

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICIPIO DE PINHEIRINHO DO
VALE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

PLANO MUNICIPAL DE SAUDE
2022- 2025

PINHEIRINHO DO VALE, DEZEMBRO
DE 2021

PREFEITO MUNICIPAL:

NELBO ALDOIR APPEL

VICE PREFEITO MUNICIPAL:

PERI DA COSTA

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

ADRIANA SIRLEI MUELLER COSTA

EQUIPE ADMINISTRATIVA:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

PEDRO GAZOLA

ASSESSORIA TÉCNICA E DE PLANEJAMENTO

PEDRO GAZOLA

COLABORADORES DO PMS

Conselho Municipal de Saúde

Agentes Comunitárias de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde – Setor de Planejamento

Setor Administrativo

Profissionais de Saúde

Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Contabilidade

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o principal **instrumento de planejamento** da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como objetivo orientar as políticas públicas no período, com base nas necessidades de saúde da população. A partir da análise situacional do território e dos demais instrumentos de planejamento, foram definidas as diretrizes, os objetivos e as metas a serem alcançados no período de 2022 a 2025 e identificadas as estratégias para o monitoramento e a avaliação das metas previstas no âmbito municipal.

A elaboração do PMS (Plano Municipal de Saúde) foi coordenada pelo **Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GTPMA)**, com a participação do **Conselho Municipal de Saúde (CMS/PV)**, das Agentes Comunitárias de Saúde, Os profissionais de Saúde. O PMS 2022-2026 está organizado de acordo com a Portaria de Consolidação MS Nº 1/2017, que orienta o processo de planejamento no SUS. Assim, o documento se divide em três capítulos: o primeiro trata da análise situacional da saúde do município; o segundo contém a diretriz, os objetivos, as metas, e as ações para o período e, por fim, o terceiro capítulo dispõe sobre o método de monitoramento e avaliação das ações propostas.

Na **Análise Situacional** buscou-se desenhar o retrato da saúde no município, considerando os seguintes tópicos: Panorama Demográfico e Características da População, Determinantes e Condicionantes do Processo Saúde-Doença, Características Epidemiológicas, Redes de Atenção e foi analisado um conjunto de indicadores demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, de capacidade instalada.

O segundo capítulo dispõe sobre **a Diretriz, os Objetivos, as Metas e os Indicadores (DOMI)** definidos para o período de quatro anos. Além de priorizar os problemas identificados na análise situacional, as ações estabelecidas foram compatibilizadas com o Plano Plurianual (PPA) 2022-2026 do município de Pinheirinho do Vale visando harmonizar o planejamento setorial da saúde com o planejamento geral da gestão. Neste capítulo, também foram incorporadas as propostas da 4ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em abril de 2019, e as necessidades de saúde identificadas nos Diagnósticos Regionais elencadas no Planejamento Regional Integrado (PRI), que

tiveram base nos planos municipais de saúde e nas pactuações regionais, processo que envolveu técnicos e gestores municipais.

O terceiro e último capítulo versa sobre o **Monitoramento e Avaliação** das metas propostas neste documento, visando à institucionalização e transparência do processo de prestação de contas perante os gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Neste capítulo, é apresentada a análise do alcance das metas do PES 2018-2021 e discutido de que forma o monitoramento auxilia no redirecionamento das estratégias propostas. Por fim, são explicitados os critérios para acompanhamento do PMS 2022-2026 pela gestão, controle social e população em geral, apontando os instrumentos que serão utilizados.

A construção e a finalização deste Plano se deu em meio à resposta para a pandemia do novo Coronavírus (COVID-19), agravo de saúde mundial que trouxe desafios para a gestão da saúde no País, Estado e Município, no sentido de produzir ações rápidas e necessárias, bem como orientações para as ações em saúde. Além de fazer a gestão da crise junto aos profissionais que realizam a atenção à saúde aos usuários, também foi necessário atuar diretamente nos serviços de saúde sob a gestão do Município. Assim, no Capítulo 1, item 19 - Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) e a COVID-19 são apresentados um histórico e o perfil dos casos da doença no município, e no capítulo 2 item 19 apresentamos a diretriz, o objetivo as metas e as ações a desenvolvidas pela SMS/PV para o enfrentamento da doença.

