PREFEITURA MUNICIPAL DE ENCANTADO

SECRETARIA DA SAÚDE, MEIO AMBIENTE E AÇÃO SOCIAL

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018 – 2021

Encantado – Rio Grande do Sul

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ENCANTADO

Adroaldo Conzatti– Prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, MEIO AMBIENTE E AÇÃO SOCIAL

Clarissa da Rosa Pretto Scatola – Secretária Municipal de Saúde

CONSELHO MUNICIPAL DA SAÚDE

Clarissa Da Rosa Pretto Scatola, Valéria De Castro Caldas, Marilene Daltoé, Luiz Antônio Santos Gheno, Cristiane Czapla Redu, Dr. Fábio Vitória, Luciano Rabaiolli Girardi, Gilberto Luiz Zanatta, Maria Inês Lorenzi Vian, Marcos Ivanor Tonin, Mara Scatola, Benjamin Sangalli, Nilton Sangalli, Núbia Daltoé;

Suplentes: Luciana Gonçalves, Eliane Villa, Vania de Conto, Evandro Klein, Fabíola Gheno, Belquise Calvi, Dr. Marcelo Lopes, Jonas Orlandini, Nair Bagatini, Sérgio Pedro Dalla Vecchia, Marciana Bertoldi, Stefanie Casagrande, Sadi Gnoatto, Miria Conte, Anita Filter Somensi.

Equipe Técnica da Secretaria Municipal da Saúde

- **Secretária da Saúde, Meio Ambiente e Ação Social**

Clarissa da Rosa Pretto Scatola – Secretária Municipal de Saúde

- **Equipe da Secretaria da Saúde**

Fabrina Annoni Wolfarth - Enfermeira

Cassiano de Freitas – Agente Administrativo

Ângela Dalprá Hollmann – Agente Administrativo Auxiliar

Thayna Mirella Koslowski – Auxiliar de Secretaria

Katy Deysi Sartori – Auxiliar de Enfermagem

Sandra Mara Sangalli Rasche – Auxiliar de Secretaria / Atendimento

Natália Salini - Auxiliar de Secretaria / Atendimento

- **Equipes Postos de Saúde**

- **Posto de Saúde Navegantes / Posto de Vacinas**

Marisa Mariotti – Enfermeira

Cristiane Dos Passos Mazzarino – Técnico Enfermagem

Rafael Agostini – Dentista

Sonia Maria Buffon Bagatini – Auxiliar de Saúde Bucal

Carla Camboin – Enfermeira

Elaine Titton Bagatini – Técnico Enfermagem

Teresinha Maria Fachini Bagatini – Técnico Enfermagem

Loiva Primaz – Técnico Enfermagem

- **Posto de Saúde Central**

Kailene Serena – Médico

Maurício de Oliveira Feldens – Médico

Rene Chateaubriand Leonel - Médico

Roberto Martins – Médico

Catia Isabel Gonzatti Stieven - Enfermeiro
Cláudia Santos Da Silva – Enfermeiro
Eliana de Fátima Baldissera Cobalchini Pederiva – Enfermeiro
Ivanete Bagatini – Técnico Enfermagem
Michele Corotto – Técnico Enfermagem
Deise de Oliveira – Técnico Enfermagem
Vania Maria de Conto – Auxiliar de Enfermagem
Gabriela Tonini Bertoldi – Farmaceutica
Fabiano Luis Rabaiolli Girardi – Farmaceutico
Sandra Vian – Auxiliar de Secretaria
Julia Sangalli Demichei - Auxiliar de Secretaria

- **Posto de Saúde Planalto**

Jorge Rafael Hurtado Bermudez – Médico
Carla Camboin – Enfermeiro
Marli Brizola Zandoná – Técnico Enfermagem
Leonardo Turatti de Mesquita – Dentista

- **Posto de Saúde São José**

Débora Rodrigues Bastos – Médico
Maria Angélica Berteli – Enfermeiro
Marcia Maria Kals da Silva – Técnico Enfermagem
Leonardo Turatti de Mesquita – Dentista

- **Posto de Saúde Jacarezinho**

Paulo Roberto Schaffer – Médico
Belquise Calvi – Enfermeiro
Fátima Garibotti Cussiolli – Técnico Enfermagem
Leonardo Turatti de Mesquita – Dentista
Luciane De Conto Dalla Vecchia - Auxiliar de Secretaria

- **Posto de Saúde Barra do Guaporé**

Paulo Roberto Schaffer – Médico

Belquise Calvi – Enfermeiro

Fátima Garibotti Cussiolli – Técnico Enfermagem.

- **Equipe CAPS**

Daniel Luis Pires Martins – Médico

Marina Olmi – Médico

Viviane Caroline Fumagalli – Enfermeiro

Gisele Santin – Psicólogo

Sinandro Debona – Psicólogo

Silvana Coletti – Assistente Social

Moises de Britto Nunes - Técnico Enfermagem

Roseli Terezinha Vieira – Oficineira

Josieli Nichel Schveiger - Auxiliar de Secretaria

Elisabete Bertella - Estagiária

- **Equipe da Secretaria do Meio Ambiente**

Luciana Gonçalves – Fiscal Sanitária

Marieli Zanqueti Estefenon – Assessora II

Marina Agostini – Agente de combate Endemias

Natalia Sfoglia –Estagiária

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ENCANTADO 23
FIGURA 2 – LOCALIZAÇÃO DOS BAIRROS DO MUNICÍPIO DE ENCANTADO24
FIGURA 3 – LOCALIZAÇÃO DAS LOCALIDADES DO MUNICÍPIO DE ENCANTADO..... 25
FIGURA 4 – LOCALIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA 16ª CRS 26
FIGURA 5 – PIRÂMIDE ETÁRIA DO MUNICÍPIO DE ENCANTADO 29

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – NÚMERO DE DOMICÍLIOS, SEGUNDO USO E TIPO 27
TABELA 2 – POPULAÇÃO CENSITÁRIA, SEGUNDO TIPO DE DOMICÍLIO E SEXO 27
TABELA 3 – POPULAÇÃO ESTIMADA RESIDENTE, POR ANO 27
TABELA 4 – POPULAÇÃO CENSITÁRIA, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO DO MUNICÍPIO DE ENCANTADO 28
TABELA 5 – TAXA DE MIGRAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ENCANTADO 29
TABELA 6 – DENSIDADE DEMOGRÁFICA DO MUNICÍPIO DE ENCANTADO. 30
TABELA 7 – POPULAÇÃO RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE ENCANTADO, POR COR / RAÇA - 2010 30
TABELA 8 – POPULAÇÃO OCUPADA SEGUNDO AS ATIVIDADES ECONÔMICAS DO MUNICÍPIO DE ENCANTADO – DE 2007 A 2013..... 31
TABELA 9 – PESSOAS ECONOMICAMENTE E NÃO ECONOMICAMENTE ATIVAS NO MUNICÍPIO DE ENCANTADO..... 32
TABELA 10 – POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA DO MUNICÍPIO DE ENCANTADO, POR ATIVIDADE ECONÔMICA..... 32
TABELA 11 – RENDIMENTO MENSAL DOMICILIAR PER CAPTA, NO MUNICÍPIO DE ENCANTADO..... 33
TABELA 12 – FAMÍLIAS INSERIDAS NO CADASTRO ÚNICO E BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ENCANTADO 34
TABELA 13 – POPULAÇÃO APOSENTADA OU PENSIONISTAS ECONOMICAMENTE ATIVA OU NÃO, POPULAÇÃO EM ATIVIDADE, E POPULAÇÃO SEM DECLARAÇÃO NO MUNICÍPIO DE ENCANTADO 35
TABELA 14 – POPULAÇÃO CONTRIBUINTE E NÃO CONTRIBUINTE PARA O INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE ENCANTADO..... 35
TABELA 15 – ALUNOS MATRICULADOS NAS REDES DE ENSINO..... 35

TABELA AA – NÚMERO TOTAL DE NASCIMENTOS NO MUNICÍPIO DE ENCANTADO 41
TABELA AA1 – NÚMERO DE PARTOS NORMAIS E CESÁREAS NO MUNICÍPIO DE ENCANTADO 41
TABELA AA – NÚMERO DE NASCIMENTO POR SEXO NO MUNICÍPIO DE ENCANTADO 42
TABELA AA – NÚMERO DE NASCIMENTOS POR OCORRÊNCIA POR ANO DO NASCIMENTO E IDADE DA MÃE NO MUNICÍPIO DE ENCANTADO 42
TABELA AA – NÚMERO DE ÓBITOS ANUAIS NO MUNICÍPIO DE ENCANTADO POR CAUSA MORTIS 43
TABELA AA – CASOS DE HEPATITE VIRAIS POR TIPO E ANO DE NOTIFICAÇÃO, 1999-2016 68
TABELA AA – CASOS NOTIFICADOS DE HEPATITE VIRAIS 69
TABELA AA – CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSE 70
TABELA AA – CASOS NOTIFICADOS DE HANSENÍASE 71
TABELA AA – CASOS NOTIFICADOS DE HANSENÍASE 75
TABELA AA – RECEBIMENTOS* E PREVISÃO DE RECEBIMENTO PAB FIXO ANUAL 84
TABELA AA – RECEBIMENTOS* E PREVISÃO DE RECEBIMENTOS ACS – AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE 84
TABELA AA – RECEBIMENTOS* E PREVISÃO DE RECEBIMENTOS PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE - PMAQ (RAB-PMAQ-SM) 84
TABELA AA – RECEBIMENTOS* E PREVISÃO DE RECEBIMENTOS SAÚDE BUCAL - SB 84
TABELA AA – RECEBIMENTOS* E PREVISÃO DE RECEBIMENTOS SAÚDE DA FAMÍLIA - SF 85
TABELA AA – RECEBIMENTOS* E PREVISÃO DE RECEBIMENTOS DE TESTES RÁPIDOS DE GRAVIDEZ 85
TABELA AA – RECEBIMENTOS* E PREVISÃO DE RECEBIMENTOS MAC 85
TABELA AA – RECEBIMENTOS* E PREVISÃO DE RECEBIMENTOS FAEC... 86

ABREVIATURAS

16ª CRS – DÉCIMA SEXTA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

ACS - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

AGAR – AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

AGHOS - GESTÃO E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E FINANCEIRA DE SAÚDE

AIDS / HIV – SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

AMVAT – ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO VALE DO TAQUARI

APAE – ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CER – CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

CIB – COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

CONSEMA - CONSELHO ESTADUAL DO MEIO AMBIENTE

COSEMS – CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

CONSISA VTR – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO TAQUARI

CRAS - CENTROS REGIONAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL

DEMA - DEPARTAMENTO DE MEIO AMBIENTE

DM – DIABETE MELLITUS

DNV – DECLARAÇÃO DE NASCIDO

DST - DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

EAB – EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

EACS - ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

ESB – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

ESF - EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

FNS – FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

FUNDEF - FUNDAÇÃO REABILITAÇÃO DEFORMIDADES CRÂNIO-FACIAIS

HAS – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

HBB – HOSPITAL BRUNO BORN

HBST – HOSPITAL BENEFICENTE SANTA TEREZINHA

HE – HOSPITAL ESTRELA

HEMOVALE – CENTRO HEMOTERÁPICO DO VALE DO TAQUARI

HIPERDIA - SISTEMA DE CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

HBOB – HOSPITAL BENEFICENTE OURO BRANCO – TEUTÔNIA/RS

HSJA - HOSPITAL SÃO JOSÉ DE ARROIO DO MEIO/RS

HSJT - HOSPITAL SÃO JOSÉ DE TAQUARI/RS

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

IDH – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

INTEGRASUS – INCENTIVO DE INTEGRAÇÃO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LACEN – LABORATÓRIO CENTRAL

LDO - LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

LIRA – LEVANTAMENTO DE ÍNDICE RÁPIDO PARA AEDES AEGYPTI

MAC – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

MDS – MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL

NV – NASCIDOS VIVOS

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

OPO – ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS

PAB – PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

PACS - PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PAM - PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL

PBF – PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

PIB – PRODUTO INTERNO BRUTO

PMAQ - PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE

PMAQ-AB – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO

PNS – PLANO NACIONAL DE SAÚDE

POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

PPA – PLANO PLURIANUAL DE GOVERNO

PPI – PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA

PS – PRONTO SOCORRO

PSB - PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

PSE - PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

RAS – REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

REMUME - RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS DO MUNICÍPIO

RENAME – RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS

SAE – SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM AIDS

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SARGSUS - SISTEMA DE APOIO AO RELATÓRIO DE GESTÃO

SCNES – SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

SES – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

SESA – SECRETARIA DA SAÚDE DE LAJEADO

SF – SAÚDE DA FAMÍLIA

SIA/SUS – SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SIAB – SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA

SIGTAP – SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS

SIH – SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

SIM - SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE

SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

SINASC - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS

SIOPS – SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS

SISCOLO - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

SISMAMA - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

SISPACTO – APLICATIVO DO PACTO PELA SAÚDE

SISREG – SISTEMA DE REGULAÇÃO

SMS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCE - TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO

TI – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

UBS - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UTI – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

SUMÁRIO

SUMÁRIO 13

1 APRESENTAÇÃO 18

2 ANÁLISE SITUACIONAL 20

2.1 Características gerais do município 20

2.1.1 Histórico, origem e formação 20

2.1.2 Estado, região e município 23

2.1.3 Limites, localização, divisões territoriais (Linhas e Distritos) 23

2.1.4 Municípios abrangidos pela 16ª CRS 26

2.2 Aspectos demográficos 27

2.2.1 População total: distribuição por sexo, faixa etária, rural e urbana 27

2.3 Dinâmica populacional 28

2.4 Densidade demográfica 30

2.5 Identificação da população 30

2.6 Aspectos socioeconômicos e de infraestrutura 31

2.6.1 Principais atividades econômicas 31

2.6.2 Renda familiar (média) 33

2.6.3 Dados econômicos 35

2.7 Educação 35

2.7.1 Dados da Rede Municipal de Ensino 35

2.7.2 Aprendizado no município de Encantado 36

2.7.3 Taxa de analfabetismo (porcentagem) 36
2.7.4 Taxa de rendimentos educacionais 37
2.8 Aspectos gerais com abrangência rural e urbana 37
2.8.1 Água 37
2.8.2 Esgoto 37
2.8.3 Energia 38
2.8.4 Lixo 38
2.8.5 Habitação 39

3 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO 40
3.1 Perfil epidemiológico 40

4 SERVIÇOS DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE NO MUNICÍPIO 44
4.1 Assistência à saúde 44
4.1.1 Atenção Primária (AP) e Estratégia Saúde da Família (ESF) 44
4.2 Programas e Ações 45
4.3 Atenção à saúde em Média e Alta Complexidade 46
4.4 Vigilância em saúde 47
4.4.1 Vigilância sanitária 48
4.4.2 Vigilância epidemiológica 48
4.4.3 Academias de Saúde 49
4.4.4 Postos de Saúde e Unidade Básica de Saúde - UBS 49
4.4.4.1 UBS Centro – Posto de Saúde Central 49
4.4.4.2 Posto de Saúde Navegantes / Posto de Vacinas 50
4.4.4.3 Posto de Saúde Planalto 51
4.4.4.4 Posto de Saúde Jacarezinho 51
4.4.4.5 Posto de Saúde São José/Faterco 51
4.4.4.6 Posto de Saúde Barra do Guaporé 52
4.4.4.7 Posto de Saúde Linha Argola 52
4.4.4.8 Posto de Saúde Barra Do Coqueiro 52
4.4.5 Farmácia Básica 52
4.4.6 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial 53

4.4.7 ACS - Agentes Comunitárias de Saúde 54
4.4.8 Centro Oftalmológico 56
4.4.9 CER – Centro Especializado em Reabilitação 56
4.4.10 SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 57
4.4.11 Hospital Beneficente Santa Terezinha – Encantado/RS 58
4.5 Departamento de Meio Ambiente (DEMA) 59

5 REDE DE SAÚDE E ASSOCIAÇÕES EM OUTROS MUNICÍPIOS 60
5.1 AGAR - Ambulatório de Gestação de Alto Risco – Estrela/RS 60
5.2 SAE - Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS 60
5.3 HEMOVALE - Hemoterapia do Vale do Taquari – Lajeado/RS 61
5.4 CLINEFRON – Hemodiálise – Lajeado/RS 61
5.5 Sociedade Beneficência e Caridade de Lajeado - Hospital Bruno Born .. 62
5.6 Associação Beneficente Ouro Branco (Hospital Ouro Branco) – Teutônia/RS 63
5.7 Hospital Nossa Senhora das Graças – Canoas/RS 63
5.8 Hospital São José – Taquari/RS 64
5.9 Hospital São José – Arroio do Meio/RS 65
5.10 CONSISA – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Taquari65

6 PROGRAMAS ESPECIAIS 67
6.1 Programas de Controle das DST / HIV / AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose 67
6.2 Programa de Assistência à Saúde da Criança e Adolescente 71
6.3 Programa de Assistência à Saúde da Mulher 72
6.4 Programa de Atenção ao Pré-natal e Puerpério 72
6.5 Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Detecção Precoce do Câncer de Mama 74
6.6 Programas de Planejamento Familiar 75
6.7 Programas de Saúde do Homem 76
6.8 Programas de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes 76
6.9 Programas de Atenção Integral à Saúde do Idoso 78

6.10 Programas de Combate ao Tabagismo 79
6.11 Programas de Oficinas Terapêuticas 79
6.12 Programa de Controle ao Vetor Aedes Aegypti 80
6.13 Programa de Bolsas de Colostonia e Urostomia 81
6.14 Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) 81

7 RECURSOS ESTADUAIS E FEDERAIS 83
7.1 Bloco de atenção básica 83
7.2 Bloco de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar85
7.3 Bloco de vigilância em saúde 86
7.4 Bloco de assistência farmacêutica..... 86
7.5 Bloco de gestão do SUS 87
7.6 Bloco de investimentos na rede de serviços de saúde 87

8 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS..... 88
8.1 Garantia do acesso da população a serviços de qualidade..... 88
8.2 Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio de ações de promoção e vigilância em saúde. 91
8.3 Garantia a assistência Farmacêutica no SUS 93
8.4 Garantia de apoio diagnóstico no âmbito do SUS 93
8.5 Contribuição na formação, qualificação e democratização dos trabalhadores do SUS..... 94
8.6 Controle Social do SUS 94
8.7 Implementar o modelo de Gestão do SUS 95
8.8 Modernização da Gestão Administrativa do SUS..... 95

9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE..... 96

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS 98

REFERÊNCIAS..... 99

ANEXOS 100

ANEXO A – PORTARIA Nº 2.135 DE 25 DE SETEMBRO DE 2013: ESTABELECE DIRETRIZES PARA O PROCESSO DE PLANEJAMENTO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)..... 101
ANEXO B – PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016: DEFINE A LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS, AGRAVOS E EVENTOS DE SAÚDE PÚBLICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, NOS TERMOS DO ANEXO, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS..... 105
ANEXO C – RESOLUÇÃO Nº 203/12 - CIB / RS: CRIAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (AGAR) NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL..... 110
ANEXO D – DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007: INSTITUI O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS... 113
DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007..... 113

1 APRESENTAÇÃO

O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE / PMS de Encantado apresenta as diretrizes para a gestão da saúde no período de 2018 a 2021 tendo como base as orientações da Portaria nº 2135, de 25 de setembro de 2013 (ANEXO A – Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013: Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)) que estabelecem o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde.

O município de Encantado através da Secretaria da Saúde, Meio Ambiente e Ação Social, tem a atribuição de coordenar as políticas municipais de saúde, estando em conformidade com as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde, 16ª CRS, e demais órgãos e instituições envolvidas na área da saúde, além das definidas na Lei Orgânica do Município de Encantado.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde.

O PMS se orienta nas definições do Plano Plurianual (PPA) e será base na formatação das Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual se consolidando como fundamental instrumento de planejamento.

