratização da saúde, propiciando a participação efetiva da sociedade na busca da garantia dos direitos conquistados constitucionalmente. Promover a gestão participativa no SUS fortalece o incremento das demandas coletivas nas ações de governo, propiciando espaços coletivos de formulação conjunta das políticas de saúde, criando sustentação para os programas e políticas propostas, assegurando a inclusão de novos atores políticos e possibilitando a escuta das necessidades por meio da interlocução com a comunidade, movimentos sociais e entidades da

sociedade, ampliando, desse modo, a esfera pública e conferindo maior densidade ao processo de redemocratização da sociedade brasileira. Outra forma da participação popular é a Ouvidoria SUS, instituída através da Portaria nº 08, de maio de 2007, a Ouvidoria em Saúde constitui-se num espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativos aos serviços prestados. A Ouvidoria, como componente da Política de Gestão Estratégica e Participativa, visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS).

7.6 Bloco de Investimentos

O Bloco de Investimentos:

Retrata o planejamento para o próximo período em relação a obras (construção, reforma e/ou ampliação), equipamentos e material permanente, conforme anexo I.

8 OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS.

Os eixos **norteadores** para a apresentação da análise situacional e dos objetivos, diretrizes e metas são: condições de saúde da população, determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde.

8.1 Resolução Nº 457/13 – CIB / RS--- SISPACTO

Pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 06/09/13 RESOLVE:

Art. 1º - Definir os indicadores (universais, específicos e estaduais) que deverão ser pactuados no Rio Grande do Sul, assim como as diretrizes do processo de pactuação para os anos de 2017 – 2021 e os parâmetros estaduais e regionais que deverão balizar o estabelecimento de metas no âmbito das regiões e dos municípios.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério de Saúde. **DATASUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <W3.datasus.gov.br>. Acesso em 26.06.2010

_____. Ministério da Saúde**. Caderno de Informações em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde . Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em Setembro, 2006.

_____**.** Ministério da Saúde. **Decreto Federal n°7.508/2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____**.** Ministério da Saúde. **LDO – 2016. Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2016.** Disponível em : www.brasil.gov.br › Governo › 2016 ›. Acesso em setembro, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Complementar n°141/2012 – Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**: Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____**.** Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília. Brasília: Ministério da Saúde,2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n°3.085, de 1° de Dezembro 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Julho, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n°3.332, de 28 de Dezembro de 2006.**

Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Julho, 2006.

Fronteiras. Brasília: Ministério da Saúde. Julho, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 699/GM de 30 de Março de 2006. Dispõe sobre as diretrizes operacionais dos Pactos pela vida e Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 399/GM de 22 de Fevereiro 2006**. **Dispõe sobre o Pacto pela Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Séries Cadernos de Planejamento v.08**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____**.** Ministério da Saúde. **Portaria n°2.488 de 21 de Outubro de 2011, que define as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica**. . Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Relatórios Financeiros do SIOPS 2013, 2015 e 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Acompanhamento do Projeto SIS-**

BUSS, Paulo M. **Determinantes Sociais da Saúde. Aula do Curso Básico de Saúde Pública**. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?. Acesso em Setembro, 2016.

DO AMARAL. Niege Fernandes /SILVEIRA. Ana Paula Viera. **A Proposta de Implementação de um Setor de Gestão de Pessoas na Secretaria Municipal de Saúde de Sant'Ana Do Livramento/RS - Relatório de Estágio**. Sant'Ana do Livramento, 2011.

ENSP. **A Estratégia Saúde da Família no Brasil II Ciclo de Debates**. Disponível em :

Abril, 2006.

FRANCO, T.B & Magalhães Jr., H.. A **Integralidade e as Linhas de Cuidado**; in Merhy, E.E. et al, **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no**

Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico: Estimativa da População**. Disponível em :<http://www.ibge.gov.br>. Acesso em Julho, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Atlas Brasileiro**. Disponível em :<http://www.ibge.gov.br>. Acesso em Julho, 2015.

ORBIS. **Observatório de Indicadores de Sustentabilidade (ORBIS)**. Disponível em: <http//www.orbis.org.br/odmapresentacao/index.htm>. Acesso em 03/06/2010.

nho, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **Determinantes Sociais da Saúde**. Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br/pps/apresentacoes/CNDSSjpDez4a.ppt. Acesso em setembro, 2016.

PPA – 2014/2017. **O Plano Plurianual 2014-2017 do Município de Porto Alegre** Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smpeo/default.php?p_secao=82. Acesso em setembro, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Indicadores em Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br>. Acesso em 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde de Sant"Ana Livramento RS. **Relatórios da Atenção Básica/2014**. Sant'Ana do Livramento: Secretaria de Saúde, 2014;

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Sant'Ana Livramento RS. **Relatório da 4ª Conferência Municipal de Saúde**. Santana do Livramento, Secretaria de Saúde, 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Sant'Ana Livramento RS. **Relatórios de Gestão, SARGSUS, SIOPS - 2013, 2014 e 2015.** Sant'Ana do Livramento, Secretaria de Saúde, 2015.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Sant'Ana Livramento RS. **Resolução CIB/RS n° 051 de 22 de Fevereiro de 2016**, **que aprova a Assunção**

do Município de Santana do Livramento, à Gestão Plena do Sistema de Saúde. Santana do Livramento, Secretaria de Saúde, 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Sant'Ana do Livramento 2015. **Indicadores de Saúde do Município, 2015.** Sant'Ana do Livramento: Secretaria de Saúde, 2015.

ANEXOS

9 ANEXOS

9.1 Ata xxx/2017 e Resolução xxx/2017 de Aprovação do Plano Municipal de Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde;
9.2 PPA 2018/2021, IDO/2018 e LOA/2018;
9.3 Resolução CIB n°051/2016;
9.4 Relatório da 4ª Conferência Municipal de Saúde.