INDICE

Capitulo 1 – ANÁLISE SITUACIONAL	007
1-1 Estrutura do Sistema Municipal de Saúde	007
1.2 -Primeira referência Histórica de Pinheirinho do Vale	011
1.3 – Localização	011
1.4 – Clima	012
1.5 – População	012
1.6 – Informações Territoriais	012
1.7 – Informações da Secretaria de Saúde	013
1.8 – Informações da Gestão	013
1.9 – Informações do Fundo Municipal de Saude	013
1.10 – Informações do Plano Municipal de Saúde	013
1.11 – Informações sobre Regionalização	013
1.12 – Informações sobre Conselho Municipal de Saúde	013
1.13 – Dados Demográficos e de Morbimortalidade	014
1.13.1 – População Estimada por sexo e faixa etária	014
1.13.2 – Nascidos vivos	015
1.13.3 – Principais causas de Internação	015
1.13.4 – Mortalidade por grupo de Causas	017
1.14 – Produção da Atenção Básica 2020	019
1.15 – Rede Física Prestadora de Serviços no SUS, no Município	019
1.16 – Profissionais de Saúde	021
1.17 – Indicadores de Pactuação Interfederativa 2020	023
1.18 – Rede de serviços de saúde	025
1.19 – COVID – 19	026
1.20 – Dados e situações apontadas na Conferencia Municipal de Saúde e pela pesquisas através de formulários físicos e on-line.....	028
1.21 – Análise dos dados da situação de saúde do município	030
2 - Capítulo 2 – DIRETRIZES, OBJETIVOS METAS INDICADORES E RECURSOS FINANCEIROS.....	033
2.1 – Atenção Básica	034
2.2 – Rede Bem Cuidar	035
2.3 – Atenção a Criança e o Adolescente	043

2.4 - Programa Saúde na Escola	044
2.5 – Programa Primeira Infância Melhor	048
2.6 – Saúde Mental – Atendimento Psicossocial	061
2.7 – Atenção a Saúde do Idoso	064
2.8 – Estratégia da Saúde da Família – ESF -	066
2.9 – Serviços de Saúde Bucal	088
2.10 - Serviços de Fonoaudiologia e Fisioterapia	091
2.11 – Serviço de Nutrição	094
2.12 – Serviços de urgência e Emergência	095
2.13 – Vigilância em Saúde	095
2.13.1 – Vigilância Ambiental	096
2.13.2 – Vigilância Epidemiológica	097
2.13.3 - Vigilância Sanitária	098
2.13.4 – Saúde do Trabalhador	100
2.14 – Saúde da Mulher -	101
2.15 – Saúde do Homem -	103
2.16 – Doenças Crônicas	104
2.17 – Academia de Saúde	107
2.18 – Covid-19	108
2.19 - Assistência Farmacêutica	108
2.20 - Práticas Integrativas e complementares no SUS	110
2.21 – Quadro de Programas com Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores Previsão de Recursos e Origem dos Recursos	111
3 - Capítulo 3 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	135
REFERENCIAS	137

Capítulo 1 – ANÁLISE SITUACIONAL

1-1 Estrutura do Sistema Municipal de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a política organizacional para o ordenamento dos serviços e ações de saúde. O SUS foi estabelecido pela Constituição Brasileira de 1988 e por leis que o regulamentaram, é um sistema considerado ainda novo e constantemente em construção.

O SUS norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários:

- **Universalidade**
- **Equidade**
- **Integralidade**

O SUS há de ser entendido em seus objetivos finais de dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde – para que assim, busquemos os meios - processos, estruturas e métodos- capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e, torná-lo efetivo em nosso país. Estes meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, devem constituir-se em objetivos estratégicos que dêem consistência ao modelo de atenção a saúde desejado.

• **Universalidade:** Todas as pessoas têm direito ao atendimento independentemente de raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc.. A saúde é direito de cidadania e dever suas necessidades. Os serviços de saúde de vem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seu modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida.