Esse PMS apresenta breve análise situacional do município proporcionando informações gerais das condições em que vive a população do município que estão apresentados os principais indicadores.

Os serviços assistenciais de saúde estão apresentados pela forma como estão organizados partindo da base do sistema até os serviços mais complexos ofertados à população dentro do Sistema Único de Saúde desde os serviços públicos e os contratados pelo SUS. Também estão contempladas as ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Na área de gestão da saúde estão apresentados os instrumentos de Planejamento, Controle e Avaliação, informações sobre o Financiamento da Saúde no município, questões do Trabalho e Educação em Saúde, Logística e Patrimônio, Assistência Farmacêutica, Informações e Informática em Saúde e Participação popular.

Para análise e definição do eixo central foram priorizados dados destacados dentre os indicadores de saúde da população que proporcionou o planejamento de programas e ações nas áreas da gestão da saúde, promoção e assistência à saúde e investimentos em infraestrutura bem como as diretrizes da Política Estadual e Federal.

Esse Plano Municipal foi elaborado pela equipe da Secretaria da Saúde, Meio Ambiente e Ação Social; equipe da Secretaria da Fazenda; Conselho Municipal de Saúde; além de representantes da comunidade.

2 ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 Características gerais do município

2.1.1 Histórico, origem e formação

O território onde surgiria mais tarde o município de Encantado era coberto por extensas matas e habitado por índios do tronco GE Guarani. Embora não se precisem as tribos as quais pertenciam, tudo faz crer que fossem os Charruas ou Tapes. A primeira exploração do território deu-se em 1635, com os padres Jesuítas, para iniciar a exploração do Rio Mbocarirói (Guaporé) e Tebiquary (Taquari), iniciando pelo Rio Boapari (rio das Antas), Taiaçuapé (margem esquerda do rio Taquari). Nos primórdios, antes que a terra tivesse nome, Encantado pertenceu a um dos quatro municípios primitivos do Rio Grande do Sul, o da capital do Estado - Porto Alegre - criado pelo Alvará Imperial de 23 de agosto de 1808, complementado pela Provisão de 7 de outubro de 1809, que determinou a instalação dos municípios de Porto Alegre, Rio Grande, Rio Pardo e Santo Antônio da Patrulha.

Com a criação do município de Triunfo, em 25 de outubro 1831, toda a região do nordeste do município de Porto Alegre passou a compor o novo município, e com ele o território inexplorado de Encantado. De Triunfo passou para Taquari, território criado em 4 de julho de 1849, pela Lei nº160.

Encantado era apenas uma mera expectativa econômica, até que Estrela despontou no firmamento político-administrativo do Rio Grande do Sul como parcela

autônoma, em 21 de fevereiro de 1882, pela Lei nº 1.044. Dessas terras desmembradas de Taquari, foram localizadas as colônias hoje denominadas Guaporé e Encantado, vindo os colonos a se estabelecer nesta última por volta de 1882.

Pelo que se tem conhecimento, o topônimo "Encantado" apareceu escrito, pela primeira vez, em 1856, no livro de Registros Paroquial, de Santo Amaro, que diz: "Manoel Joaquim da Silva declara ter posse de terrenos na margem direita do rio Taquari, lado de Santo Amaro, no lugar denominado "Encantado", com meia légua de extensão, com uma légua de fundos, mais ou menos, cujos terrenos confrontam-se: ao Norte com o arroio Jacaré, pelo Sul com terras de José Antônio dos Santos Lara, a Leste com o rio Taquari e pelo Oeste com a Serra Geral.

O grande território Município de Encantado estava subdividido em diversas áreas de terras, de grandes proprietários, de empresas colonizadoras, ou mesmo de pessoas físicas, que as vendiam para os povoadores e colonizadores.

Em 1878, Coronel José Francisco dos Santos Pinto, mapeou suas terras a fim de que pudessem ser vendidas aos imigrantes ou aos migrantes oriundos de outras localidades já colonizadas. A colonização e o povoamento do território ocorreram oficialmente em 1882. O novo povoado surgiu no vasto território quase virgem, tendo ao sul a colônia alemã de Arroio do Meio. Para o norte e oeste, os povoamentos já florescentes de Soledade e Passo Fundo, visto que a colonização de Guaporé só se iniciaria em 1892.

Devido ao seu rápido desenvolvimento, Lajeado é designado município em 26 de janeiro de 1891, antes território de Estrela. A esse município integrou-se o território de Encantado, que elevou-se à categoria de 2º distrito de Lajeado, pelo Ato Estadual nº 06, de 5 de janeiro de 1892.

Havia no distrito de Encantado, além da sede, os seguintes povoados: São José da Anta Gorda (Borguetto), pequeno povoado no núcleo Anta Gorda, Santo Antônio do Jacaré (Relvado) e Nova Bréscia também chamado Arroio das Pedras. A 7 de Maio de 1914, uma comissão integrada pelos núcleos de Encantado, Anta

Gorda e Itapuca, encaminhou ao então governador do Estado, Dr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, memorial solicitando a criação do município, tendo por base os territórios do 2º (Encantado) e 4º (Anta Gorda) distritos de Lajeado, e 9º (Itapuca) distrito de Soledade, cuja sede ficaria em Encantado.

Lajeado foi a última dependência de Encantado. Depois disso, adquire autonomia político-administrativa.

O município de Encantado está localizado na Serra Geral, localizado na Encosta Inferior do Nordeste no Vale do Taquari, na margem direita do Rio Taquari, no estado do Rio Grande do Sul (RS), a 140 km da capital, Porto Alegre, ocupando uma área de 142,77 km^2 (conforme sítio do município), estando a 54m acima do nível do mar, e fazendo limite com os municípios de Muçum, Roca Sales, Arroio do Meio, Doutor Ricardo, Relvado e Capitão.

Em relação a sua população, Encantado possui 20.510 habitantes (IBGE 2010), estando 17.879 domiciliados na zona urbana e 2.631 na zona rural, a estimativa IBGE para o ano de 2017 é de 22.128 habitantes. Cabe mencionar ainda que, segundo o IBGE, Encantado tem como densidade demográfica o índice de 147,38 hab./Km^2. Nos últimos anos, o Município vem apresentando crescimento populacional na ordem de 1,2% ao ano. Em relação as etnias presentes, temos 65,86% de descendências Italiana, 6,41% de alemã e 17,80% de miscigenação de raças.

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita de Encantado é de R$ 31.211.54, conforme o IBGE, fazendo com que o município fique na posição 148 de 497 municípios no estado, e 728 dos 5570 municípios no país. A produção agrícola no representa aproximadamente 25% do PIB, sendo as principais atividades as produções de milho, soja e fumo; além da produção agropecuária principalmente na suinocultura, avicultura e gado leiteiro. Do total da produção do município, a produção agrícola representa 60% da renda, a produção de leite 38%; a produção de suínos 27%; e a produção de aves 26%; e os restantes 14% representado por outras atividades. Das áreas em que há plantações no município, a correspondente ao milho é de 1.800 hectares, e a de soja 360 hectares. A produção de leite ocorre

em 414 propriedades, equivalentes a 3.000.000 de litros por ano, onde 70% desta quantia é para a produção agroindustrial; da mesma forma em que 105 propriedades são responsáveis pela produção anual de 73.000 cabeças de suínos; e 145 propriedades por 16.000.000 cabeças de aves (IBGE, 2017).

2.1.2 Estado, região e município

A Figura 1 ilustra a localização do município de Encantado no mapa, mesorregião do centro oriental Rio-grandense, entre as coordenadas geográficas 29º 14' 10" S de latitude e 51º 52' 11" W de longitude.

Figura 1 – Localização do município de Encantado

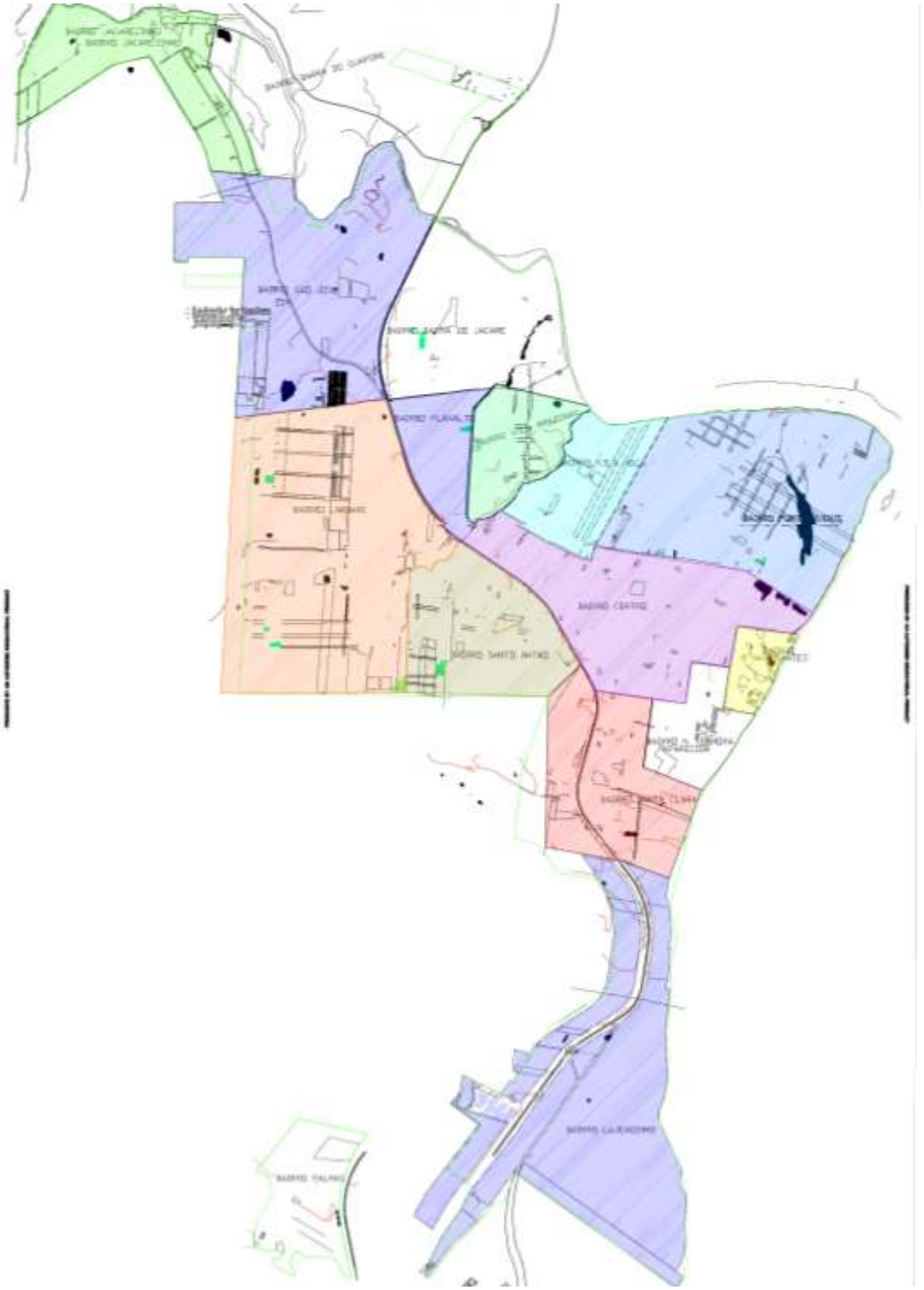
Fonte: Disponível em: <http://www.encantado-rs.com.br/site/municipio.php?id=3>, abr. 17.

2.1.3 Limites, localização, divisões territoriais (Linhas e Distritos)

O município de Encantado é formado por diversos bairros e localidades. O Primeiro Distrito que é a sede, e o Segundo Distrito que é a localidade de Valdástico. A sede encontra-se dividida em bairros: Centro, Jacarezinho, Palmas, Navegantes, Planalto, Santo Agostinho, Lambari, São José, Santa Clara, Lajeadinho, Barra do Guaporé, Barra do Jacaré, Vila Moça, Santo Antão, Porto XV,

Nossa Senhora Aparecida, Vila Amazonas. Essas localizações são apresentadas na Figura 2 – Localização dos bairros do município de Encantado.

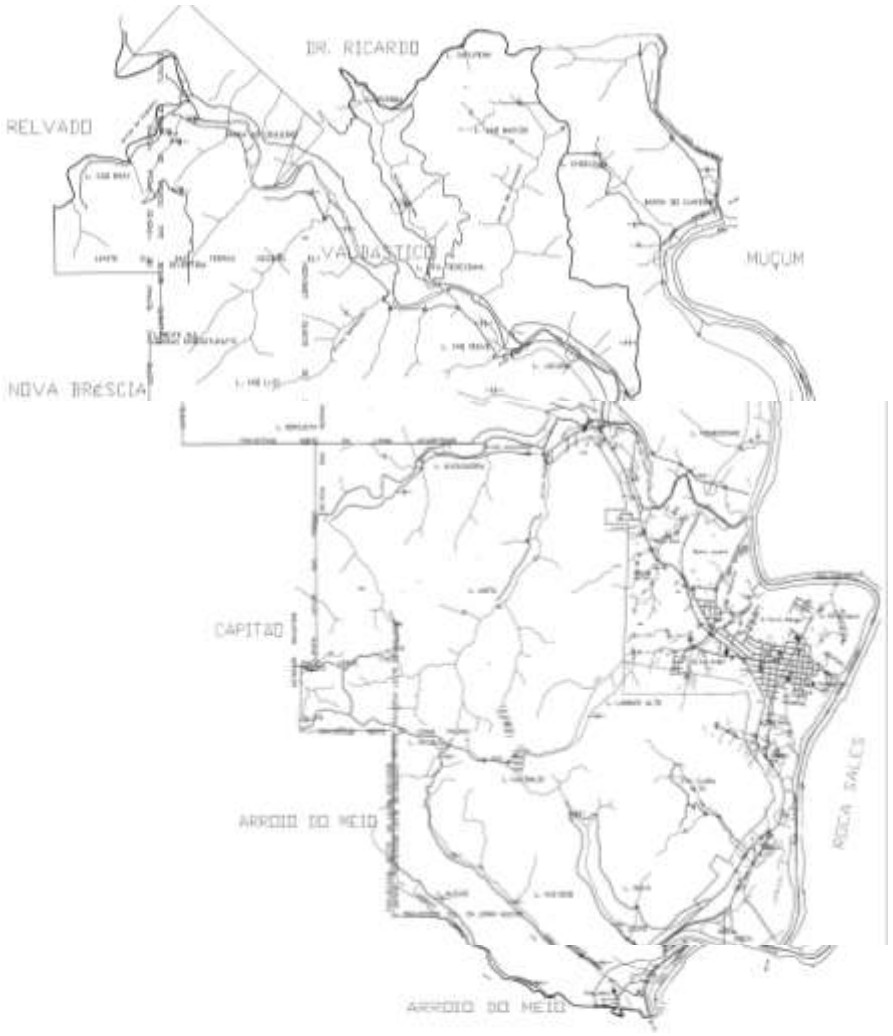
Figura 2 – Localização dos bairros do município de Encantado



Fonte: Secretaria do Desenvolvimento do Município de Encantado, abr. 17.

Compõem ainda o território do município as Linhas: Barra do Coqueiro, Guabiroba, Sapopema, São Marcos, Chiquinha, São Brás, Divertida, Santa Teresinha, São Luiz, São Roque, Barra do Guaporé, Jacaré, Auxiliadora, Pinheirinho, Anita, Argola, Garibaldi, Lambari Alto, Santa Clara, Alegre, Azevedo, Palmas, Cedro, Nova e Lajeadinho. Essas localizações são apresentadas na Figura 3 – Localização das localidades do município de Encantado.

Figura 3 – Localização das localidades do município de Encantado



Fonte: Secretaria do Desenvolvimento do Município de Encantado, abr. 17.

2.1.4 Municípios abrangidos pela 16ª CRS

A 16ª CRS (Coordenadoria Regional de Saúde) é formada por 37 municípios do estado do Rio Grande do Sul, composta por duas das 30 regiões do Estado, a 29ª e 30ª regiões. A sede da coordenadoria está atualmente localizada no município de Lajeado, mas será transferida nos próximos meses para a cidade de Estrela. Os municípios que compõem a 16ª CRS são: Anta Gorda, Arroio do Meio, Bom Retiro do Sul, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Colinas, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda Vila Nova, Forquetinha, Ilópolis, Imigrante, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Paverama, Poço das Antas, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Taquari, Teutônia, Travesseiro, Vespasiano Corrêa e Westfália, conforme informação da Secretaria Estadual de Saúde do Estado. A seguir na Figura 4 – Localização dos municípios da 16ª CRS.

Figura 4 – Localização dos municípios da 16ª CRS

Fonte: Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1415290284_16crs%20lajeado.png3>, abr.

2.2 Aspectos demográficos

2.2.1 População total: distribuição por sexo, faixa etária, rural e urbana

Tabela 1 – Número de domicílios, segundo uso e tipo

Domicílios	Total
Total de domicílios	7.078
Coletivos	11
Particulares	7.957
Ocupados	7.078
Não Ocupados	879

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2017).

Conforme Tabela 1 o município possui na sua grande maioria domicílios particulares, e uma pequena quantidade de domicílios coletivos, que são considerados os domicílios onde residem várias pessoas que não possuem vínculo familiar.

Tabela 2 – População censitária, segundo tipo de domicílio e sexo

Tipo de Domicílio	Masculina	Feminina	Total
Urbano	8.606	9.273	17.879
Rural	1.326	1.305	2.631
TOTAL	9.932	10.578	20.510

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2017).

Na Tabela 2 verifica-se que a população do município reside predominantemente em área urbana, 87,17% da população total do município. Além disso, temos 51,57% de mulheres dentre o total da população Encantadense.

Tabela 3 – População estimada residente, por ano

Ano	População
1991	18.156
1996	19.225
2000	18.528
2007	19.536
2010	20.510
2016	22.009
2017	22.128

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nas informações contidas no sítio do IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010.

Encantado possui crescimento populacional de acordo com os dados do IBGE, estima-se que a população esteja aumentando na fração de 1,2% ao ano aproximadamente. Esse aumento é baseado no número de nascimento e também na existência de uma grande quantidade de migrantes de outras cidades e imigrantes de origem principalmente da Haiti.

2.3 Dinâmica populacional

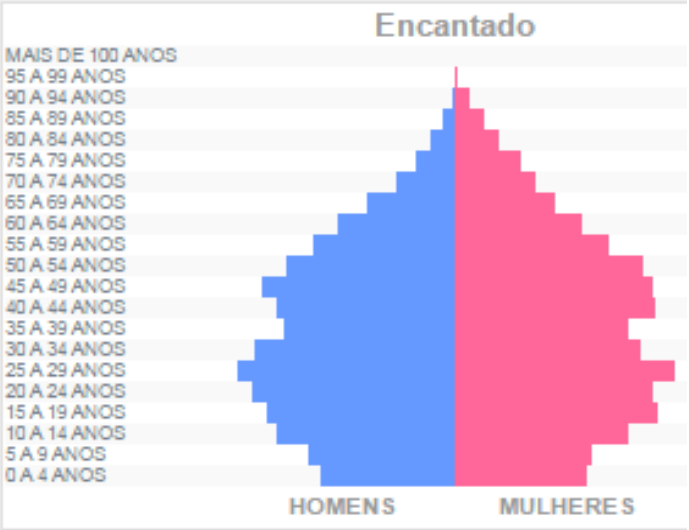
Conforme dados do Censo realizado pelo IBGE (2010), a maior parte da população do município de Encantado é formada por habitantes com idade entre 20 e 24 anos (7,9%), 25 e 29 anos (7,8%) juntamente com a população com 15 a 19 anos (7,8%), seguido pela população entre 30 a 34 anos (7,7%). Isso demonstra que a maior parte da população que compõem o município é formada por pessoas jovens, e que prova a necessidade de campanhas de prevenção e orientação nas mais diversas áreas que compõem o sistema de saúde. Essas informações podem ser confirmadas na Tabela 4 e na Figura 5 que encontram-se abaixo.

Tabela 4 – População censitária, segundo faixa etária e sexo do município de Encantado

Faixa etária	Masculina	Feminina	Total
De 1 a 4	441	429	870
5 a 9	587	554	1141
10 a 14	719	696	1415
15 a 19	760	814	1574
20 a 24	814	800	1614
25 a 29	877	885	1762
30 a 34	804	750	1554
35 a 39	693	699	1392
40 a 44	719	807	1526
45 a 49	780	800	1580
50 a 54	677	754	1431
55 a 59	568	620	1188
60 a 64	472	511	983
65 a 69	356	405	761
70 a 74	232	322	554
75 a 79	161	267	428
80 a 89	154	290	444
90 a 99	15	70	85
100 anos ou mais	1	1	2

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2010).

Figura 5 – Pirâmide etária do município de Encantado



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010, Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=430680&search=rio-grande-do-sul|encantado|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>, mai. 17.

Outro dado de extrema importância para o planejamento da saúde do município, diz respeito às migrações que ocorreram no município em função dos incentivos das empresas de Encantado para a contratação de mão de obra principalmente estrangeira.

Tabela 5 – Taxa de migração do município de Encantado

População residente por lugar de nascimento	Nº de pessoas
População residente por lugar de nascimento – pergunta respondida	20.510
População residente por lugar de nascimento – Brasil sem especificação	42
População residente por lugar de nascimento – Outro país	12
População residente por lugar de nascimento – Região Centro-oeste	62
População residente por lugar de nascimento – Região Nordeste	37
População residente por lugar de nascimento – Região Norte	35
População residente por lugar de nascimento – Região Sul	20.204

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2017).

As mesmas ocorreram em grande quantidade após os desastres naturais ocorridos na América Central, e que iniciaram com a contratação de 85 haitianos, dominicanos e senegaleses em outubro de 2012 (data posterior ao Censo realizado pelo IBGE, cujos dados encontra-se na Tabela 5); em 2014 esse número chegou a 500 estrangeiros (principalmente haitianos) residindo no município.

2.4 Densidade demográfica

Tabela 6 – Densidade demográfica do município de Encantado

Densidade demográfica – 2010
147,38 habitantes / km²

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2017), Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430680&search=rio-grande-do-sul |encantado|infograficos:-informacoes-completas> - acesso mai. 17.

A densidade demográfica é de extrema importância, pois possibilita dimensionar como a população encontra-se distribuída em uma determinada região, possibilitando que o gestor verifique quais as áreas mais e menos povoadas, e que necessitam de uma maior atenção no que diz respeito principalmente ao saneamento básico. A densidade demográfica do município teve um grande aumento em função das emancipações, ficando superior a do Brasil (que é de 23,8 habitantes / km²), e do Estado do Rio Grande do Sul (que é 40,06 habitantes / km²).

2.5 Identificação da população

Tabela 7 – População residente no município de Encantado, por cor / raça - 2010

Cor / raça	Homens	Mulheres	População
Branca	8.846	9.526	18.372
Preta	294	280	574
Amarela	10	11	21
Parda	768	748	1.516
Indígena	14	10	24
Sem declaração da cor / raça	-	-	-
TOTAL	9.932	10.575	20.507

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2017), disponível em:< http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=430680&idtema=67&search=rio-grande-do-sul|encantado|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios-> - acesso em mai. 17.

A maior parte da população do município é composta por pessoas que se consideram de raça branca, pois é uma cidade colonizada por imigrantes italianos, que correspondem a 89,6% da população, seguido pela parda (7,4%), preta (2,8%) e demais raças.

2.6 Aspectos socioeconômicos e de infraestrutura

2.6.1 Principais atividades econômicas

O setor industrial de Encantado é o carro chefe da economia, responsável por grande parte do faturamento. Com aproximadamente 147 indústrias, a de alimentação detém a maior fatia do mercado, ressaltando sua participação em todo o país, contribuindo para fazer o Vale do Taquari, um pólo alimentício estadual. Nesta área, Encantado participa com produtos frigoríficos, com tradição nos embutidos e cortes. Hoje, o maior deles é a Cosuel (Cooperativa dos Suinocultores de Encantado Ltda.), colocando no mercado dezenas de produtos, cuja existência de qualidade é reconhecida em todo o Brasil. Nos últimos anos a indústria de cosméticos e perfumaria também cresceu muito, com posição de destaque no cenário nacional. A empresa Fontana, uma das mais antigas indústrias de higiene e limpeza, teve alguns de seus produtos escolhidos entre os mais vendidos do Brasil. O comércio de Encantado possui uma atividade diversificada, representando grande parte do movimento econômico. Este mercado supre as necessidades da população local e dos municípios da região alta do Vale do Taquari. A variedade de empresas prestadoras de serviços torna o município ainda mais promissor, principalmente através da terceirização. São diversos tipos de empresas que atendem diferentes áreas, desde a mais simples a mais sofisticada. Abaixo segue tabela com a população economicamente ativa, dividida conforme área de atividade.

Tabela 8 – População ocupada segundo as atividades econômicas do município de Encantado – De 2007 a 2013

Atividades	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Agricultura	96	71	60	32	88	82	78
Comércio	1019	1792	1128	1216	1325	1446	1531
Indústria	3578	3190	3258	3628	3705	3844	3998
Serviços	1252	1301	1442	1544	1703	1813	1868

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2017).

Conforme dados do IBGE, a população do município de Encantado é composta por 20.510 habitantes no ano de 2010; destes 89,25% são economicamente ativos, destes 34% são homens e 30% mulheres.

Tabela 9 – Pessoas economicamente e não economicamente ativas no município de Encantado

	Homens	Mulheres	Total
Pessoas economicamente ativas	6.960	6.045	13.005
Pessoas não economicamente ativas	1.883	3.416	5.299

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2017).

Da população economicamente ativa, as atividades exercidas são:

Tabela 10 – População economicamente ativa do município de Encantado, por atividade econômica

Atividade	Homens	Mulheres	Total
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	991	581	1572
Indústrias de transformação	1.827	1.846	3673
Eletricidade e gás	25	0	25
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	95	40	135
Construção	1.012	36	1048
Comércio reparação de veículos automotores e motocicletas	1503	861	2.364
Transporte, armazenagem e correio	348	40	388
Alojamento e alimentação	111	86	197
Informação e comunicação - homens	102	52	154
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	137	51	188
Atividades profissionais, científicas e técnicas	126	200	326
Atividades administrativas e serviços complementares	71	51	122
Administração pública, defesa e seguridade social	147	100	247
Educação	51	385	436
Saúde humana e serviços sociais	75	346	421
Artes, cultura, esporte e recreação	28	10	38
Outras atividades de serviços	37	173	210
Serviços domésticos	56	747	803
Atividades mal especificadas	56	90	146

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2017),

2.6.2 Renda familiar (média)

Tabela 11 – Rendimento mensal domiciliar per capta, no município de Encantado

Classe de rendimento nominal mensal	Domicílios	Domicílios (percentual)
Até ¼ de salário mínimo	82	1%
Mais de ¼ a ½ salário mínimo	376	5%
Mais de ½ a 1 salário mínimo	1.676	24%
Mais de 1 a 2 salários mínimos	2.854	40%
Mais de 2 a 3 salários mínimos	1.044	15%
Mais de 3 a 5 salários mínimos	616	9%
Mais de 5 salários mínimos	361	5%
Sem rendimento	67	1%
TOTAL DE DOMICÍLIOS	7.078	100%

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2017).

Ainda segundo dados do IBGE (2015) o salário mensal médio dos trabalhadores encantadenses é de 2,3 salários mensais.

O Governo Federal tem o Cadastro Único que é utilizado para Programas Sociais do Governo Federal, sendo um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, possibilitando que se conheça a realidade dessa população. Neste cadastro estão contidas informações como: características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, entre outras. Deste o ano de 2003, tornou-se o principal instrumento para a seleção e inclusão de famílias de baixa renda em programas federais, sendo usado obrigatoriamente para a concessão dos benefícios do Programa Bolsa Família, da Tarifa Social de Energia Elétrica, do Programa Minha Casa Minha Vida, da Bolsa Verde, entre outros. Também pode ser utilizado para a seleção de beneficiários de programas ofertados pelos governos estaduais e municipais. Por isso, ele é funciona sendo a principal fonte para as famílias acessarem diversas políticas públicas.

O controle deste cadastro é de responsabilidade compartilhada entre o governo federal, os estados, os municípios e o Distrito Federal, sendo que a nível federal o gestor responsável é o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e a Caixa Econômica Federal o agente operador que mantém o Sistema de Cadastro Único (informações disponíveis em: <http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve> - acesso 25 jun. 17).

O Bolsa Família é um programa do Governo Federal destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com renda per capita de até R$ 154 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro do acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social. Através do Bolsa Família, o governo federal concede mensalmente benefícios em dinheiro para famílias mais necessitadas. (disponível em http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp - acesso em 25 jun. 17).

No município de Encantado há 987 famílias inscritas no Cadastro Único, dentre as quais 448 famílias possuem renda de até ½ salário mínimo com cadastro atualizado. Existe uma estimativa de 585 famílias com renda mensal de até ½ salário mínimo por pessoa vivendo em Encantado. Em relação ao Programa Bolsa Família – PBF, 212 famílias são beneficiadas pelo programa, que equivalem, aproximadamente, a 2,61% da população total do município, e inclui 30 famílias que, sem o programa, estariam em condição de extrema pobreza.

A principal ocupação desenvolvida pelos usuários que integram o Cadastro Único é empregado com carteira de trabalho assinada, seguida de trabalhadores por conta própria (bico, autônomo). Porém, a maioria dos usuários consta como ‘sem resposta’ em relação a função principal exercida, considerando-se a faixa etária produtiva, o que demonstra que ainda é preciso maior incentivo em relação a autonomia produtiva dos usuários, potencializando assim o protagonismo das famílias e comunidade.

Tabela 12 – Famílias inseridas no Cadastro Único e Bolsa Família no município de Encantado

Dados da população encantadense		
	Domicílios	População
População total (IBGE 2010)		20.510
Número de domicílios particulares permanentes	7.078	
Média de pessoas por domicílio		2,89
Famílias Cadastro Único	1.090	3.150
Famílias Bolsa Família	200	578

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2010), Bolsa Família e Cadastro Único (Mai 17).

2.6.3 Dados econômicos

Tabela 13 – População aposentada ou pensionistas economicamente ativa ou não, população em atividade, e população sem declaração no município de Encantado

Atividade da População	Economicamente Ativa	Não Economicamente Ativa
Aposentados ou pensionistas	2.099	2.204
Em atividade econômica	10.906	3.086
Sem declaração	-	9
TOTAL	13.005	5.299

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2010),

Tabela 14 – População contribuinte e não contribuinte para o instituto de previdência social no município de Encantado

Contribuintes	Contribuintes	Não contribuintes
Sexo		
Feminino	4.262	1.436
Masculino	4.989	1.807
Situação Domiciliar		
Urbana	8.434	2.262
Rural	817	981

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2010),

2.7 Educação

2.7.1 Dados da Rede Municipal de Ensino

Tabela 15 – Alunos matriculados nas Redes de Ensino

Matrículas em creches	**555** estudantes
Matrículas em pré-escolas	**437** estudantes
Matrículas anos iniciais	**1.070** estudantes
Matrículas anos finais	**929** estudantes
Matrículas ensino médio	**630** estudantes
Matrículas EJA	**110** estudantes
Matrículas educação especial	**65** estudantes
Total de Matrículas	**3.796 estudantes**

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do MEC – Prova Brasil 2015. (Disponível em: http://ide.mec.gov.br/2011/municipios/relatorio/coibge/4306809 acesso em 14 nov. 2017)

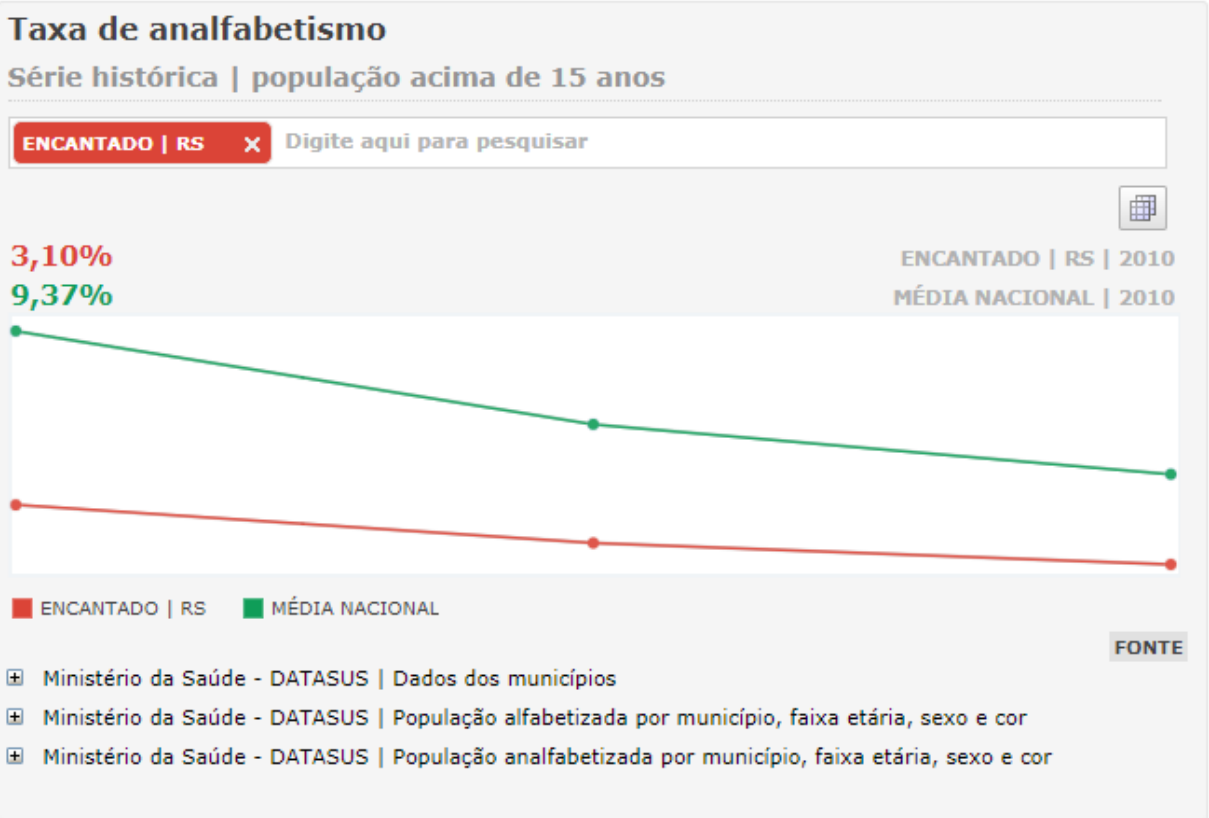
Segundo dados do Censo disponíveis no sítio do MEC Encantado possui na sua rede de Ensino 3.796 alunos na Educação Básica, Ensinos Fundamental, Médio e Especial em todas as redes de Ensino, Municipal, Estadual, EJA, particular e Educação Especial (APAE).

2.7.2 Aprendizado no município de Encantado

De acordo com dados do MEC a proporção de alunos que aprenderam o adequado na competência de leitura e interpretação de textos até o 5° ano na rede pública de ensino no município é de 78%. Se compararmos com a média nacional que é de 50% verificamos que o município encontra-se muito bem posicionado quanto a esses índices. Da mesma forma o mesmo índice em relação ao estado do Rio Grande do Sul apresenta valores de 56% dos alunos, ratificando tal posição (conforme dados do MEC – Prova Brasil 2015, disponível em: http://ide.mec.gov.br/2011/municipios/relatorio/coibge/4306809 acesso em 14 nov. 2017).

2.7.3 Taxa de analfabetismo (porcentagem)

Tabela 16 – taxa de analfabetismo em Encantado



Segundo dados do Datasus, a taxa de analfabetismo de Encantado é de 3,10% para população acima de 15 anos, enquanto a média nacional é de 9,37%, frente a uma taxa do estado do Rio Grande do Sul de 4,5%.

2.7.4 Taxa de rendimentos educacionais

De acordo com o índice IDEB os alunos do município de Encantado ultrapassaram a meta prevista para o ano de 2.021 em relação às notas do IDEB da Educação dos anos iniciais sendo que a meta era de 6,7 e no ano de 2015 a nota foi de 6.8. A meta mínima para 2015 era de 6.0.

No que diz respeito a nota dos anos finais a meta estipulada para os alunos para o ano de 2015 era de 5,5 sendo que o índice atingido foi de 4,7, abaixo do estipulado pelo MEC (conforme dados disponíveis em http://qedu.org.br/cidade/220-encantado/ideb?dependence=5&grade=2&edition=2015 acesso em 10 dez. 2017).

2.8 Aspectos gerais com abrangência rural e urbana

2.8.1 Água

O abastecimento de água é realizado pela CORSAN, através de 7 poços artesianos, uma estação de tratamento, com rede de 110 km e vazão de 110 mil metros cúbicos/mês, suprindo demanda de mais de 7 mil economias.

2.8.2 Esgoto

Planilha AAA – Tipo de saneamento básico no município de Encantado

Tipo de saneamento	Rural	Urbano
Adequado	24,10%	82,10%
Inadequado	4,90%	0,7%
Semi-adequado	71,0%	17,10%
Total de domicílios	895	7.075

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com base nos dados do IBGE (2010),

O controle da rede de esgoto do municipio se dá em parceria entre a CORSAN, responsável também pelo abastecimento de água, e o município, sendo

que a priore o esgoto pluvial fica sobre a responsabilidade da municipalidade. Segundo dados do IBGE o municipio de Encantado possui cerca de 82,10% das residências localizada na area urbana que dispõem de saneamento de forma adequada, muito importante para o controle de doenças e a saúde da população.

De igual forma o município vem desenvolvendo em parceria com a CORSAN um projeto que visa o tratamento de esgoto clocacal da cidade, com a contrução de novas adutoras, estações de bombeamento e estação de tratamento, localizada no Bairro Santo Agostinho.

2.8.3 Energia

A energia elétrica do município de Encantado é fornecida pela RGE SUL (uma empresa do Grupo CPFL Energia), e conforme os parâmetros da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), a área de concessão da mesma inclui 118 municípios das regiões Metropolitana e Centro-Oeste do Rio Grande do Sul. Com a abrangência de 99.512 km^2, disponibiliza 64 subestações (sendo duas unidades móveis). Informações disponíveis em<https://www.rgesul.com.br/clientes-residenciais-comerciais/Paginas/home.aspx> - acesso 17 mai. 17.

Segundo informações da RGE – SUL a cidade de Encantado tem um consumo médio mensal de 1.614.000 KWH para um total de 9.861 unidades, entre residências, comerciais e industriais.

2.8.4 Lixo

O município de Encantado possui nos dias de hoje coleta através de empresa terceirizada que encaminha todo o resíduo coletado para outros locais, sem tratamento ou separação. A quantidade de lixo gerada gira em torno de 350 a 400 toneladas mês. Existe em processo um edital que tornará a coleta de parte do lixo seletiva, para que se possa reaproveitar os produtos que hoje são enviados ao mesmo aterro. A partir do início dos trabalhos, que está previsto para o ano de 2018 teremos a destinação correta que além de ser de acordo com a responsabilidade

ambiental, provavelmente fará com que haja economia em relação aos valores hoje dispendidos, haja visto que a separação acarretará uma diminuição significativa da quantidade que necessitará de destinação final.

2.8.5 Habitação

Segundo o IBGE, o município possui 70% dos imóveis de alvenaria e 71,17% da população possui casa própria. O ramo imobiliário e da construção são dinâmicos e atuantes.