• **Integralidade:** As ações de saúde devem ser combatidas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e a cura. O indivíduo não deve ser visto apenas como partes de um todo (coração, fígado, pulmão, membros, etc.). é um ser humano, social, cidadão que biologicamente, psicologicamente e socialmente está sujeito a riscos de vida. As unidades que prestam serviços de saúde aos usuário devem atender o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho que o leva a adoecer e a morrer.

Desta forma a nossa política de saúde está direcionada para a prevenção das doenças e não somente para a sua recuperação. Isto exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Um conjunto de ações de promoção da saúde (que envolvem ações de outras áreas como habitação, meio ambiente, educação, etc.), de prevenção (saneamento básico, imunização, ações coletivas e preventivas, de vigilância em saúde, etc.) e de recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes) são suas principais vertentes.

O Plano Municipal de Saúde de Pinheirinho do Vale, 2022-2025, reúne esforços em direção à consolidação do Sistema Único de Saúde, engajado nas diretrizes oriundas desse Sistema e determinados pela Constituição Federal Brasileira de 1988.

Este trabalho, desenvolvido desde o 1º semestre de 2021, encontra-se organizado com o objetivo de cumprir os preceitos legais da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02) de 2002, e as alterações introduzidas pelos novos pactos, que são instrumentos orientadores do Sistema Único de Saúde- em todo o Brasil. Além disso constitui um compromisso com o processo de Planejamento estratégico a ser implantado na Secretaria Municipal de Saúde, assumindo o propósito da gestão municipal em desenvolver um corpo técnico capaz de exercer uma prática profissional direcionada aos verdadeiros objetivos institucionais considerando não só as informações de saúde, mas a ampla realidade na qual se insere a população.

Assim, mais do que representar o documento formal exigido pela legislação relacionada ao Sistema Único de Saúde – SUS, é um documento cuja função é a de nortear as ações de saúde, destinando-se ao uso interno de todos os setores da Secretaria Municipal da Saúde do Município de Pinheirinho do Vale (SMS/PV), cujo monitoramento, avaliação e revisão, farão parte de um processo constante durante sua execução

Este Plano Municipal de Saúde é ainda um instrumento dinâmico e flexível do processo de Planejamento das ações e serviços da Saúde, e refere-se ao período de governo compreendido entre 2022 -2025, e constitui um documento formal da política de saúde do município contendo as diretrizes, prioridades, objetivos, estimativa de metas a serem atingidas, estimativas de recursos e gastos, estratégias de ação e compromissos de governo para o setor dirigido a apreciação, aprovação e acompanhamento por parte do Controle social, através do CMS – Conselho Municipal de Saúde e população em geral.

O Município de Pinheirinho do Vale encontra-se no modelo de Gestão do Sistema Municipal de Saúde atendendo a população de sua área de abrangência, na atenção básica nas duas Unidades de Saúde do Município e fazendo os devidos encaminhamentos para os casos de média e alta complexidade para os locais de referência e pertence a 15ª Região de Saúde (Caminho das Águas) – Palmeira das Missões e a 2ª Coordenadoria Regional de Saúde com participação total da população de Frederico Westphalen – RS.

Diante disso é importante dizer que o planejamento estabelece diretrizes e prioridades, suas metas a curto e longo prazo, funcionando como um instrumento de gestão e acompanhamento das ações e dos indicadores de saúde.

Para sua construção contou-se com uma equipe da Secretaria Municipal da Saúde, com o Conselho Municipal da Saúde, as diversas entidades constituídas, bem como a participação cidadã, através de audiência pública, pesquisa de satisfação e utilizando-se de documentos como a Lei 8080/90, 8142/90, Lei Complementar 141/2012, portarias ministeriais, Relatório da Conferência Municipal de Saúde, o PPA, a LDO e LOA, entre outras pesquisas realizadas visando construir com isso um instrumento que pudesse refletir a realidade e/ou as demandas bem como possibilitar uma gestão em saúde voltada para a realidade.