O município trabalha na implementação de programas de habitação popular, essencialmente para que os residentes hoje no município possam adquirir os imóveis próprios e assim ter melhor condições de vida.

3 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

3.1 Perfil epidemiológico

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) tem como principal objetivo reunir informações sobre os nascimentos que ocorrem em todo o país. Seus dados são fornecidos através do preenchimento dos dados da Declaração de Nascido Vivo (DNV), documento padronizado pelo Ministério da Saúde, com diferenças informações sobre o recém-nascido (nome, data e hora do nascimento, sexo, peso ao nascer, índice de apgar, se foi detectada alguma anomalia ou defeito congênito), sobre o local do nascimento (local da ocorrência, informações do estabelecimento, código CNES) e sobre a mãe (nome, cartão SUS, escolaridade, ocupação, data de nascimento, idade, naturalidade, situação conjugal, raça / cor da mãe, residência) e sua gestação (histórico gestacional, data da última menstruação, número de semanas de gestação, número de consultas de pré-natal, mês de gestação em que iniciou o pré-natal, tipo de gravidez, apresentação do parto, se o trabalho de parto foi induzido, qual tipo de parto, se a cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar, e por quem o nascimento foi assistido).

Essas informações são utilizadas para verificar o perfil de nascidos vivos, identificando seus diversos aspectos como peso ao nascer, condições de vitalidade, idade da mãe, prematuridade, dentre outros. Também são de extrema importância pois possibilita o controle do número de partos naturais e partos cesáreas, verificando quais as principais causas que fazem com que ocorra um e não o outro. Assim como oferecer melhores condições para às gestantes e aos recém-nascidos.

Tabela AA – Número total de nascimentos no município de Encantado

Ano	Número de nascimentos
2011	330
2012	373
2013	374
2014	394
2015	450
2016	478 (*)
2017	589 (**)

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com informações da Secretaria da Saúde do Município de Encantado(*), estimativa para o ano de 2017(**), e informações disponíveis em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrs.def> - acesso em 20 mai. 17.

Na tabela acima, observa – se um aumento gradativo do número de partos (normais e cesáreas) no município de Encantado, e essa tendência permanecerá em função da regionalização do parto e do nascimento no Estado, que foi aprovada em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), realizada em maio de 2017, na Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS), em Porto Alegre, que definiu a Maternidade Dr Nédio Pretto do HBST como sendo a referência na Região Alta do Vale do Taquari. O objetivo desta determinação é de qualificar a atenção à saúde da gestante e do recém-nascido fazendo com que ocorra a redução da mortalidade materno-infantil e sequelas que possam afetar a saúde da criança.

Tabela AA1 – Número de partos normais e cesáreas no município de Encantado

Ano	Partos Normais		Partos Cesáreas		Ignorado	Número de nascimentos
	Valor	Porcentagem	Valor	Porcentagem		
2011	90	27%	239	72%	1	330
2012	92	25%	281	75%	-	373
2013	106	28%	267	71%	1	374
2014	120	30%	274	70%	-	394
2015	161	36%	289	64%	-	450
2016	186	39%	292	61%	0	478(*)

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com informações da Secretaria da Saúde do Município de Encantado(*), e informações disponíveis em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrs.def> - acesso em 24 ago. 17.

Na tabela AA1 observa – se também um pequeno aumento no número de partos normais em comparação ao número de partos de cesáreas realizadas anualmente no município. Demonstrando a preocupação do município com a qualidade de vida de suas gestantes, com a qualidade do parto, tendo como

incentivo a Rede Cegonha. O município de Encantado aderiu no ano de 2011 ao Programa Rede Cegonha, que está detalhado em subcapítulo Programa de Atenção ao Pré-natal e Puerério. O número de nascimento por sexo do recém nascido encontra-se na **Tabela AA**.

Tabela AA – Número de nascimento por sexo no município de Encantado

Ano	Meninas	Meninos	Número de nascimentos
2011	175	155	330
2012	188	185	373
2013	185	189	374
2014	200	194	394
2015	200	250	450
2016	226	252	478(*)

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com informações da Secretaria da Saúde do Município de Encantado(*), e informações disponíveis em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrs.def> - acesso em 24 ago. 17.

Com base nos dados da Tabela AA (abaixo) observa um grande aumento das gestantes principalmente na faixa etária de 30 a 34 anos (e nas faixas etárias com idade superior), demonstrando que cada vez mais as mulheres estão deixando a gestação para mais tarde, diferente das épocas anteriores.

Tabela AA – Número de nascimentos por ocorrência por ano do nascimento e Idade da mãe no município de Encantado

Ano do nascimento	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	Total
2015	1	32	81	95	162	60	17	2	0	450
2014	0	37	55	98	115	68	21	0	0	394
2013	0	29	66	99	93	69	16	1	1	374
2012	1	32	69	100	99	60	10	0	2	373
2011	0	31	70	85	78	49	16	1	0	330
Total	**2**	**161**	**341**	**477**	**547**	**306**	**80**	**4**	**3**	**1921**

Fonte: Elaborado pelos autores (2017), com informações do sistema DATASUS - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS disponíveis em: < Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC> - acesso em 24 ago. 17.

Em 2016 40% dos óbitos resgistrados no município foram por doenças relacionadas ao aparelho circulatório, seguido de neoplasias (33%), doenças do aparelho respiratório (11%), conforme **Tabela AA**.

Tabela AA – Número de óbitos anuais no município de Encantado por causa mortis

Indicador	Ano					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (*)
Doenças do aparelho circulatório	42	43	44	43	46	20
Neoplasias (tumores)	39	44	29	34	38	15
Doenças do aparelho respiratório	23	17	21	19	13	18
Causas externas de morbidade e de mortalidade	11	14	19	9	0	22
Doenças do aparelho digestivo	8	4	8	13	6	4
Algumas doenças-infecciosas e parasitárias	5	2	0	5	0	0
Doenças endócrinas, nutricionais e matabólicas	5	9	8	9	0	1
Doenças do sistema nervoso	5	4	6	7	4	22
Doenças do aparelho geniturinário	4	0	7	3	3	1
Algumas afecções originadas no período perinatal	2	0	3	0	0	0
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	0	7	0	7	4	0
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0	2	0	0	0	1
Transtornos mentais e comportamentais	0	0	2	0	0	0
Doença do sistema oesteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	0	0	1	0

Fonte: Elaborado pelos autores (2017) com informações com base nas informações contidas no sítio da Vigilância em Saúde – SVS, disponível em: <http://svs.aids.com.br> – acesso 20 mai. 17, e com dados da Secretaria da Saúde do Município de Encantado (*) de janeiro a julho de 2017.

4 SERVIÇOS DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE NO MUNICÍPIO

4.1 Assistência à saúde

4.1.1 Atenção Primária (AP) e Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Atenção Primária no município de Encantado está organizada por meio de Estratégia Saúde da Família (ESF), UBS, EACS e CAPS, operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade. A Atenção Primária deve também resolver as necessidades que englobam demandas sanitárias de várias ordens. Executa desde intervenção curativa individual, até ações em saúde pública: saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, profilaxia de doenças, ações de atenção a problemas sanitários de caráter social, como violência, transtornos mentais, uso de drogas, etc. A Atenção primária sempre busca fortalecimento dos princípios do SUS na construção de modelos de atenção mais resolutivos e humanizados.

O município conta com uma rede de assistência composta por quatro equipes da Estratégia Saúde da Família, uma Estratégia Agente Comunitário de Saúde (EACS), uma Unidade Básica de Saúde Central, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), um Hospital Geral Filantrópico (Hospital Beneficente Santa Terezinha - HBST) e um Centro Oftalmológico de referência regional, e apresenta o atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Até o momento existem duas ESFs que

possuem Oficinas terapêuticas do tipo I em suas dependências. As áreas de ESF e EACS correspondem 96% da cobertura do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, totalizando 30 agentes.

Uma atribuição comum a todos da equipe é a realização de visita domiciliar por diferentes motivos como o de cadastramento da família realizada pelo Agente Comunitário de Saúde, para levantamento de uma determinada situação. É por meio de visita domiciliar que são realizadas ações de busca ativa, acompanhamento dos casos considerados como risco no território, de pacientes acamados, idosos, portadores de agravos crônicos, entre outros. Podem ser realizadas ações como consultas médica e odontológica, de enfermagem, até procedimentos como um curativo, controle de PA e glicemia, puericultura, e outros procedimentos conforme a necessidade.

4.2 Programas e Ações

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral.

O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras.

Realizado ações em sete Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) e duas Escolas Municipais de Ensino Fundamental, onde foram abordados os seguintes assuntos:

- Ações de combate ao mosquito Aedes Aegyoti;
- Promoção das práticas corporais da atividade física e do lazer nas escolas;
- Promoção e avaliação de saúde bucal;

- Verificação da situação vacinal;
- Alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- Cidadania e direitos humanos;
- Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS.

Para os próximos quatro anos estima-se aumentar o número de escolas e ações, para que possamos atingir a maior parte da rede de ensino do município.

As demais ações como: Feira da Mulher, Maio Vermelho, Setembro Amarelo, Outubro Rosa, Novembro Azul, Saúdes nas comunidades, Saúde do trabalhador e Dia mundial da AIDS, continuarão sendo realizados e intensificados.

4.3 Atenção à saúde em Média e Alta Complexidade

O acesso aos serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) no município se dá a partir das Unidades Básicas de Saúde e Serviços/Unidades de Pronto-Atendimento com apoio da Secretaria Municipal da Saúde.

As Unidades de Saúde estão organizadas a partir da Estratégia Saúde da Família, CAPS e Unidade Básica de Saúde onde a Atenção Básica faz a primeira avaliação. Os casos que demandam atendimentos especializados de média e alta complexidade das especialidades clínicas são referenciados para os serviços ambulatoriais e hospitalares contratualizados e credenciados.

A estrutura de serviços ambulatoriais especializados existentes no município é referência regional para a Oftalmologia (Instituto de Oftalmologia) e junto ao Hospital Santa Teresinha (mamografia, partos, internações, saúde mental).

O município encaminha via regulação estadual aos outros estabelecimentos credenciados via SUS pelo Ministério da Saúde as cotas que lhe cabem. Especialidades como Proctologia, Oncologia, Cardiologia, Cirurgia Vascular,

Otorrinolaringologia, Traumatologia e diversos exames são encaminhados pelo sistema SISREG.

Além disso o sistema GERCON de regulação também é utilizado para encaminhamentos via SUS de pacientes de média e alta complexidade na fila de pacientes do município, assim como o sistema SIGGS de regulação traumatológica junto ao Hospital Universitário de Canoas.

Junto a 16ª Coordenadoria de Saúde o Município encaminha paciente que necessita de oxigeno terapia através de sistema de análise que é regulado pela Secretaria Estadual de Saúde. Ainda assim, alguns pacientes não se enquadram nos quesitos estipulados pelo Estado, desta forma o município arca com o pagamento do oxigênio diretamente pela Secretaria Municipal pois a orientação dos médicos do município é essa.

De igual forma, para que se possa atender a demanda municipal de média e alta complexidade o município tem em vigor um chamamento público para compra de serviços de saúde diretamente com diversas especialidades presentes no município. Tal atitude visa diminuir a espera dos pacientes municipais, pois ainda que não seja obrigação implícita do Município de Encantado é por óbvio primeira necessidade da Secretaria tentar diminuir a espera que o número de consultas, exames e cirurgias fornecidas via SUS pelo Estado/Ministério da Saúde acarretaria.

4.4 Vigilância em saúde

No ano de 2017 foram designadas duas enfermeira para atuar na vigilância sanitária e epidemiológica do município, onde são realizadas ações de fiscalização, normatização, licenciamento, controle, monitoramento de alimentos, serviços e produtos de saúde, de interesse e de prevenção à saúde, atuando no contexto da atenção integral à saúde, produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico.

4.4.1 Vigilância sanitária

Vigilância sanitária é conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes ao meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Com base nesta definição, a prevenção é essencial para a concretização das ações em Vigilância Sanitária.

Já a Vigilância Sanitária como parte integrante do SUS, é uma competência de caráter prioritário por sua natureza preventiva, devendo atuar na melhoria da qualidade de vida da população, visando assim, proteger a saúde dos munícipes, tendo como princípio básico identificar e controlar os fatores de risco à saúde individual e coletiva, voltada para a diminuição e eliminação dos riscos à saúde da população decorrente do meio ambiente, da produção e circulação de bens e prestação de serviços.

Desenvolvendo ações de monitoramento de produtos, serviços, qualidade da água para consumo humano, transportes.

As inspeções sanitárias são definidas como um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, de competência das autoridades sanitárias, que visam à verificação do cumprimento da legislação sanitária ao longo de todas as atividades desenvolvidas pelos estabelecimentos submetidos ao regime de vigilância sanitária. É um instrumento que visa à proteção e promoção da saúde.

No que se refere a prestação de serviços estamos implantando e organizando todos os programas, onde iremos proporcionar o controle de consumo, de estabelecimentos dentre as ações relacionadas ao ambiente.

4.4.2 Vigilância epidemiológica

É um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança dos fatores determinantes e condicionantes de

saúde individual ou coletiva, com finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990).

Essa vigilância deve atuar na execução de ações de controle e prevenção, contribuindo para o planejamento e organização dos serviços. Também é de competência da mesma as notificação compulsórias, e informação de agravos de notificação (SINAN). Tem como objetivo coletar e processar os dados sobre agravos de notificação e fornecer informações para análise do perfil de morbidade para o gestor, contribuindo na tomada de decisões.

4.4.3 Academias de Saúde

O município de Encantado vem promovendo a implantação e implementação de Academia da Saúde sendo espaços físicos dotados de equipamentos e estrutura, com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população. No momento existem seis academias para a população em diferentes bairros e estão sendo implantadas mais doze unidades.

4.4.4 Postos de Saúde e Unidade Básica de Saúde - UBS

4.4.4.1 UBS Centro – Posto de Saúde Central

A equipe do Posto Central presta atendimento à demanda espontânea independente da área de residência, sendo composta por três médicos clínicos, dois pediatras, dois obstetras, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, duas recepcionistas, dois farmacêuticos, uma atendente de farmácia, uma dentista e uma pessoa responsável pelos serviços gerais. Também dispõe um serviço médico terceirizado com horário diferenciado das 8 horas as 21 horas.

O objetivo é possibilitar um controle e uma avaliação de resultados, como, por exemplo: controle de hipertensão e diabetes, saúde da mulher (pré-natal, detecção precoce de câncer ginecológico e mama, planejamento familiar), saúde da criança (puericultura, imunizações e vigilância ao recém-nascido de risco), controle da

tuberculose e hanseníase, saúde mental, manejo do tabagismo, assistência ao portador de asma, assistência farmacêutica, fisioterapia e saúde do idoso e saúde do adolescente.

No atendimento médico oferecemos consultas nas especialidades de clínica geral, pediatria obstetra. Incluem-se o atendimento ao pré-natal de risco habitual, inserção de DIU, puericultura, avaliação, visitas domiciliares e encaminhamento para outras especialidades quando necessário, entre outras. A equipe de enfermagem oferece, além da avaliação de enfermagem e acolhimento do paciente, curativos, retirada de pontos, acompanhamento ao paciente hipertenso e diabético, administração de medicações, ações de planejamento familiar e puericultura. O profissional enfermeiro apresenta atuação especifica realizando consulta de enfermagem para criança, adulto, gestante e idoso com enfoque no pré-natal de risco habitual, puerpério, prevenção de câncer de mama e coleta da citologia oncótica, avaliação dos resultados, puericultura, doenças crônicas não transmissíveis, realização de teste rápido (hepatites, AIDS e Sífilis) e demais doenças de notificação. É, ainda, responsável pelo gerenciamento e supervisão da equipe de saúde e da UBS.

No mesmo espaço físico da UBS temos a equipe do EACS, onde é composta por uma enfermeira coordenadora, uma técnica de enfermagem e15 agentes comunitárias de saúde (ACS), atendendo bairros do centro e interior, totalizando 1684 famílias e 4050 pessoas. As atividades exercidas pelas ACS são as visitas domiciliares, acompanhamento de gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, crianças, adolescentes entre outras. A enfermeira fica responsável pela cobrança da produção, capacitações e trabalhos nas comunidades.

4.4.4.2 Posto de Saúde Navegantes / Posto de Vacinas

A equipe do ESF II é composta uma enfermeira, um dentistas, uma técnica de enfermagem do ESF, três técnicas de enfermagem na sala de vacinas, uma auxiliar de consultório dentário, uma higienizadora e seis agentes comunitárias de saúde,

onde atuam em dois bairros totalizando em média 812 famílias cadastradas. Essa área está subdividida em 6 micro áreas totalizando 3148 pessoas.

4.4.4.3 Posto de Saúde Planalto

A equipe do ESF IV é composta por um médico cubano do Programa Mais Médicos, uma enfermeira, um dentistas, uma técnica de enfermagem do ESF, três técnicas de enfermagem na sala de vacinas, uma auxiliar de consultório dentário, uma higienizadora e seis agentes comunitárias de saúde, onde atuam zona urbana e rural totalizando em média 1754 famílias cadastradas. Essa área está subdividida em 6 micro áreas totalizando 2870 pessoas.

4.4.4.4 Posto de Saúde Jacarezinho

A equipe do ESF III é composta por um médico, uma enfermeira, um dentista, uma técnica de enfermagem do ESF, uma auxiliar de consultório dentário, uma higienizadora e sete agentes comunitárias de saúde, onde atuam zona urbana e rural totalizando em média 928 famílias cadastradas. Essa área está subdividida em 7 micro áreas totalizando 2335 pessoas.

4.4.4.5 Posto de Saúde São José/Faterco

A equipe do ESF I é composta por um médico, uma enfermeira, um dentista, uma técnica de enfermagem do ESF, uma auxiliar de consultório dentário, uma higienizadora e seis agentes comunitárias de saúde, onde atuam em quatro bairro totalizando em média 903 famílias cadastradas. Essa área está subdividida em 6 micro áreas totalizando 2551 pessoas.

4.4.4.6 Posto de Saúde Barra do Guaporé

Esse Posto de Saúde está localizado na Comunidade da Barra do Guaporé, que disponibiliza estrutura para atendimentos médicos e ambulatoriais, contando com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem que realizam atendimentos periodicamente, não permanecendo para atendimento em tempo integral. Os mesmos ocorrem de maneira pré-agendada.

4.4.4.7 Posto de Saúde Linha Argola

Esse Posto de Saúde está localizado na Comunidade de Linha Argola, que disponibiliza estrutura para atendimentos médicos e ambulatoriais, mas não há uma equipe para atendimento em tempo integral. Os mesmos ocorrem de maneira pré-agendada.

4.4.4.8 Posto de Saúde Barra Do Coqueiro

Esse Posto de Saúde está localizado na Comunidade da Barra do Coqueiro, que disponibiliza estrutura para atendimentos médicos e ambulatoriais, mas não há uma equipe para atendimento em tempo integral. Os mesmos ocorrem de maneira pré-agendada.

4.4.5 Farmácia Básica

A Assistência Farmacêutica é definida pela Política Nacional de Medicamentos como Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve desde a gestão de pedido, pelo recebimento, armazenamento, conferência e a distribuição dos medicamentos, materiais hospitalares, materiais odontológicos e materiais de ostomia das Unidades de Saúde do Município até o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos

medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

Dentro desta normativa faz parte da padronização aproximadamente 919 itens, sendo 75 medicamentos da cesta básica, 42 medicamentos controlados, 31 medicamentos de uso interno e caixa de emergência, 34 medicamentos de programas, 128 medicamentos para os serviços complementares, 294 itens de materiais médico hospitalares, 291 materiais odontológicos e 24 materiais para ostomia.

No município a composição da lista da REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do Município possui 178 medicamentos, apesar da quantidade estipulada para a linha Básica pela própria normativa acima é de 75 medicamentos. A estrutura física da Farmácia Municipal possui dois farmacêuticos e atendimento no Posto de Saúde Central, onde o atendimento vai das 08:00 às 20:00. O espaço onde acontece o atendimento carece de alterações físicas para que haja um atendimento mais humanizado dos pacientes, aumentando o número de funcionários para a dispensação dos medicamentos.

A ampliação ocorrerá no próprio espaço do Posto do Centro, nos fundos, onde hoje existe um estacionamento e o acesso à Farmácia se dará de forma exclusiva do restante do Posto para que se evite aglomerações de pessoas.

4.4.6 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

O Centro de Atenção Psicossocial CAPS A CASA (modalidade I), possui uma equipe composta por: 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 2 psicólogos, 1 assistente social, 1 médico psiquiatra, 1 médico clínico geral, 1 oficineira, 1 estagiária, 1 auxiliar administrativo e 1 auxiliar de serviços gerais.

Realiza atividades como: acolhimento/triagem, consulta médica, atendimento psicológico individual e grupal, oficinas terapêuticas de atividades diversas, visita

domiciliar e hospitalar, matriciamento e participação em algumas atividades na comunidade. As atividades da permanência-dia acontecem nas segundas, quartas e quintas-feiras. O serviço trabalha na demanda de álcool, drogas e psiquiatria.

Seu horário de funcionamento é de segundas às sextas-feiras das 8hs às 18 horas. Em terças-feiras pela manhã acontece às reuniões de equipe, quando o funcionamento ao público inicia às 13:00hs (turno da tarde). Realiza em média 610 atendimentos mensais.

O município tem a perspectiva de construção de um novo prédio para atender as necessidades do CAPS, o prédio que hoje é utilizado é locado. A obra seja alocada em terreno de propriedade do município ao lado do Posto de Saúde Navegantes, o PPA para o quadriênio já tem a estimativa de R$ 500.000,00 para a construção e buscam-se recursos de ordem Federal para tal. A necessidade de um prédio próprio é grande e tem por objetivo atender adequações de área que a obra nova poderá encampar, além de não onerar mais a Secretaria da Saúde com valor de locação, hoje pago.

4.4.7 ACS - Agentes Comunitárias de Saúde

O programa foi oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, o então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste em buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades. (Ministério da Saúde, 2012).

O agente comunitário de saúde tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe.

No nosso município possuímos um total de 42 ACS, tendo as seguintes atribuições, conforme o Ministério da Saúde:

a) mapeamento da área de atuação;

b) cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados;

c) orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

d) realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

e) acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;

f) desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população vinculada à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

g) desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;

h) estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

4.4.8 Centro Oftalmológico

O Centro Regional de Oftalmologia, que atende através do SUS, está sob a gestão do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Taquari – CONSISA VRT, que foi repassa ao consórcio pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, através da Secretaria Estadual da Saúde e da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde – 16ª CRS.

O Centro foi reinaugurado com a colaboração da Associação dos Municípios do Vale do Rio Taquari (AMVAT); a Administração Municipal de Encantado pela concessão e reforma do prédio para deixá-lo em condições de uso; e a Secretaria Estadual de Saúde, através da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde.

O mesmo tem a finalidade de realizar por mês 1.326 consultas médicas, 3.978 diagnósticos/exames, 212 cirurgias, dentre outros atendimentos. Os pagamentos dos serviços prestados ocorrem através de repasses públicos mensais do Governo Federal ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) do município de Encantado (R$ 116.766,26 referentes às consultas, exames). As cirurgias são pagas através do recurso do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) conforme a sua realização e comprovação ao município de Encantado de acordo com a tabela de procedimentos SUS. Informações disponíveis em: <http://www.consisavrt.com.br/servicos/centro-regional-de-oftalmologia> - acesso em 20 mai. 17.

4.4.9 CER – Centro Especializado em Reabilitação

O CER – Centro especializado em reabilitação está em fase de aquisição (através de licitação) de materiais e equipamentos para a realização de atendimentos especializados de pessoas com deficiência que necessitam de reabilitação, tendo como objetivo o desenvolvimento de seu potencial físico e psicossocial.

Neste centro deverá ocorrer o diagnóstico, a avaliação, a orientação e a estimulação precoce dos pacientes, com o auxílio de profissionais capacitados,

como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros.

Os atendimentos realizados serão reabilitações na área física e auditiva, os quais atenderão os 37 municípios da regional, sendo todos regulados pelo sistema SUS, através do SISREG.

O custo da construção do prédio ocorreu através de repasse de recursos federais e contrapartida do município no montante de aproximadamente 1,2 milhões de reais, os equipamentos foram custeados com recurso da união no valor de 1 milhão de reais, e tem como previsão de inauguração o final de 2017. A manutenção se dará através de recursos federais de aproximadamente 140 mil reais por mês.

A habilitação junto ao Ministério da Saúde está em fase final de avaliação, já tendo sido inclusive objeto de resolução CIR/RS (resolução nº 500/2017) e será uim serviço de referência Macrorregional para reabilitação auditiva, abrangendo Regiões de Saúde R27 (8ª CRS), R28 (3ª CRS), R29 (13ª CRS) e R30 (16ª CRS) e para a Reabilitação Física para as Regiões de Saúde R29 (13ª CRS) e R30 (16ª CRS).

4.4.10 SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

No município há uma base da SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), localizada no bairro Lambari. A mesma é administrada pelo CONSISA VRT através Programa SAMU/SALVAR RS, que foi implantado no final de 2010 e inaugurado oficialmente em 26 de janeiro de 2011.

Esse atendimento é financiado de forma tripartite (recursos federais, estaduais e municipais), onde os municípios que aderiram ao programa realizam o rateio do valor municipal garantindo assim o acesso do suporte básico e do suporte avançado.

Os atendimentos prestados pelo SAMU são:

– atendimentos domiciliares (traumatismos, surtos, acidentes domésticos, gestantes, mal súbito, etc.);

– apoio em catástrofes;

– traumas como: acidentes de trânsito, quedas, ferimentos com arma de fogo.

A Base da SAMU de Encantado é uma Unidade de Suporte Básico, composta por uma ambulância e equipe formada por um condutor, um profissional da área técnica em enfermagem. E abrange os municípios de Coqueiro Baixo, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Muçum, Nova Bréscia, Relvado, Roca Sales, São Valentim do Sul e Vespasiano Corrêa. Informações disponíveis em: <http://www.consisavrt.com.br/servicos/samu/o-que-e> - acesso em 20 mai. 17.

4.4.11 Hospital Beneficente Santa Terezinha – Encantado/RS

O Hospital Santa Terezinha (HBST) teve no dia 6 de novembro de 1942 o início da construção das obras do hospital, sendo inaugurado após três anos, em 3 de outubro de 1945. Em 1956 o patrimônio do mesmo foi doado à Sociedade de Educação e Caridade (Congregação das Irmãs do Imaculado Coração de Maria). No ano de 1957, entregam a primeira ampliação do prédio do hospital, contando com o aumento do número de quartos, uma nova sala cirúrgica, refeitório, dormitório, cozinha e garagem. Em março de 1986, o patrimônio do Hospital Beneficente Santa Terezinha foi cedido para a Sociedade Beneficente São Camilo.

Nos anos seguintes (entre 1988 e 1991) ocorreu as inaugurações das novas alas do hospital, incluindo o Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico. Em julho de 1997, houve a assinatura do convênio com a prefeitura Municipal de Encantado para a instalação do Pronto Socorro 24 Horas. Em outubro de 2003 houve a inauguração do Centro Regional de Oftalmologia.

Assim, o hospital ainda conta com novos e modernos equipamentos de Tomografia Computadorizada, Raios X, Ultrassom; Maternidade, Lavanderia e Centro Cirúrgico. Atualmente, o hospital está empenhado nas ampliações de suas instalações, para a disponibilização de uma UTI com capacidade de 10 leitos.

O HBST conta com:

- 55 leitos para internação;

- ala de internação psiquiatra;

- serviço de diagnóstico por imagem: densitometria óssea, ecografia, mamografia, raio-X e tomografia computadorizada;

- corpo clínico formado por: 2 médicos anestesistas, 3 médicos cardiologistas, 3 médicos especialistas em cirurgia geral, 1 médico cirurgião plástico, 2 médicos especialistas em cirurgia vascular, 5 médicos clínicos geral, 2 médicos dermatologistas, 1 médico geriatra, 5 médicos ginecologistas / obstetras, 1 médico neurologista, 2 médicos oftalmologistas, 3 médicos pediatras, 1 médico pneumologista, 1 médico proctologista, 1 médico psiquiatra, 2 radiologistas, 2 médicos reumatologistas, 3 médicos traumatologistas, 1 médico urologista, 1 médico otorrinolaringologista. Informações disponíveis em: <http://www.hbst.com.br> - acesso 20 mai. 17.

4.5 Departamento de Meio Ambiente (DEMA)

O Departamento de Meio Ambiente (DEMA) tem como atribuições supervisionar, fiscalizar, e aplicar a legislação ambiental, sempre zelando pela preservação da fauna e flora. Executa a gestão ambiental do município e, por meio de habilitação concedida pelo Conselho Estadual do Meio Ambiente – CONSEMA, realiza o Licenciamento Ambiental das atividades de impacto local.

O DEMA tem como competências legais: exigir o licenciamento dos empreendimentos e atividades que causem ou possam causar impacto ambiental de âmbito local, fiscalizar e regrar estabelecimentos que comportem riscos à qualidade de vida e ao meio ambiente; prevenir e combater as diversas formas de poluição; e promover ações de educação ambiental, a fim de conscientizar a população sobre a importância do meio ambiente ecologicamente equilibrado.

5 REDE DE SAÚDE E ASSOCIAÇÕES EM OUTROS MUNICÍPIOS

5.1 AGAR - Ambulatório de Gestação de Alto Risco – Estrela/RS

Os Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR) foram criados a partir da Resolução 203/12, da Comissão Intergestores Bipartite, do Estado do Rio Grande do, tendo como principal objetivo a redução de morbimortalidade materna e neonatal. Os atendimentos são realizados em regime ambulatorial às gestantes de alto risco ou que necessitem de acompanhamento periódico devido às doenças diagnosticadas previamente ou de doenças decorrentes da própria da gestação.

Para ter acesso ao AGAR o paciente deverá ser encaminhado através da Central de Marcação de Consulta Ambulatorial Estadual ou Municipal. A equipe é constituída por dois obstetras com experiência no atendimento à gestante de alto risco por turno de serviço; um médico clínico geral; um enfermeiro; um assistente social; e um psicólogo.

5.2 SAE - Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS

O SAE de referência da 16ª CRS está localizado na cidade de Lajeado, sendo criado no ano de 1999, e está vinculado a Secretaria de Saúde (SESA) de Lajeado.

Consiste em um serviço de assistência ambulatorial às pessoas portadoras HIV/AIDS e Hepatites Virais, prestando atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar. Sua equipe é formada por

médicos infectologistas e/ou clínicos; enfermeiros, técnicos de enfermagem; assistentes sociais; psicólogos; farmacêuticos e auxiliares de farmácia; e nutricionista.

Conforme dados da instituição, o número de casos da doença tem aumentado gradativamente, inclusive na região, sendo que no último ano, 120 pessoas foram diagnosticadas com o vírus pelo SAE de Lajeado. Isso contabiliza um aumento de 10% nos cadastros do serviço, passando de 1.185 para 1.305 pessoas, de 55 municípios da região e de fora dela. A faixa etária das pessoas contaminadas é variável, sendo predominante em pessoas dos 20 aos 50 anos.

5.3 HEMOVALE - Hemoterapia do Vale do Taquari – Lajeado/RS

O Hemovale foi fundando em 1º de agosto de 1986, no município de Lajeado desempenhando um papel fundamental no fornecimento de hemocomponentes para as regiões dos Vales do Taquari, Rio Pardo, Caí, e Região Central, atendendo cerca de 24 municípios. Uma das agências de estoque de bolsas de hemocomponentes está localizada no Hospital Beneficente Santa Terezinha (HBST). Informações disponíveis em: <http://www.hemovale.com.br/> - acesso em 20 mai. 17.

5.4 CLINEFRON – Hemodiálise – Lajeado/RS

A Clínica Nefrológica do Alto Taquari - Clinefron oferece serviço especializado de nefrologia clínica ambulatorial, diálise, tratamento conservador, suporte no tratamento intensivo e transplante renal há mais de 27 anos em parceria com o Hospital Bruno Born, atendendo a população do Alto Taquari.

Esses serviços são necessários quando os rins não estão funcionando o suficiente para manter o organismo saudável, podendo ser: hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal.

Os pacientes atendidos são encaminhados pelas prefeituras, médicos ou marcam consulta pessoalmente. Hoje estão disponíveis 32 pontos de hemodiálise, distribuídos em quatro salas para tratamento, possibilitando o atendimento de 128 pacientes por semana. Informações disponíveis em: <http://www.clinefron.com.br/site/> - acesso em 20 mai. 17.

5.5 Sociedade Beneficência e Caridade de Lajeado - Hospital Bruno Born

O Hospital Bruno Born (HBB) é uma referência em saúde na região do Vale do Taquari a mais de 80 anos, nas mais diversas especialidades médicas (médias ou altas complexidades). Considerada como instituição filantrópica, de direito privado, está inscrita nos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Assistência Social, e é reconhecida como Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal.

O corpo clínico do HBB é composto por 7 médicos anestesistas, 12 médicos cardiologistas, 23 médicos cirurgiões, 6 médicos clínicos gerais, 2 médicos coloproctologistas, 7 médicos dermatologistas, 2 médicos endocrinologistas, 1 médico fisiatra, 5 médicos gastroenterologistas,16 médicos ginecologistas / obstetras, 4 médicos hematologistas, 7 médicos hemodinâmica, 1 médico infectologista, 3 médicos intensivistas, 3 médicos mastologistas, 2 médicos gerais comunitários, 1 médico medicina interna, 1 médico medicina nuclear, 5 médicos nefrologistas, 5 médicos neurologistas, 9 médicos oftalmologistas, 4 médicos oncologistas, 5 médicos otorringolaringologistas, 3 médicos patologistas, 17 médicos pediatras, 3 médicos pneumologistas, 6 médicos psiquiátras, 4 médicos radiologistas, 3 médicos reumatologistas, 12 médicos traumatologistas, 3 médicos ultrassonografistas, e 5 médicos urologistas.

Os serviços que o HBB presta: hemodinâmica, atendimento 24 horas, centro cirúrgico, centro obstétrico (camas obstétricas, berços aquecidos e aparelho cardiotocógrafo), atendimento através da central de convênios (convênio estabelecido entre hospital e prefeituras / empresas / entidades), central de marcação de exames, densitometria óssea, ecografia, endoscopia e colonoscopia,

FUNDEF (atendimento a pacientes com malformação crânio-facial), litotripsia, mamografia, medicina nuclear, emergência 24 horas, OPO – Organização de procura de órgãos e tecidos, quimioterapia, radiologia, radioterapia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, UTI Adulto (com 20 leitos para internação), e UTI Neonatal e Pediátrica (atende crianças de 0 a 13 anos, e disponibiliza 10 leitos). Informações disponíveis em: < https://www.hbb.com.br/site/index.php?secao=o_hospital&pg_id=1> - acesso 20 mai. 17.

5.6 Associação Beneficente Ouro Branco (Hospital Ouro Branco) – Teutônia/RS

O Hospital Ouro Branco (HBOB), está localizado na cidade de Teutônia/RS, é uma instituição filantrópica junto ao Ministério da Saúde, sendo que 83% de atendimentos/dia de pacientes do SUS.

Disponibiliza os serviços de densitometria, ecografia, área de saúde mental, raios-X, sala terapêutica, tomografia, sala cirúrgica, ambulatório de especialidades SUS, área de urgência e emergência, pronto atendimento, além de disponibilização de consultas e procedimentos cirúrgicos em áreas especializadas. Informações disponíveis em: <http://www.hospitalourobranco.com.br/site/> - acesso 20 mai. 17.

5.7 Hospital Nossa Senhora das Graças – Canoas/RS

O Hospital Nossa Senhora das Graças está localizado na cidade de Canoas/RS, contando com 300 leitos, UTI adulto (com disponibilidade de 20 leitos), emergência e pronto atendimento, centro cirúrgico com oito salas, ambulatórios de especialidades médicas, centro de diagnóstico (análises clínicas, radiologia convencional, tomografia computadorizada, ultrassonografia, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, mamografia, teste de esforço, eletroencefalograma e eletrocardiograma), alta complexidade em traumatologia, neurologia e neurocirurgia,

conta com corpo clínico com mais de 150 médicos e mais de 1000 Colaboradores diretos.

No ambulatório de especialidades, ocorrem atendimentos aos pacientes SUS nas áreas de bucomaxilofacial, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular, ginecologia, hematologia, mastologia, neurologia, oftalmologia, oncologia, proctologia, traumatologia e ortopedia e urologia. Os pacientes são encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde, através do Sistema de Agendamento AGHOS.

No centro cirúrgico há disponível estrutura completa e preparada para receber os mais diversos casos cirúrgicos, de média e alta complexidade, contando com oito salas de cirurgia e vinte e dois leitos de recuperação, sendo que o bloco cirúrgico realiza cerca de 800 cirurgias por mês, entre pacientes do SUS, convênios e particulares. Informações disponíveis em: <http://www.gracas.org.br> - acesso 20 mai. 17.

5.8 Hospital São José – Taquari/RS

Atualmente o Instituto de Saúde e Educação Vida **(**ISEV) perdeu grande parte das regulações de encaminhamento via sistemas do Estado, entretanto existe a perspectiva de uma retomada dos atendimentos segundo a 16ª CRS.

O Instituto de Saúde e Educação Vida (ISEV) atende diariamente a um grande número de pessoas vindas de cidades da região e do próprio município. O hospital de Taquari reserva a sexta-feira de cada semana para atender pacientes que necessitam de consultas como: otorrinolaringologia, cirurgia vascular, traumatologia, oftalmologia e cirurgia geral, são referências as quais o hospital atende na região. Os agendamentos são programados com antecedência pelas dezenas de usuários.

Foram investidos R$ 3,5 milhões em compra de equipamentos como o aparelho de raios-x, ao arco cirúrgico, à nova e maior área de urgência e emergência, aos dez leitos em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e a um novo Centro de Imagem. São oferecidos os seguintes serviços: Pronto Atendimento

24h, internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, pediátricas e psiquiátricas. Serviços de radiologia, eletrocardiograma, endoscopia, análise laboratorial que é terceirizada e a administração do SAMU Municipal.

5.9 Hospital São José – Arroio do Meio/RS

A Sociedade Sulina Divina Providência - Hospital São José de Arroio do Meio, foi fundado em 19/03/1950, é composto por 68 funcionário, corpo clinico com 23 médico, área de atuação na clinica Médica (adulta e pediátrica), cirúrgica, psiquiátrica e obstétrica, com 65 leitos.

O Hospital hoje está assumindo muitas de referencias que estavam no ISEV de Taquari como Otorrinolaringologia, Cirurgia Vascular e Traumato-Ortopedia.

5.10 CONSISA – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Taquari

O CONSISA é um consórcio formado por 37 municípios do Vale do Taquari (Anta Gorda, Arroio do Meio, Arvorezinha, Boqueirão do Leão, Bom Retiro do Sul, Canudos do Vale, Colinas, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda Vilanova, Forquetinha, Ilópolis, Imigrante, Itapuca, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Paverama, Poço das Antas, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São Valentim do Sul, São José do Herval, Sério, Tabaí, Teutônia, Vespasiano Correa, Westfália), cujo objetivo é auxiliar os consorciados na gestão associada de serviços públicos; na prestação de serviços, inclusive de assistência técnica, a execução de obras e o fornecimento de bens à administração direta ou indireta; no compartilhamento ou o uso em comum de instrumentos e equipamentos, inclusive de gestão, de manutenção, de informática, de pessoal técnico e de procedimentos de licitação e de admissão de pessoal.