Destacamos ainda que, a demanda de serviços de saúde vem de diversos fatores determinantes relacionados às características biológicas e sociais e do modelo de prevenção e recuperação da saúde ofertada à população. Na capacidade instalada do Sistema Municipal de saúde de Pinheirinho do Vale, destacamos que as características da oferta de serviços de saúde, (local Atenção Primária à Saúde – Atenção Básica – e Atenção de Média e Alta Complexidade – a nível Regional através dos locais referenciados), vão gerar demandas, as chamadas demandas induzidas, e a insuficiência de oferta, conhecida como demandas reprimidas, estas últimas acontecem a nível de média e alta complexidades a nível de referências. Além disso, sabe-se que o aumento ou diminuição da demanda hospitalar relaciona-se com a forma de organização dos serviços de referência e contra referência.

No Sistema de Saúde de Pinheirinho do Vale existem duas unidades básicas de saúde (UBS) uma localizada na cidade (Centro Municipal de Saúde) e uma no distrito do Basílio da Gama, área rural (Unidade Básica de Saúde Basílio da Gama). Possuímos uma equipe multiprofissional de Estratégia da Saúde da Família e mais uma equipe em implantação, que atende a 100% da população (porém com cobertura até que seja implantada a segunda equipe, é de 70% no sistema, devido ao número populacional) tanto da Zona Rural quanto da Zona Urbana. Essa equipe desenvolve o trabalho multiprofissional com visitas domiciliares, saúde bucal individual e em grupo,

grupos de hipertensos e diabéticos, saúde do idoso, pré-natal, consultas médicas e de enfermagem, saúde do trabalhador, saúde da mulher e saúde do homem, serviços de fisioterapia, nutrição e psicologia e assistência ou atendimento psicossocial (NASF, NAAB, Oficinas Terapêuticas e o Projeto Ament), Academia de saúde, Programa Saúde na escola (PSE), Primeira Infância Melhor (PIM), Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e encaminhamentos para centros de referência para média e alta complexidades, encaminhamentos para exames laboratoriais, RX, tomografias, ecografias, ressonância magnética, ultrassonografia, entre outros.

Esse universo das UBSs recebeu no ano de 2020 em torno de 75 pessoas por dia para atendimento que somados aos atendimentos realizados durante o ano todo atingiu o expressivo número de 18.840 atendimentos.

A regulação da demanda será feita conforme as necessidades da população, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais, que congregam unidades de trabalho, responsáveis pela regulação das urgências e emergências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários, com igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais, em todos os seus níveis, para que haja racionalidade e justiça na distribuição dos recursos no município bem como na Região referenciada.

Na Região Macronorte do Estado, da qual o município de Pinheirinho do Vale faz parte, buscaremos a definição das estratégias a fim de que explicitem a responsabilização e o papel do município, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais da rede. Portanto, é imprescindível disciplinar o sistema de organização do cuidado à saúde, para que se atenda às necessidades. Partindo dessa visão, pretendemos desenvolver ações estratégicas que nos remetam às metas e indicadores que pretendemos atingir. Somos sabedores que diante da evolução da demanda na área da saúde e da grande oferta de novas tecnologias, os recursos financeiros sempre serão insuficientes, o que nos exigirá, que se estabeleçam as prioridades e as estratégias de investimentos, visando otimizar da melhor forma possível os nossos recursos, financeiros e humanos, e também nossos esforços. Usando como parâmetro as portarias ministeriais, as Portarias e Resoluções Estaduais, e o diagnóstico através do sistema de informações disponíveis e outros sistemas locais, conhecemos a necessidade da população para a maioria dos procedimentos.

Calculadas, estas necessidades servirão de base para regular os encaminhamentos de referência e contra referência, no sistema regional. Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e a ordenação dos devidos pagamentos, especialmente a autorização de internação e de procedimentos ambulatoriais nas atenções básica, média e alta complexidade e/ou alto custo, serão organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento dos serviços.

De acordo com a Constituição Federal que no artigo 5º garante (...) “a inviolabilidade do direito à vida” (...), a Missão da Secretaria Municipal da Saúde é DEFENDER A VIDA, atendendo as necessidades de saúde da população, através de um sistema de saúde humanizado, com responsabilização, acesso, vínculo, acolhimento, gestão participativa, trabalho em equipe multiprofissional de forma transdisciplinar e autonomia dos processos de trabalho. A saúde é um direito de cidadania e é dever, de todo gestor, garantir a execução de políticas públicas para atender as necessidades da população. A construção deste documento faz parte do cumprimento do nosso dever como gestor público.

1.2 -Primeira referência Histórica de Pinheirinho do Vale

Pinheirinho do Vale, no passado somente Pinheirinho, foi habitado por colonizadores italianos, alemães e açorianos na década de 30 do século passado e levou este nome por ter como referência um único pé de pinheiro araucária, que servia de guia para a travessia do Rio Uruguai, considerando que nessa região, essa espécie não é característica. Por volta de 1920 a colonização de Pinheirinho do Vale aumentou consideravelmente com a chegada de imigrantes europeus, alemães, italianos e portugueses. Esses colonizadores eram oriundos das chamadas colônias velhas dos municípios de Montenegro, Lajeado, Feliz, Santa Cruz, Venâncio Aires, Guaporé, Taquari, entre outros. Os europeus aqui chegaram em busca de terras produtivas na esperança de uma vida melhor. Nesse sentido, Pinheirinho, em 13 de maio de 1958, por lei municipal de Frederico Westphalen, foi transformado em distrito, e, com a emancipação de Palmitinho, passou a pertencer integralmente a este. Em 10 de novembro de 1991, através de plebiscito, a população decidiu transformar o então distrito em município. Através da lei estadual 9.586 de 20 de março de 1992, foi criado o município de Pinheirinho do Vale. Pinheirinho do Vale foi palco de uma das mais sangrentas batalhas da Coluna Prestes, ocorrida na tarde de 24 de janeiro de 1925, onde tombou o Tenente Mário Portela Fagundes e seus companheiros que estavam na retaguarda. No local há um monumento, onde estavam acampados os soldados no momento do combate comandados pelo Tenente Portela, como também há uma Trilha Ecológica de 806 metros, de acesso ao marco histórico, localizada às margens do Rio Pardo, partindo do Porto da Barca. Pinheirinho do Vale, um vale aberto para o desenvolvimento, terra de belezas naturais e de qualidade de vida.

1.3 -Localização

Pinheirinho do Vale é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul. Localiza-se a uma latitude 27°12'35" sul e a uma longitude 53°36'43" oeste, estando a uma altitude de 187 metros. Sua população estimada é de 4.900 habitantes. Possui uma área de 105,99 km². É um município que conta com as águas do rio Uruguai, e que faz divisa fluvial com o Estado de Santa Catarina, do Rio Guarita, que faz divisa com os municípios de Barra do Guarita e Vista Gaúcha e do Rio Pardo que faz divisa com Caiçara. Faz parte da Microrregião Frederico Westphalen. O município de Pinheirinho do Vale faz divisa ainda com Vista Alegre e com Palmitinho. Tem importante manancial hídrico formado pelos rios Uruguai (que serve de limite entre o município e o Estado com o Estado de Santa Catarina), Guarita e Pardo, proporcionando uma faixa de terras férteis favoráveis a produção agrícola. Pinheirinho do Vale faz parte da Rota das Águas e Pedras Preciosas e acolhe a todos de braços abertos e convida para conhecerem as festas tradicionais, degustar a culinária, conhecer o povo hospitaleiro, apreciar as belas paisagens e aventurar-se no enorme Rio Uruguai, com suas ilhas dormitórios de pássaros, corredeiras e ilhas de exuberante beleza, bem como trilhas ecológicas, cachoeiras.

1.4- Clima

O clima de Pinheirinho do Vale é de características subtropical com temperaturas distintas entre as diferentes estações do ano onde as mínimas durante o inverno atingem até os 0° (zero graus) nos dias de pico, que podem ocorrer nos meses de junho e julho, e no verão pode chegar aos 40° nos dias mais quentes nos meses de dezembro e janeiro.