No momento, há várias empresas credenciadas como prestadoras de serviços especializados e de diagnósticos dentre as áreas: médicas (clínica geral e

diversas especialidades); laboratórios para exames de alta, média e baixa complexidade; clínicas de fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, radiologia, tomografia; atividades de psiquiatria, psicologia, assistência social, nutrição, enfermagem; bem como, diversos hospitais.

Desta forma, os municípios que compõem essa associação, adquirem serviços de qualidade e a preços compatíveis, com base nos preços da tabela SUS, viabilizando condições mais plenas de saúde aos seus munícipes. Informações disponíveis em: <http://www.consisavrt.com.br/> - acesso 20 mai. 17.

6 PROGRAMAS ESPECIAIS

6.1 Programas de Controle das DST / HIV / AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose

O Programa tem como objetivo controlar as Doenças Sexualmente Transmissíveis, o HIV/Aids, as Hepatites Virais e a Tuberculose, através de ações setoriais e interinstiticionais de prevenção para os pacientes residentes no município de Encantado.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids, do Inglês: Acquired Immunodeficiency Syndrome) é uma doença causada pela infecção do vírus HIV. As manifestações clínicas podem demorar em torno de 8 anos para se apresentarem e incluem doenças específicas e doenças sugestivas da imunodeficiência, dentre elas o sarcoma de Kaposi e a candidíase oral. De acordo com a Portaria 1110 MS/GM, de 24 de maio de 1996, a aids é uma doença de notificação compulsória, seja por médicos, por qualquer outro profissional da saúde ou por responsáveis de estabelecimentos públicos e particulares de saúde. A identificação do primeiro caso de aids no Brasil foi no ano de 1980 e, até junho de 2008, já haviam sido notificados cerca de 506 mil casos de doença (disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/515.pdf, acesso em 24/08/17).

Atualmente no município de Encantado existem 92 casos confirmados de HIV, destes 65 realizam o acompanhamento e o tratamento na cidade e os demais em outro município. A faixa etária varia de 16 anos a 65 anos, sendo 34 do sexo masculino e 31 e femininos.

Em 2016, foram notificados 14.199 casos de hepatite B no Brasil, o que equivale a uma taxa de detecção de 6,9 casos por 100 mil habitantes. A transmissão da hepatite B se dá por sexo desprotegido e sangue contaminado. A vacina disponível no SUS teve sua cobertura ampliada no ano passado e é a melhor estratégia de prevenção contra a doença.

Em 2016, o Brasil registrou 42.830 casos de hepatites virais. Os dados fazem parte do novo Boletim Epidemiológico de Hepatites. Na plataforma, é possível, pela primeira vez, acompanhar dados das hepatites do município, com recortes de raça, cor, sexo, idade, conforme tabelas abaixo:

Tabela AA – Casos de hepatite virais por tipo e ano de notificação, 1999-2016

Casos de Hepatites Virais	Total	A	B	C	D
Total de casos	55	5	45	3	2

HEPATITE A

Tabela 2. Casos de hepatite A e taxa de incidência (por 100.000 habitantes) por ano de notificação, 1999-2016.

Casos de Hepatites Virais	Total	1999-2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casos de Hepatites Virais	5	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0
Taxa de Incidência	-	-	0	0	0	0	0	4,9	4,9	9,7	0	4,6	0	0	0

Tabela 3. Casos de hepatite A e taxa de incidência (por 100.000 habitantes) por sexo e ano de notificação, 1999-2016.

Hepatite A	Total	1999-2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Homens	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taxa (sexo masculino)	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mulheres	5	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0
Taxa (sexo feminino)	-	-	0	0	0	0	0	9,4	9,5	18,8	0	9	0	0	0

HEPATITE B

Tabela 4. Casos de hepatite B e taxa de incidência (por 100.000 habitantes) por ano de notificação, 1999-2016.

Hepatite B	Total	1999-2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casos	45	0	3	1	1	2	0	2	5	5	3	9	6	5	3
Taxa de Incidência	-	-	15,5	5,1	5	9,9	0	9,7	24,4	24,2	14,4	41,6	27,6	22,8	13,6

Tabela 5. Casos de hepatite B e taxa de incidência (por 100.000 habitantes) por sexo e ano de notificação, 1999-2016.

Hepatite B	Total	1999-2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Homens	23	0	0	0	0	0	0	1	2	4	1	6	4	2	3
Taxa (sexo masculino)	-	-	0	0	0	0	0	10,1	20,1	40	9,9	56,9	37,7	18,8	28,1
Mulheres	22	0	3	1	1	2	0	1	3	1	2	3	2	3	0
Taxa (sexo feminino)	-	-	30,2	9,8	9,7	19,2	0	9,4	28,4	9,4	18,6	27,1	17,9	26,7	0

Fonte: MS/SVS/ Departamento de DST, AIDS e HEPATITES Virais.
Nota (1) Dados até 31/12/2016; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Continuação da Tabela AAA - Casos de hepatite virais por tipo e ano de notificação, 1999-2016

HEPATITE C

Tabela 6. Casos com marcador anti-HCV reagente ou HCV-RNA reagente (número e taxa de detecção por 100.000 habitantes) por ano de notificação, 1999-2016.

Hepatite C	Total	1999-2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casos	12	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5	1	1	1
Taxa de Incidência	-	-	0	0	0	0	0	4,9	4,9	4,8	4,8	23,1	4,6	4,6	4,5

Tabela 7. Casos com marcador anti-HCV reagente e HCV-RNA reagente (número e taxa de detecção por 100.000 habitantes) por ano de notificação, 1999-2016.

Hepatite C	Total	1999-2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Taxa de Incidência	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	0	0	0

Tabela 8. Casos de hepatite C e taxa de incidência (por 100.000 habitantes) por ano de notificação, 1999-2016.

Hepatite C	Total	1999-2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casos	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Taxa de Incidência	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,6	0	4,6	4,5

Tabela 9. Casos de hepatite C e taxa de incidência (por 100.000 habitantes) por sexo e ano de notificação, 1999-2016.

Hepatite C	Total	1999-2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Homens	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Taxa (sexo masculino)	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9,5	0	0	0
Mulheres	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Taxa (sexo feminino)	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,9	8,9

HEPATITE D

Tabela 10. Casos de hepatite D por sexo e ano de notificação, 1999-2016.

Hepatite D	Total	1999-2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Casos	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Homens	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mulheres	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0

Tabela 11. Óbitos por hepatites como causa básica, por ano do óbito, 2000-2016.

Óbitos	Total	2000-2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hepatite A	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatite B	2	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hepatite C	3	0	1	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-
Hepatite D	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: MS/SVS/ Departamento de DST, AIDS e HEPATITES Virais.
Nota (1) Dados até 31/12/2016; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Com relação à hepatite C, pode ser transmitida pelo contato com sangue contaminado (transfusão de sangue e hemoderivados, sexo desprotegido e compartilhamento e objetos de uso pessoal como agulhas de tatuagem, alicates e tesouras). Não existe vacina contra a hepatite C, mas o tratamento é eficaz e disponível no SUS.

Cabe ressaltar que no município de Encantado são oferecidos testes rápidos para HIV, VDRL, Sífilis e hepatites em todas unidades de saúde.

Tabela AA – Casos notificados de hepatite virais

Ano	Quantidade casos
Jan-Julho 2017	5

Ações para controle da Tuberculose

A tuberculose ainda é um sério problema da saúde pública reconhecido pelo governo brasileiro. Portanto, em razão de propósitos de suas políticas públicas, assumiu compromissos com seus cidadãos e com a comunidade internacional de controlar sua evolução, procurando reduzir sua prevalência na população.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está integrado na rede de Serviços de Saúde. É desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até ações preventivas e de controle do agravo. Isto permite o acesso universal da população às suas ações. As UBS realizam ações que visam identificar precocemente os suspeitos de tuberculose pulmonar. São ações desenvolvidas pelas equipes que atuam na atenção primária: Busca ativa de sintomáticos respiratórios, diagnóstico baseado nos sintomas e resultado de exame de escarro, acompanhamento dos casos de tuberculose pulmonar, por consultas e controle mensal de exame de escarro e Tratamento Diretamente Observado (TDO), busca ativa de faltosos por visita domiciliar, encaminhamento quando necessário ao Centro de Referência, controle de contatos por meio de avaliação médica e realização de exames, medidas de prevenção, promoção de saúde por meio de ações educativas nas unidades e grupos, além de capacitações aos profissionais de saúde.

Tabela AA – Casos notificados de tuberculose

Ano	Quantidade
2013	2
2014	4
2015	4
2016	3
Jan-Julho 2017	5

Ações para Controle da Hanseníase:

Com relação a este agravo, as equipes das UBS tem papel fundamental no diagnóstico de casos novos no município de Encantado, exame de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos, acompanhamento dos casos em tratamento, ações educativas para sensibilização e conscientização da população, capacitação permanente dos profissionais de saúde.

Tabela AA – Casos notificados de hanseníase

Ano	Quantidade
2013	1
2014	1
2015	0
2016	0
Jan-Julho 2017	0

6.2 Programa de Assistência à Saúde da Criança e 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 matricialmente de casos com a rede de serviços do município quando necessário. Desenvolve ações educativas e de puericultura até 5 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.

Neste ano o serviço aderiu Programa Saúde na Escola (PSE), dos Ministérios da Saúde e da Educação, instituído no ano de 2007 pelo Decreto Presidencial Nº 6.286. É um espaço privilegiado para as práticas de promoção de saúde e de

prevenção de agravos e de doenças, contribuindo para o fortalecimento do desenvolvimento integral e propiciando enfrentamento das vulnerabilidades da comunidade escolar que comprometem o pleno desenvolvimento nessa faixa etária. Implantamos o Projeto de Adolescentes onde realizamos a entrega das cadernetas, esclarecimento de dúvidas e orientações.

Além disso oferecemos atendimento pediátrico, clinico geral, consulta de enfermagem, exames laboratoriais, especiais e encaminha-se para especialistas quando necessidade.

6.3 Programa de Assistência à Saúde da Mulher

A política de Saúde da mulher em Encantado tem como objetivo geral a promoção de saúde e prevenção de agravos, baseadas em ações de atenção integral à saúde, perpassando todas as fases biológicas da vida mulher. Uma equipe multiprofissional e transdisciplinar vinculada à rede de assistência intersetorial realiza as ações voltadas a esse grupo na Estratégia Saúde da Família e na Unidades Básicas de Saúde. No intuito de direcionar e padronizar essa assistência, acerca das ações voltadas à atenção integral à gestante de risco habitual e puérpera, detecção e controle do câncer de colo de útero e mama e planejamento familiar.

6.4 Programa de Atenção ao Pré-natal e Puerpério

O acompanhamento da saúde da mulher neste período gravídico puerperal se dá com vistas, promover a saúde, estabelecer o cuidado e instalar medidas vigilância e proteção materno-fetal. Segundo as evidências internacionais, um 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 Encantado 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, nutricionistas e tantos outros que compor 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.

O acolhimento é realizado com avaliação e classificação de risco para gestantes, fetos e puérperas, com o objetivo de agilizar e padronizar o atendimento de Urgência prestado pela rede de serviços de saúde para o momento gravídico puerperal.

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, quando necessário, busca ativa das faltosas e acompanhamento das puérperas. As gestantes classificadas como de alto risco são encaminhadas para o Ambulatório de Gestante de Alto Risco (AGAR), no município de Estrela, mas permanece vinculada a equipe de saúde da atenção primária para o melhor acompanhamento. Utilizamos como ferramenta de monitoramento o SISPRENAL WEB e o MULTI 24. Também são disponibilizados todos os exames necessários a gestante atendidas pelo SUS.

A Rede Cegonha consiste num Programa do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, com o objetivo de humanizar e dar assistência as mulheres, recém-nascidos e as crianças.

Dentre as diretrizes defendidas estão: ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; a vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção; acompanhante no parto, de livre escolha da

gestante; atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e acesso ao planejamento reprodutivo.

Como objetivos, a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, tendo com cerne a atenção ao parto e ao nascimento e no desenvolvimento infantil de zero aos 24 meses; a organizar de uma rede de atenção à saúde materna e infantil com garanta ao acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil, tendo como destaque o componente neonatal, conforme informações do Portal da Saúde do Ministério da Saúde (disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/598-sas-raiz/dapes/rede-cegonha/l1-rede-cegonha/10723-conheca-a-rede-cegonha> - acesso 24 ago. 17).

6.5 Programa de 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 através 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. Para ampliar o acesso das pacientes aos exames a Secretaria realiza atendimento em todas as UBS e ESF, no mínimo uma vez por mês no turno da noite, para poder abranger as mulheres que trabalham e campanhas anuais com o Outubro Rosa. Está sendo reimplantado a saúde na comunidade e nas empresas para que possamos alcançar o maior número possível de mulheres realizando o preventivo.

Tabela AA – Casos notificados de hanseníase

Período	Quantidade de exames
Ano de 2011	1.411
Ano de 2012	1.676
Ano de 2013	1.074
Ano de 2014	1212
Ano de 2015	1113
Ano de 2016	943

Fonte: Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siscolo/ver4/DEF/uf/RSCCOLO4.def> - acesso 20 mai. 17.

6.6 Programas de Planejamento Familiar

A assistência ao planejamento familiar está pautada no princípio da paternidade 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 é realizado em uma unidade, onde controla toda a demanda do município, sendo realizado atendimento por uma enfermeira e um psicólogo. 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.

6.7 Programas de Saúde do Homem

No município de Encantado como em todo território brasileiro ocorrem mais óbitos masculinos em comparação com femininos. Estudos já apontam que os homens vivem, em média, 7,2 anos a menos que as mulheres. As causas de morte mais frequentes são acidentes de transito, infartos e doenças cardiovasculares. Em 2009 o ministério da saúde implantou a Política Nacional de Atenção Integrada à saúde do homem, onde faça-se necessário acolher e proporcionar um atendimento vinculado com a realidade singular masculina.

O município disponibiliza de academias ao ar livre, material educativo distribuídas nas residências pelas agentes de saúde, exames de PSA, glicose, colesterol, triglicerídeos entre outro, realização de companha no mês de novembro com palestras com urologista e conscientização da importância da saúde do homem e câncer de próstata. Também dispomos de grupo para o tabagismo, álcool, dependência química e redução de danos, e grupo de homens relacionado a depressão e saúde mental. Vale ressaltar que em todas as equipes de ESF e UBS, do nosso município é ofertado acolhimento e atendimento aos homens.

6.8 Programas de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes

O Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia) constitui-se em um instrumento de acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos, com as funções de vincular o paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Equipe de Saúde da Família (ESF) de sua referência, realizar uma assistência contínua e de qualidade e fornecer medicamentos de maneira regular. Para tanto, utilizam-se de fichas com vistas a realizar o cadastro e o acompanhamento dos usuários, bem como fazer avaliação de risco entre os pacientes cadastrados. O HiperDia é

consolidado por intermédio dos profissionais atuantes na estratégia Saúde da Família (SF), que ao implementarem as ações aos usuários e demonstrarem a importância que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) apresentam, instigam modelos de atenção mais responsáveis e estimulam nos usuários o autocuidado, cor responsabilizando-os pela sua própria saúde. Assim, o atendimento do hipertenso e/ou diabético exige disposição dos profissionais, seriedade na execução das ações e acima de tudo, o planejamento e organização da assistência com base em protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e disponibilizado a todos os trabalhadores em saúde inseridos na SF. Ressalta-se que a base para o bom atendimento a pessoas portadoras de doenças crônicas reside no fato de os trabalhadores manterem uma relação de respeito para com os doentes, oportunizado a troca de experiências, empoderando os pacientes e proporcionando a tomada de decisão acerca da terapêutica mais adequada e da maneira mais correta de efetivar o tratamento.

Neste sentido, os profissionais de saúde da SF, sobretudo os enfermeiros e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, que de fato, mantém uma relação mais próxima com os hipertensos e/ou diabéticos, devem incentivar os usuários a buscarem atendimento o mais precocemente possível, identificando possíveis sequelas e/ou intercorrências e incentivando a adesão ao tratamento. Ademais, devem guiar-se por princípios de ética profissional, às quais pode ser entendida como um conjunto de normas morais pelas quais um indivíduo deve orientar seu comportamento profissional.

A ética é importante em todas as profissões, e para todo ser humano, para que o mesmo possa viver bem em sociedade. Portanto, cabe aos profissionais de enfermagem da SF conhecerem suas atribuições e responsabilidades para com os hipertensos e/ou diabéticos e responder positivamente às suas necessidades de saúde, buscando melhorar suas condições de vida. Diante da importância epidemiológica que a HAS e o DM apresentam, do valor dos profissionais de enfermagem na atenção aos doentes e, sabedores que a ação conjunta dos gestores e trabalhadores em saúde, solidificada em condutas éticas, podem transformar o fazer e o sentir na SF, nesta pesquisa objetivou-se conhecer as

influências da política de atenção aos hipertensos e/ou diabético nas práticas de profissionais de enfermagem atuantes na Saúde da Família e na observância de princípios éticos e de preceitos legais da profissão.

6.9 Programas de Atenção Integral à Saúde do Idoso

No RS, a Política Estadual de Saúde do Idoso tem por objetivo garantir a Atenção Integral à Saúde das pessoas com 60 anos ou mais, promovendo a manutenção da capacidade funcional, a autonomia e a inserção na família e na comunidade, para um envelhecimento ativo e saudável. Atualmente, o Estado do Rio Grande do Sul possui 1.459.597 idosos (IBGE, 2010), o que representa 13,6% da nossa população, fato que nos traz a responsabilidade de planejar políticas públicas que estejam adequadas a esta crescente população. Destacamos ainda desse total de idosos 55,4% tem entre 60 e 70 anos, 30,7% entre 70 e 80 anos e 13,8 mais de 80 anos.

O município de Encantado possui 3.257 idosos (IBGE), que representa 14,80% da população da cidade, destes 53,54% tem entre 60 e 69 anos, 30,15% entre 70 e 79 anos, 13,63% entre 80 a 89 anos e 2,67 acima de 90 anos. Sendo dessa população a maior parte do sexo feminino com 1866 e 1391 homens.

A melhoraria da atenção à Saúde do Idoso será baseada no rastreamento dos idosos, melhorando a sua adesão ao Programa de atenção à saúde do idoso sendo necessário um monitoramento dos faltosos. Ainda precisamos disponibilizar ao idoso uma assistência multiprofissional, em face da problemática vida solitária ou com a família. Com o crescimento dessa população e a necessidade de cuidados, as ações destinadas a prestar assistência a essa população se tornam cada vez mais necessárias. Neste sentido as ações que vão ser desenvolvidas visarão à promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde desta população.

Por fim, a decisão de inserir este projeto para atenção à saúde do idoso nos Estabelecimentos de Saúde se torna muito importante no momento em que o governo federal aprovou o estatuto do idoso (LEI No 10.741, DE 1º DE OUTUBRO

DE 2003), que visa articular ações intersetoriais para garantir a qualidade de vida e o exercício da cidadania deste grupo da população, configurando um quadro para o apoio dos diferentes setores da sociedade. É importante ressaltar que aderimos novamente as cadernetas de saúde da pessoa Idosa.

6.10 Programas de Combate ao Tabagismo

Com o objetivo da promoção da saúde, a gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil o Ministério da Saúde através do INCA, o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo lógico no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco. O PNCT articula a *Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS*, o *Programa Saber Saúde, as Campanhas e outras ações educativas* e a *Promoção de Ambientes Livres*.

6.11 Programas de Oficinas Terapêuticas

Através da resolução 404/2011da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul temos habilitada no município desde 2012 uma Oficina Terapêutica Tipo-I que acontece no ESF São José e se estende ao ESF Jacarezinho.

Este dispositivo opera como suporte da saúde mental na atenção básica e é Coordenado pelo CAPS/ atenção especializada. Para isso possui 1 (uma) oficineira e equipe das ESFs que atuam juntamente, sendo desenvolvidas uma vez por semana.