1.5 - População

Pinheirinho do Vale é um município de pequeno porte entre os menos populosos da região do médio Alto Uruguai do Estado do Rio Grande do Sul. Durante a década de 80 muitas pessoas migraram para centros maiores, especialmente a Região da Grande Porto Alegre, em busca de trabalho e melhores condições de vida, indo residir, principalmente, nas regiões calçadistas. No entanto com o passar dos anos e o agravamento da crise calçadistas, atualmente muitas dessas famílias retornaram ao município ocasionando um considerável aumento populacional conforme dados demonstrados nas informações a seguir. Também tivemos nos últimos anos o ingresso de imigrantes venezuelanos que se estabeleceram principalmente no distrito do Basílio da Gama. Sua população é formada por descendentes de europeus (portugueses, italianos e alemães) além de uma parcela de descendentes de afro-brasileiros e outras origens, dentre elas a já mencionada origem venezuelana.

1.6 - Informações Territoriais

Município PINHEIRINHO DO VALE – RS

Área - 105,34 Km²

População - 4.871 Hab.

Densidade Populacional - 47 Hab/Km²

Região de Saúde - Região 15 - Caminho das Águas

Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)

Data da consulta: 12/01/2021

1.7. Secretaria de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE PINHEIRINHO DO VALE

Número CNES 2228084

e-mail smpinheirinhodovale@hotmail.com

Telefone (55) 3792-1110

RUA DUQUE DE CAXIAS 223 PREDIO

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Data da consulta: 12/01/2021

1.8. Informações da Gestão

Prefeito(a) : NELBO ALDAIR APPEL

Secretário(a) de Saúde em Exercício: ADRIANA SIRLEI MUELLER COSTA

E-mail secretário(a) adrianamcosta5@hotmail.com

Telefone do(a) secretário(a) (55) 3792-1203

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

Data da consulta: 12/01/2021

1.9. Fundo de Saúde

Instrumento de criação – LEI

Data de criação – 03/2010

CNPJ – 11.643.369/0001-39

Natureza Jurídica : FUNDO PUBLICO DA ADMINISTRACAO DIRETA MUNICIPAL

Gestor do Fundo Nome: NELBO ALDOIR APPEL

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

Data da consulta: 12/01/2021

1.10. Plano de Saúde

Período do Plano de Saúde : 2018 a 2021

Status do Plano : Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde

1.11. Informações sobre Regionalização

Região de Saúde: Região 15 - Caminho das Águas – 2ª CRS

1.12 - Conselho de Saúde

Instrumento de Criação : LEI

Data de Criação : 02/1996

Endereço : Rua do Comércio, 414, centro

CEP : 98435000

E-mail : cmspdovale@hotmail.com

Telefone : 55 3792 1110

Nome do Presidente : PEDRO GAZOLA

Número de conselheiros por segmento

Usuários 8

Governo 2

Trabalhadores 4

Prestadores de Serviços 2

Ano de referência: 2020

1.13 - Dados Demográficos e de Morbimortalidade

1.13.1. População estimada por sexo e faixa etária 2020

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	160	153	313
5 a 9 anos	157	151	308
10 a 14 anos	145	125	270
15 a 19 anos	157	153	310
20 a 29 anos	433	375	808

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
30 a 39 anos	437	365	802
40 a 49 anos	313	336	649
50 a 59 anos	285	271	556
60 a 69 anos	261	254	515
70 a 79 anos	118	137	255
80 anos e mais	44	69	113
Total	2510	2389	4899

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (DATASUS/Tabnet)

Data da consulta: 26/10/2021.

1.13.2. Nascidos Vivos

Número de nascidos vivos por residência da mãe.

Unidade Federação	2016	2017	2018	2019
Pinheirinho do Vale	52	52	42	44

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (MS/SVS/DASIS/SINASC)

Data da consulta: 26/10/2021.

1.13.3. Principais causas de internação

Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da CID-10.