6.12 Programa de Controle ao Vetor Aedes Aegypti

O município de Encantado vem fazendo trabalho de vigilância sobre os vetores da dengue desde 2002. No ano de 2016, foi verificada a presença do vetor da dengue no município, primeiramente em armadilhas instaladas e, após, em residências. Desta forma, o município mudou seu status passando a ser considerado infestado.

A vigilância entomológica tem como objetivo o monitoramento de índices de infestação por Aedes aegypti para subsidiar a execução das ações apropriadas de eliminação de criadouros de mosquitos. O município possui 6.387 imóveis urbanos, além de 18 (dezoito) pontos estratégicos. Também conta com o trabalho de um Agente de Combate de Endemias e de um Fiscal Sanitário/Ambiental que atua no controle das denúncias relacionadas ao acúmulo de água e proliferação de insetos. Estes profissionais também exercem atividades em escolas através de palestras sobre a importância de evitar os vetores. Anualmente, são produzidos materiais educativos para distribuir para a população em geral e também para alunos nas redes estaduais, municipais e particulares.

Desde que a cidade tornou-se infestada, foram idealizadas algumas ações para evitar uma maior proliferação do vetor e para preparar o município para um possível surto epidêmico, foram e estão sendo efetuadas as seguintes ações: contratação de Agentes de Combate às Endemias para as atividades de levantamento de índice em 100% dos imóveis urbanos do município; desenvolvimento do LIRA – Levantamento de Índice Rápido para Aedes aegypti; aquisição de material necessário para viabilização das visitas dos Agentes imóvel a imóvel; qualificação e constante atualização do pessoal de campo, ACE e ACS, nas ações de prevenção e controle da dengue; visitas nos Pontos Estratégicos em ciclos quinzenais; intensificação na fiscalização de potenciais criadouros; averiguação e orientação nas denúncias sobre água parada e encaminhamento para outras secretarias, se for o caso; desenvolvimento de atividades de educação e comunicação, com vistas à prevenção e controle da dengue pela população; realização de bloqueio de transmissão através de pesquisas vetoriais especiais nos

casos de pacientes suspeitos de dengue nas áreas adjacentes de moradia, trabalho e estudo, se necessário, do paciente diagnosticado.

6.13 Programa de Bolsas de Colostonia e Urostomia

Considerando a necessidade de garantir às pessoas ostomizadas a atenção integral à saúde por meio de intervenções especializadas de natureza interdisciplinar e que o pleno atendimento às suas necessidades depende da qualificação dos processos de atenção que incluem prescrição, fornecimento e adequação de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança;

Pessoa ostomizada é aquela que em decorrência de um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), possui um estoma que significa uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo.

São realizar ações de orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

No município existem 30 pacientes que fazem acompanhamento e retirada de bolsa de colostomia pelo SUS, que variam de 39 a 84 anos de ambos o sexo. E quatro pacientes que fazem uso de bolsa de urostomia que varia de 5 a 55 anos de ambos o sexo.

6.14 Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ)

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. Foi lançado em 2011 e em 2015 iniciou o 3º ciclo o qual não aderimos, sendo que, nos próximos ciclos pretendemos aderir com a participação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Unidade Básica), incluindo as equipes de Saúde Bucal.

7 RECURSOS ESTADUAIS E FEDERAIS

Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento, conforme informações do site Findo nacional de Saúde (disponível em <http://portalfns.saude.gov.br/fundo-a-fundo> - acesso em 25 mai. 17). Esses blocos são: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

7.1 Bloco de atenção básica

O bloco denominado de Atenção Básica é formado pelo Piso da Atenção Básica - PAB Fixo e pelo Piso da Atenção Básica - PAB Variável. O primeiro corresponde ao financiamento das ações de atenção básica à saúde, sendo que esses recursos são transferidos mensalmente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios. O segundo corresponde aos recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas na Atenção Básica em Saúde, sendo que os mesmo são transferidos (também do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios), mas dependendo da adesão e implantação de ações para que se destinam, e as mesmas estejam no Plano de Saúde do município.

Tabela AA – Recebimentos* e previsão de recebimento PAB Fixo anual

Mês / Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TOTAL	501.613,04*(1)	499.440	499.440	499.440*(2)	499.440	499.440	499.440	499.440

OBS:*valores em reais;

* (1)R$ 2.173,04 recebidos referente ao Programa de requalificação de UBS – Informatização e Telessaúde; valores na cor azul correspondem a previsão de recebimento.

* (2)Os valores restantes são uma projeção para o ano de 2017.

Os recebimentos com o PAB Variável são informados conforme adesão aos seguintes programas:

Tabela AA – Recebimentos* e previsão de recebimentos ACS – Agentes Comunitários de Saúde

Mês / Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TOTAL	308.368*(1)	441.140*(2)	565.812*(3)	78.360*(4)	450.216	450.216	450.216	450.216

OBS:*valores em reais;

* (1)R$ 465.780 referente aos agentes comunitárias de saúde e R$ 42.588 referente ao incentivo adicional ao programa de ACS – Agentes Comunitários de Saúde;

* (2) R$ 205.842,00 referente as agentes comunitárias de saúde; R$ 197.843,50 referente a assistência financeira complementar, R$ 9.886,50 referente ao fortalec de pol afetas à atuação da estratégia das ACS, e R$ 37.568,70 referente a incadic assistência financeira complementar;

* (3) R$ 26.364,00 referente as agentes comunitárias de saúde; R$ 473.943,60 referente a assistência financeira complementar, R$ 24.944,40 referente ao fortalec de pol afetas à atuação da estratégia das ACS, e R$ 36.605,40 referente a incadic assistência financeira complementar; R$ 1.926,60 referente a incadicfortpol afetas à atuação da estrat de ACS; R$ 2.028,00 referente ao incentivo adicional ao programa de agentes comunitários de saúde;

* (4)R$ 187.590,00 recebidos até maio de 2017, destes R$ 10.140 referente aos agentes comunitários de saúde, R$ 168.577,50 referente assistência financeira complementar ACS e R$ 8.872,50 referente a fortalec de pol afetas à atuação da estratégia das ACS; os valores restantes são uma projeção.

Tabela AA – Recebimentos* e previsão de recebimentos programa de melhoria do acesso e da qualidade - PMAQ (RAB-PMAQ-SM)

Mês / Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TOTAL	130.491,75	88.000,00	42.908,24	- (1)	-	-	-	-

OBS:*valores em reais;

* (1)não houveram valores recebidos até maio de 2017, por esse motivo optou-se por não fazer uma previsão para os próximos anos no plano;

Tabela AA – Recebimentos* e previsão de recebimentos saúde bucal - SB

Mês / Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TOTAL	78.360*(1)	104.810	102.580	107.040*(2)	107.040	107.040	107.040	107.040

OBS:*valores em reais;

* (1)R$ 7.000,00 referentes recebimentos incentivo adicional saúde bucal

* (2) R$ 44.600,00 recebidos até maio de 2017, os valores restantes são uma projeção.

Tabela AA – Recebimentos* e previsão de recebimentos saúde da família - SF

Mês / Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TOTAL	274.420	260.268	225.174	232.892*(1)	232.892	232.892	232.892	232.892

OBS:*valores em reais;
* (1)R$ 97.040,00 recebidos até maio de 2017, os valores restantes são uma projeção

Tabela AA – Recebimentos* e previsão de recebimentos de testes rápidos de gravidez

Mês / Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TOTAL	-	-	-	399,84	399,84	399,84	399,84	399,84

OBS:*valores em reais;

7.2 Bloco de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar

O bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é formado pelo Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Os mesmos são transferidos aos fundos conforme consta na Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

Tabela AA – Recebimentos* e previsão de recebimentos MAC

Mês / Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
SAMU – RAU	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500	7.500
SAMU - MAC	150.000	150.000	150.000	150.000	150.000	150.000	150.000	150.000
Teto municipal de média e alta complexidadeambulato-rial e hospitalar	2.747.714	5.182.755	4.811.996	4.923.397	4.923.397	4.923.397	4.923.397	4.923.397
TOTAL	78.360*(1)	104.810	102.580	107.040*(2)	107.040	107.040	107.040	107.040

OBS:*valores em reais;
* (1)R$ 3.125,00 referente a RAU - SAMU, R$ 62.500,00 referente a SAMU – MAC, e R$ 2.051.415,50 referente ao teto municipal de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar recebidos até maio de 2017, os valores restantes são uma projeção;

Tabela AA – Recebimentos* e previsão de recebimentos FAEC

Mês / Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Mamografia	**15.390,00**	**37.890,00**	**64.215,00*(1)**	**62.820,00*(2)**	**62.820,00**	**62.820,00**	**62.820,00**	**62.820,00**
Cirurgias eletivas – comp único	**-**	**-**	**343.492,00**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Cirurgias eletivas comp único AIH	**-**	**-**	**13.941,03**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Cirurgias eletivas comp único SIA	**-**	**4.801,64**	**114.665,46**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Cirurgias eletivas comp II	**709,92**	**3.067,95**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Cirurgias eletivas comp III	**1.289,81**	**16.048,55**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
TOTAL	**17.389,73**	**61.808,14**	**536.313,49**	**62.820**	**62.820**	**62.820**	**62.820**	**62.820**

OBS:*valores em reais;

* (1)acrescentar o valor de R$ 9.585,00 referentes aos valores de novembro e dezembro de 2016, depositados em 2017.

* (2) R$ 25.290,00 recebidos até maio de 2017, os valores restantes são uma projeção;

7.3 Bloco de vigilância em saúde

No Bloco de Vigilância em Saúde são formados pela junção de diversas ações: de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária. O financiamento do mesmo é constituído pela Vigilância e Promoção da Saúde e Vigilância Sanitária.

7.4 Bloco de assistência farmacêutica

No bloco de Assistência Farmacêutica o financiamento é composto pelo Básico da Assistência Farmacêutica (que refere-se a aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica); pelo Estratégico da Assistência Farmacêutica (financiamento de ações de assistência farmacêutica e programas de saúde estratégicos); e pelo Especializado da Assistência Farmacêutica (uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS caracterizada por buscar a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso).

7.5 Bloco de gestão do SUS

O Bloco de Gestão do SUS, cujo financiamento é formado pela Qualificação da Gestão do SUS e pela Implantação de Ações e Serviços de Saúde. A transferência referente ao primeiro item, ocorre quando há adesão ao Pacto pela Saúde; e o segundo ocorre em parcela única respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

7.6 Bloco de investimentos na rede de serviços de saúde

Por fim, o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é formado por recursos financeiros (transferidos através de repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos de Saúde Estaduais e Municipais), exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto ao Ministério da Saúde.

8 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

Levar a saúde mais perto da população, por meio da implementação das Redes de Atenção à Saúde, organizando-as em todo município, reduzindo o tempo de resposta ao atendimento das necessidades de saúde e aumentando a resolubilidade dos serviços prestados.

8.1 Garantia do acesso da população a serviços de qualidade

O bloco denominado de Atenção Básica é formado pelo Piso da Atenção Básica - PAB Fixo e pelo Piso da Atenção Básica - PAB Variável. O primeiro corresponde ao financiamento das ações de atenção básica à saúde, sendo que esses recursos são transferidos mensalmente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios. O segundo corresponde aos recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas na Atenção Básica em Saúde, sendo que os mesmo são transferidos (também do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios), mas dependendo da adesão e implantação de ações para que se destinam, e as mesmas estejam no Plano de Saúde do município.

Objetivo: Ampliar o acesso e fortalecer a atenção básica
Metas • Contemplar nas Programações Anuais de Saúde (PAS) 100% das ações de promoção, prevenção e tratamento, identificadas como necessárias no território das unidades de saúde, de acordo com o perfil epidemiológico local, priorizando as áreas e a população de maior vulnerabilidade. • Reduzir em 10% as internações por causas sensíveis à atenção básica. • Realizar 40% de cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família.

Objetivo: Ampliar o acesso e fortalecer a atenção básica
Metas • Aumentar em 10% a oferta de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente e pactuada. • Aumentar em 10% a oferta de procedimentos ambulatoriais e clinico-cirúrgicos de alta complexidade para população residente e pactuada.

Objetivo: Organizar e implementar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil no âmbito municipal para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Metas • Reduzir em 5% ao ano a realização de cesarianas. • Ampliar e qualificar a oferta da atenção do planejamento reprodutivo em 100% das unidades básicas de saúde. • Aumentar em 10% a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal. • Implantar a Casa da Mulher no Município.

Objetivo: Organizar e Implementar a Rede de Atenção às Urgências no âmbito municipal.
Metas • Ampliar o serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), implantando a unidade de Encantado como Base Avançada.

Objetivo: Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde.
Metas • Aumentar os serviços da rede de Atenção Psicossocial no município. • Implementar o apoio matricial em Saúde Mental nas unidades de Atenção Básica. • Implantar em 100% nos serviços de Saúde Mental a supervisão clínico institucional. • Construir um novo prédio para o CAPS.

Objetivo: Promover a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante a qualificação da gestão e da organização da rede de atenção.
Metas • Reduzir em 5 % a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). • Estabelecer referências para garantia do cuidado longitudinal dos usuários idosos e das pessoas vivendo com DST/HIV/AIDS, hepatites virais e câncer, atendidos nas unidades públicas municipais.

Objetivo: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer.
Metas • Ampliar para 0,4 a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos. • Ampliar 10% a razão de exames de mamografia para rastreamento de casos de câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos de idade. • Implantar o programa de rastreamento de casos de câncer de próstata em homens com 50 anos e mais de idade na rede básica de saúde.

Objetivo: Promover a melhoria das condições de saúde do deficiente mediante qualificação da gestão e da organização da rede de atenção.
Metas • Dotar 100% das Unidades da Rede Municipal de dispositivos de acessibilidade para o acolhimento às pessoas com deficiência. • Finalizar a Habilitação do CER II para atendimento no município.

8.2 Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio de ações de promoção e vigilância em saúde.

Objetivo: Fortalecer a promoção e vigilância em saúde, implementando ações para a redução das desigualdades sociais e a promoção da qualidade de vida.
Metas • Alcançar, no município de Encantado, as coberturas vacinais (CV) preconizadas pelo Ministério da Saúde. • Alcançar 80% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. • Manter abaixo de 3% o percentual de óbitos por causa básica mal definida em relação ao total de óbitos notificados. • Encerrar 80% ou mais das doenças de notificação compulsória imediata registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação.

- Aumentar em 20% o número de notificações de doenças ou agravos relacionados ao trabalho, com relação ao ano subsequente.
- Realizar vigilância e monitoramento de 100% dos surtos, eventos adversos e queixas técnicas.
- Manter a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.
- Manter índice de infestação predial para o Aedes Aegypti no município.
- Reduzir a incidência de casos de Leptospirose no município.
- Aumentar em 5% os pontos de coleta de análises de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
- Atualizar a base cadastral de estabelecimentos novos sujeitos a Vigilância Sanitária.
- Elaborar programas e práticas regulares de educação em saúde em 80% da rede de Atenção Básica de Saúde, de acordo com o perfil epidemiológico local, e de Vigilância Sanitária para população e setor regulado.
- Investigar e encerrar anualmente 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil.
- Investigar e encerrar anualmente no mínimo 100% dos óbitos infantis, neonatais e fetais.
- Investigar e encerrar anualmente no mínimo 100% dos óbitos maternos.
- Alcançar em 100% das metas pactuadas no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQAVS, conforme Portaria 1.708 de 16/08/13.
- Implementar em 100% das unidades de saúde da rede pública municipal a notificação compulsória da violência doméstica, sexual e outras violências de forma contínua.

8.3 Garantia a assistência Farmacêutica no SUS

Objetivo: Implementar e qualificar a Política e a Gestão da Assistência Farmacêutica no município, com foco no uso racional de medicamentos e na avaliação das demandas dos serviços de saúde.
Metas • Implantar o Sistema HORUS de Gestão da Assistência Farmacêutica, em 100% dos Serviços de Saúde onde exista dispensação de medicamentos através da integração com o Sistema Multi24horas do município. • Atualizar a relação municipal de medicamentos (REMUME) a cada 02 anos. • Atualizar e implementar o sistema de controle de recebimento, armazenamento e distribuição de insumos e medicamentos adquiridos pela SMS, de acordo com a RENAME/REMUNE, possibilitando a sistematização da distribuição regular para 100% das unidades da rede pública municipal e o tratamento dos usuários atendidos, cadastrados e acompanhados. • Instituir o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica. • Divulgar e ampliar o Banco Municipal de Medicamentos. • Ampliar a estrutura física da Farmácia do SUS.

8.4 Garantia de apoio diagnóstico no âmbito do SUS

Objetivo: Implementar e qualificar a assistência laboratorial e centros de apoio diagnóstico
Metas • Monitorar a qualidade dos serviços de diagnóstico da rede municipal de saúde. • Manter o acesso ao diagnóstico de hepatites B e C e a oferta de testes rápidos de sífilis e HIV em 100% das unidades de saúde.

8.5 Contribuição na formação, qualificação e democratização dos trabalhadores do SUS

Objetivo: Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.
Metas • Implantar a política municipal de educação permanente, contemplando a necessidade de aprimoramento e ampliação dos serviços da rede pública municipal. • Qualificar os conselhos gestores locais e distritais e as redes de atenção no âmbito municipal. • Ampliar o número de vagas na residência de medicina da família e comunidade em parceria com Instituições de Ensino.

8.6 Controle Social do SUS

Objetivo: Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças informais e de grupos integrados às atividades coletivas dos serviços de saúde e de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.
Metas • Manter as reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde, realizado a integração dos mesmos às ações da Secretaria no âmbito da Comunidade.

Objetivo: Fortalecer a Ouvidoria do Sistema SUS
Metas • Implantar juntamente com a ouvidoria municipal ações que visem a informação da qualidade dos serviços fornecidos pelo município junta a rede municipal de Saúde.

8.7 Implementar o modelo de Gestão do SUS

Objetivo: Implementar e qualificar a Gestão da Informação e Informática.
Metas
• Ampliar o Sistema de Informação para gestão em Saúde, com módulos gerenciais em áreas estratégicas. • Implementar informatização e conectividade em 100% das unidades da SMS. • Monitorar a digitação e envio de dados no E-SUS. • Implementar e controlar a digitação dos prontuários dos atendimentos 100% de forma eletrônica.

8.8 Modernização da Gestão Administrativa do SUS

Objetivo: Implementar e qualificar a gestão do Sistema Municipal de Saúde.
Metas
• Realizar captação de recursos de fontes de investimento para despesas de capital, primordialmente para Atenção Básica e Especializada. • Qualificar o processo de execução orçamentária e financeira. • Estruturar um sistema de apuração de custo instrumentalizando a gestão do SUS no uso racional de recursos. • Estruturar os postos de saúde para um melhor atendimento aos munícipes.

9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A busca pelos serviços públicos do SUS se constitui não só em uma necessidade mais também em um direito do cidadão. No município, a gestão pública é colocada constantemente em desafio, uma vez que as demandas são crescentes e ao mesmo tempo complexas. Pensar em acolhimento é pensar também em garantir o acesso de maneira qualificada e humanizada que vá ao encontro de respostas desejáveis e satisfatórias ao usuário do sistema municipal de saúde, SUS municipal, ocorrendo em tempo oportuno.

A execução do Plano Municipal de Saúde dar-se-á mediante a Programação Anual de Saúde (PAS), que é desenvolvida pelas Secretaria Municipal da Saúde em conjunto com a Secretaria Municipal da Fazenda. Na PAS são levantadas as ações para alcançar os objetivos e metas do PMS.

As ações desenvolvidas serão monitoradas e avaliadas por meio da ação do Conselho Municipal da Saúde de Encantado que indicará o êxito das ações e as necessidades de mudança e reordenamento do Plano.

Além disso, conforme a Lei Federal Complementar nº 141/2012, a execução do Plano Municipal de Saúde também será acompanhada através da Prestação de Contas realizada quadrimestralmente no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara Municipal de Encantado.

O Ministério da Saúde, institui pelo Decreto nº 4.726, em 09 de Junho de 2003 a ouvidoria geral do SUS, parte integrante da Secretaria de Gestão Estratégia

e Participação (SGEP). Tem como principal objetivo o diálogo com a população, ouvindo, disseminando informações, registrando e articulando a relação entre o gestor e a sociedade.

O município dispõem também de uma ouvidoria geral e esta, apesar de não regulamentada para atender exclusivamente a saúde é por óbvio eficaz ferramenta de monitoramento das ações desenvolvidas pela Secretaria no atendimento aos Munícipes.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento é uma importante ferramenta para a superação de dificuldades e aproveitamento de oportunidades. A saúde, como resultante de inúmeros fatores, é um campo propício ao incontrolável. Este fato também faz com que seus resultados estejam em constante interface com várias outras áreas, como educação, habitação, segurança alimentar, trabalho e emprego.

O conjunto de objetivos, produtos e atividades, contidos neste Plano, consolidam as tendências de desenvolvimento do Sistema Municipal de Saúde. Superadas algumas deficiências, ainda existente, e considerando como objetivo central, em sua organização, a construção do Sistema Integrado de Saúde volta-se para a ampliação do acesso e aumento da resolutividade nas ações e serviços de saúde em nossa cidade.

Contudo, se essa amplitude a torna um campo tão complexo a ponto de não ser finita em si, devemos fazer com que nossas ações também extrapolem nossos próprios muros. E para agir com toda essa complexidade, o planejamento é uma ferramenta que ajuda a tornar os objetivos possíveis.

Assim, a construção de um Plano Municipal de Saúde de maneira colaborativa, a partir de um diagnóstico que contemple o ambiente interno, mas também o externo em interface com nosso campo de atuação, nos ajuda a delinear os modos que tornarão nosso propósito, ao longo de quatro anos (mas não somente), alcançável.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html> - acesso 21 abr. 17.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Rio Grande do Sul** > Encantado. Disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?lang=_ES&codmun=430680&search=rio-grande-do-sul|encantado> - acesso em 21 abr. 17.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual da Saúde. **16ª CRS** (Lajeado). Disponível em: < http://www.saude.rs.gov.br/lista/173/16%C2%AA_CRS_(Lajeado)> - acesso 21 abr. 17.

ANEXOS

ANEXO A – Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013: Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2.135, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013

Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando o estabelecido na Constituição Federal de 1988 quanto à elaboração e encaminhamento dos projetos relativos ao Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA);

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que 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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; erevoga dispositivos das Leis n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n° 8.689, de 27 de julho de 1993;

Considerando a Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para aresponsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Resolução CNS nº 459, de 10 de outubro de 2012, que aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/201; e

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 29 de agosto de 2013, resolve:

Art. 1º Esta Portaria estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos:

I - planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.

II - respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS.

IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

V - compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;

VI - transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;

VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.

Art. 2º Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.

§ 1º Os instrumentos referidos no "caput" interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

§ 2º O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde.

§ 3º Os prazos para elaboração do PPA, da LDO e da LOA observam o disposto nas Constituições e Leis Orgânicas dos entes federados.

Art. 3º O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas noâmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

§ 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.

§ 2º O Plano de Saúde observará os prazos do PPA, conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados.

§ 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:

a) estrutura do sistema de saúde;

b) redes de atenção à saúde;

c) condições sociossanitárias;

d) fluxos de acesso;

e) recursos financeiros;

f) gestão do trabalho e da educação na saúde;

g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;

II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e

III - o processo de monitoramento e avaliação.

§ 4º Os Planos Estaduais de Saúde deverão ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse recursos aos Municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 5º Os Planos Estaduais de Saúde terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade inter-regional.

§ 6º A transparência e a visibilidade serão também asseguradas mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde.

§ 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetidoà apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), disponível em www.saude.gov.br/sargsus.

Art. 4º A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

§ 1º Para Estados e Municípios, a PAS deverá conter:

I - a definição das ações que, no ano especifico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde.

II - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e

III - a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS;

§ 2º Para a União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

§ 3° O prazo de vigência da PAS coincidirá com o anocalendário.

Art. 5º No processo de elaboração e execução da PAS, os gestores de saúde observarão os seguintes prazos:

I - elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente; e

II - execução no ano subsequente.

Art. 6º O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens:

I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;

II - as metas da PAS previstas e executadas;

III - a análise da execução orçamentária; e

IV - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

§ 2º Os entes federados que assinarem o Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP) deverão inserir seção específica relativa aos compromissos assumidos e executados.

§ 3º O Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do SARGSUS.

Art. 7º O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. O relatório previsto no "caput" observará o modelo padronizado previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 459, de 2012 e conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Art. 8º O planejamento regional integrado será elaborado noâmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e será pactuado, monitorado e avaliado pela CIR.

§ 1º O processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual e envolverá os três entes federados.

§ 2º O planejamento regional integrado expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da integralidade da atenção.

§ 3º A produção resultante do processo de planejamento regional integrado realizado no âmbito da Região de Saúde expressará:

I - a identificação da situação de saúde no território e das necessidades de saúde da população da Região de Saúde;

II - as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a Região de Saúde, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados;

III - a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde.

§ 4º A produção referida no § 3º comporá o COAP.

§ 5º Os atuais planos de ação regional das redes de atenção à saúde, bem como os planos de ação e de aplicação de recursos de promoção e vigilância à saúde, de assistência farmacêutica, da gestão do trabalho e da educação na saúde dos três entes federados comporão e integrarão os produtos do planejamento regional integrado.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10. Ficam revogadas as seguintes portarias:

I - Portaria nº 3.332/GM/MS, de 28 de dezembro de 2006, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 249, de 29 de dezembro de 2006, seção I, página 608;

II - Portaria nº 3.085/GM/MS, de 1º de dezembro de 2006, publicada no DOU nº 231, de 4 de dezembro de 2006, seção I, página 39;

III - Portaria nº 1.510/GM/MS, de 25 de junho de 2007, publicada no DOU nº 121, de 26 de junho de 2007, seção I, página 21;

IV - Portaria nº 376/GM/MS, de 16 de fevereiro de 2007, publicada no DOU nº 35, de 21 de fevereiro de 2007, seção 1, página 48;

V - Portaria nº 1.885/GM/MS, de 9 de setembro de 2008, publicada no DOU nº 175, de 10 de setembro de 2008, seção 1, página 47;

VI - Portaria nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, republicada no DOU nº 6, de 11 de janeiro de 2010, seção 1, página 35;

VII - Portaria nº 2.327/GM/MS, de 6 de outubro de 2009, publicada no DOU nº 192, de 7 de outubro de 2009, seção I, página 44; e

VIII - Portaria nº 1.964/GM/MS, de 23 de julho de 2010, publicada no DOU nº 142, de 27 de julho de 2010, seção I, página 37.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html - acesso 21 abr. 17.

ANEXO B – Portaria Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016: Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA NO - 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências;

Considerando o art. 10, incisos VI a IX, da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências; Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, alterada pela Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que determina a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados;

Considerando a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso às informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, publicado no Diário do Senado Federal em 13 de março de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS); e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Esta Portaria define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo.

Art. 2º Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

IV - epizootia: doença ou morte de animal ou de grupo de animais que possa apresentar riscos à saúde pública;

V - evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínicoepidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes;

VI - notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

VII - notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

VIII - notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;

IX - notificação compulsória negativa: comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória; e

X - vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

CAPÍTULO II

DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Art. 3º A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

§ 1º A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo, de acordo com o estabelecido no anexo, observando-se, também, as normas técnicas estabelecidas pela SVS/MS.

§ 2º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos pú- blicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

§ 3º A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

Art. 4º A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível.

Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informa-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo.

Art. 5º A notificação compulsória semanal será feita à Secretaria de Saúde do Município do local de atendimento do paciente com suspeita ou confirmação de doença ou agravo de notificação compulsória.

Parágrafo único. No Distrito Federal, a notificação será feita à Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º A notificação compulsória, independente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 7º As autoridades de saúde garantirão o sigilo das informações pessoais integrantes da notificação compulsória que estejam sob sua responsabilidade

Art. 8º As autoridades de saúde garantirão a divulgação atualizada dos dados públicos da notificação compulsória para profissionais de saúde, órgãos de controle social e população em geral.

Art. 9º A SVS/MS e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios divulgarão, em endereço eletrônico oficial, o número de telefone, fax, endereço de e-mail institucional ou formulário para notificação compulsória.

Art. 10. A SVS/MS publicará normas técnicas complementares relativas aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde e demais diretrizes técnicas para o cumprimento e operacionalização desta Portaria, no prazo de até 90 (noventa) dias, contados a partir da sua publicação.

Art. 11. A relação das doenças e agravos monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saú- de.

Art. 12. A relação das epizootias e suas diretrizes de notificação constarão em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua pu- blicação. Art. 14.

Fica revogada a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37.

Art. 14. Fica revogada a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União, nº 108, Seção 1, do dia 09 de junho de 2014, p. 37.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO

Lista Nacional de Notificação Compulsória

N	**DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)**	**Periodicidade de notificação**			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal*
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
2	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
3	Acidente por animal peçonhento			X	
4	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
5	Botulismo	X	X	X	
6	Cólera	X	X	X	
7	Coqueluche		X	X	
8	a. Dengue – Casos				X
9	b. Dengue – Óbitos	X	X	X	

10	Difteria		X	X	
11	Doença de Chagas Aguda		X	X	
12	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
13	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
14	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
15	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Varíola	X	X	X	
16	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: a. Arenavírus b. Ebola c. Marburg d. Lassa e. Febre purpúrica brasileira	X	X	X	
17	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
18	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
19	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
20	Esquistossomose				X
21	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)	X	X	X	
22	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	X	X	X	
23	Febre Amarela	X	X	X	
24	a. Febre de Chikungunya				X
25	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
26	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
27	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
28	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
29	Febre Tifoide		X	X	
30	Hanseníase				X
31	Hantavirose	X	X	X	
32	Hepatites virais				X
33	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
34	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
35	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
36	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
37	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
38	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
39	Leishmaniose Visceral				X
40	Leptospirose			X	
41	a. Malária na região amazônica				X
42	b. Malária na região extra Amazônica	X	X	X	
43	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
44	Poliomielite por poliovirus selvagem	X	X	X	
45	Peste	X	X	X	
46	Raiva humana	X	X	X	

47	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
48	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
49	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
50	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
51	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS- CoV	X	X	X	
52	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
53	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
54	Tu b e r c u l o s e				X
55	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
56	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
57	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

* Informação adicional: Notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS; Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde) A notificação imediata no Distrito Federal é equivalente à SMS.

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html> - acesso 05 nov.17.

ANEXO C – Resolução Nº 203/12 - CIB / RS: Criação dos Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR) no Estado do Rio Grande do Sul.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
RESOLUÇÃO Nº 203/12 - CIB / RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS,** no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a importância do acompanhamento pré-natal à gestante de alto risco, visando à redução do índice de morbimortalidade materna e neonatal;

a Portaria GM/MS nº 3.477/98, que cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar no atendimento da gestante de alto risco;

a Portaria GM/MS nº 1.459/11, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS, em seus objetivos que apontam a redução da mortalidade materna e neonatal e a melhora no atendimento às gestantes com acolhimento e resolutividade;

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 18/04/12.

RESOLVE:

Art. 1º - Criar os Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR) no Estado do Rio Grande do Sul.

Art. 2º - Os AGAR integram o Sistema Estadual de Referência Ambulatorial no atendimento da gestante.

Art. 3º - Definir que os AGAR deverão, obrigatoriamente:

I – Oferecer atendimento multiprofissional em regime ambulatorial às gestantes de alto risco ou que necessitem acompanhamento periódico devido a doenças prévias ou próprias da gestação;

II – Realizar matriciamento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher que realiza pré-natal, auxiliando na condução do pré-natal de risco habitual e de alto risco nos demais níveis de atenção, em particular na atenção primária;

III – Adotar o desenho da linha de cuidado da Rede Cegonha no RS como modelo da linha de cuidado do AGAR;

IV – Instituir a classificação de risco da gestação de acordo com as diretrizes do Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, de outubro de 2010, ou atualizações do mesmo;

V – Manter todas as vagas ambulatoriais cadastradas no SUS disponíveis para as centrais de regulação, de acordo com as normas do SUS.

Parágrafo Único - Entende-se por apoio matricial (matriciamento) um dispositivo de intervenção junto à atenção básica, pautado pela noção de território, intersetorialidade, integralidade, considerando o trabalho organizado pelo princípio da responsabilidade compartilhada entre a equipe de referência e os AGAR, com o estabelecimento da continuidade na atenção em saúde da gestante, e o matriciamento se configura como suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde afim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

Art. 4º - Os AGAR deverão estabelecer fluxos de referência com Serviços Hospitalares de referência secundária e terciária ao atendimento à gravidez de alto risco, em acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 3.477/1998, com possíveis atualizações da mesma e portarias estaduais que venham a completá-la.

§1º - Manter referências pactuadas de leitos de gestante de alto risco em hospitais secundários e terciários conforme Portaria GM/MS nº 3.477/1998.

§2º - O município de referência ao AGAR deve possuir vagas em Casa de Gestante, Bebê e Puérpera, e os municípios que não dispuserem desta tecnologia no momento de implantação do AGAR terão o prazo de 6 meses para adequação.

Art 5º - O acesso ao AGAR se dará através da Central de Marcação de Consulta Ambulatorial Estadual ou Municipal, preferencialmente no ambulatório de gestante de alto risco da referência da sua Regional de Saúde, em tempo oportuno.

Art 6º - O AGAR deve estar dimensionado de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do estado, considerando o seguinte:

I – A área de cobertura assistencial deve, no mínimo, abranger 700 gestantes de alto risco/ano, considerando 12 consultas em média por gestante de alto risco;

1 – Dispor de infraestrutura física para o atendimento ambulatorial à gestante de alto risco, de acordo com a RDC 50/2002, com Portarias Estaduais que venham a completá-la e com exigências que serão instituídas em Portarias Estaduais na competência da Lei.

III – Deve ofertar serviços diagnósticos para garantir a integralidade da atenção à gestante.

Art 7º - Definir que os AGAR serão classificados da seguinte forma:

I – Ambulatório de Gestação de Alto Risco tipo I (AGAR – I):

a. Dispor de equipe multidisciplinar de atenção à gestante de alto risco, aqui denominada e equipe fundamental ao AGAR, constituída necessariamente pelos seguintes profissionais: 2 Obstetras com experiência no atendimento à gestante de alto risco por turno de serviço; 1 Clínico Geral; 1 Enfermeiro; 1 Assistente Social; 1 Psicólogo;

b. O serviço deverá prestar atendimento a toda a gestante classificada como de alto risco, devendo, portanto, manter referência com AGAR – II visando eventuais encaminhamentos.

a) - Ambulatório de Gestação de Alto Risco tipo II (AGAR – II): **a.** Dispor de equipe fundamental ao AGAR e de outros 5 profissionais especializados, podendo ser: médico especialista em medicina fetal, endocrinologista, cardiologista, neurologista, geneticista, fisiatra, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista ou outros que o serviço entenda ser necessário;

c. O serviço deverá prestar atendimento a toda a gestante classificada como de alto risco e manter apoio matricial também aos AGAR – I.

Parágrafo Único - Os profissionais disponibilizados no Inciso IIa (excetuando a equipe fundamental) poderão estar vinculados a outras especialidades já habilitadas no serviço, respeitando os limites de carga horária dos profissionais.

Art. 8º – Para habilitação do AGAR é necessário encaminhar a

SES/RS através da Coordenadoria Regional de Saúde:

a) Plano de Trabalho do AGAR, com descrição da equipe técnica e o fluxo de análise e responsabilidade de cada setor, em acordo com o modelo estabelecido em Portaria Estadual específica com parecer favorável da Vigilância Sanitária;

b) Aprovação do Conselho Municipal de Saúde e da CIR (Comissão Intergestora Regional)

c) A documentação será analisada e avaliada pela Seção da Saúde da Mulher/DAS para aprovação do AGAR e na CIB/RS (Comissão Intergestora Bipartite).

Art. 9º - Será repassado ao AGAR habilitado pela SES/RS o valor mensal de R$ 30.000,00 (trinta mil reais) para AGAR tipo I e R$ 38.0000,00 (trinta e oito mil reais) para o tipo II, através de co-financiamento do Tesouro do Estado, e quando da extrapolação do número de gestantes de alto risco atendidas pelo AGAR em sua área de cobertura assistencial, será repassado um valor extra e proporcional de co-financiamento com regras estabelecidas em Portaria Estadual específica.

Parágrafo Único – A documentação referente a habilitação do AGAR deverá ser submetida ao Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial - DAHA para elaboração do instrumento legal para repasse do recurso financeiro.

Art. 10 - A qualificação do atendimento deverá ser objeto de trabalho bem como estar pactuada no contrato com os prestadores de serviço do AGAR;

Parágrafo Único – Indicadores epidemiológicos, de cobertura de população alvo e de cumprimento dos parâmetros estabelecidos no protocolo assistencial serão objeto de acompanhamento do AGAR e estarão descrito em Portaria Estadual Específica.

Art. 11 - A Secretaria Estadual de Saúde, através das Coordenadorias Regionais de Saúde, realizará reavaliações anuais ou na constatação de alguma irregularidade ou identificação de evento na regulação, monitoramento e avaliação nas unidades AGAR, podendo solicitar o descadastramento específico do sistema, caso seja constatado o não cumprimento das exigências desta Resolução e Portaria Estadual Específica.

Art. 12 - A Secretaria de Estado da Saúde do RS publicará Portaria Específica estabelecendo os critérios técnicos para habilitação, regulação, controle e avaliação.

Art. 13 - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Porto Alegre, 14 de maio de 2012.
CIRO SIMONI
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS

Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170212/23101217-1339445690-cibr203-12.pdf> - acesso 18 ago. 17

ANEXO D – Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007: Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007.

Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea "a", da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Art. 2º São objetivos do PSE:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Art. 3º O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

§ 1º São diretrizes para a implementação do PSE:

I - descentralização e respeito à autonomia federativa;

II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;

III - territorialidade;

IV - interdisciplinaridade e intersetorialidade;

V - integralidade;

VI - cuidado ao longo do tempo;

VII - controle social; e

VIII - monitoramento e avaliação permanentes.

§ 2º O PSE será implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizada por meio de termo de compromisso.

§ 3º O planejamento das ações do PSE deverá considerar:

I - o contexto escolar e social;

II - o diagnóstico local em saúde do escolar; e

III - a capacidade operativa em saúde do escolar.

Art. 4º As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:

I - avaliação clínica;

II - avaliação nutricional;

III - promoção da alimentação saudável;

IV - avaliação oftalmológica;

V - avaliação da saúde e higiene bucal;

VI - avaliação auditiva;

VII - avaliação psicossocial;

VIII - atualização e controle do calendário vacinal;

IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;

X - prevenção e redução do consumo do álcool;

XI - prevenção do uso de drogas;

XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;

XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;

XIV - educação permanente em saúde;

XV - atividade física e saúde;

XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e

XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Parágrafo único. As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

Art. 5º Para a execução do PSE, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto:

I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;

II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;

III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;

IV - apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;

V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e

VI - definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

§ 1º Caberá ao Ministério da Educação fornecer material para implementação das ações do PSE, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias.

§ 2º Os Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa.

Art. 6º O monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

Art. 7º Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE.

Art. 8º Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão a pactuação com Estados, Distrito Federal e Municípios das ações a que se refere o art. 4º, que deverá ocorrer no prazo de até noventa dias.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 5 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.
LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Fernando Haddad
Jose Gomes Temporão
Este texto não substitui o publicado no DOU de 6.12.2007

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm> - acesso 18 Ago. 17.