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	63	50	43	74	58
II. Neoplasias (tumores)	38	29	43	28	44

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	4	3	4	4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	14	12	15	17	11
V. Transtornos mentais e comportamentais	18	26	29	26	21
VI. Doenças do sistema nervoso	16	20	16	22	14
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	3	-	4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	1	1	1	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	34	49	48	35	43
X. Doenças do aparelho respiratório	119	90	69	90	38
XI. Doenças do aparelho digestivo	57	70	48	39	43
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	12	5	7	5
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	11	10	14	7	19
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	29	43	30	43	14
XV. Gravidez parto e puerpério	15	23	17	28	30
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4	7	3	6	6
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5	4	3	3	3

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5	5	7	11	7
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	37	46	28	41	49
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	2	6	14	10
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-
Total	469	503	431	496	424

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Data da consulta: 18/03/2021.

Obs.: A atualização dos valores relativos ao último período ocorrem simultaneamente ao carregamento dos dados no Tabnet/DATASUS.

1.13.4. Mortalidade por grupos de causas

Mortalidade de residentes, segundo capítulo CID-10

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	-	-	2
II. Neoplasias (tumores)	9	3	8	2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	1	3	-
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	2	-	-
VI. Doenças do sistema nervoso	1	1	-	-

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	10	8	9	9
X. Doenças do aparelho respiratório	3	6	7	5
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	4	1	2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	2
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	-	-	-
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	1	-	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2	-	-	4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	2	-	3
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	-	-
Total	29	28	28	30

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET)
Data da consulta: 26/10/2021.

1.14 - Produção de Atenção Básica 2020

CADASTROS:> Domiciliar e territorial: novos 100; atualizações 3.908

> Individual; novos 514; atualizações 8.811

PRODUÇÃO: > Atendimento individual; total 19.797; identificados 19.760; não identificados 37

> Atendimento odontológico individual total 1.924; identificados 1.922; não identificados 02

> Atividades coletivas; total 63

> Procedimentos individualizados; total 18.840; identificados 18.816; não identificados 24

> Vacinação: total 1.749

> Visita domiciliar e territorial: total 17.520; identificados 17.253; não identificados 267

1.15 - Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS

1.15.1. Por tipo de estabelecimento e gestão

Período 12/2020

Rede física de estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimentos

Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadua l	Municipa l	Total
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	0	0	1	1
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E	0	0	2	2

Rede física de estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimentos

Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadua l	Municipa l	Total
TERAPIA (SADT ISOLADO)				
POSTO DE SAUDE	0	0	1	1
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	0	0	1	1
POLO ACADEMIA DA SAUDE	0	0	1	1
Total	0	0	6	6

Observação: Os dados apresentados referem-se ao número de estabelecimentos de saúde públicos ou prestadores de serviços ao SUS

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Data da consulta: 26/10/2021

1.15.2. Por natureza jurídica

Período 12/2020

Rede física de estabelecimentos de saúde por natureza jurídica

Natureza Jurídica	Municipal	Estadua l	Dupla	Total
ADMINISTRACAO PUBLICA				
MUNICIPIO	4	0	0	4
ENTIDADES EMPRESARIAIS				
EMPRESARIO (INDIVIDUAL)	1	0	0	1

Rede física de estabelecimentos de saúde por natureza jurídica				
Natureza Jurídica	Municipal	Estadua l	Dupla	Total
SOCIEDADE EMPRESARIAL LIMITADA	1	0	0	1
Total	6	0	0	6

Observação: Os dados apresentados referem-se ao número de estabelecimentos de saúde públicos ou prestadores de serviços ao SUS

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

1.16 - Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS

Período 26/10/2021

1.16.1 -Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação						
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiro	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOS ACS
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	2	1	12	11	7
	Intermediados por outra entidade (08)	0	0	0	0	0
	Autônomos (0209, 0210)	0	0	0	0	0
	Residentes e	0	0	0	0	0

	estagiários (05, 06)					
	Bolsistas (07)	1	0	0	0	0
	Informais (09)	0	0	0	0	0
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Intermediados por outra entidade (08)	0	0	0	0	0
	Celetistas (0105)	0	0	1	0	0
	Autônomos (0209, 0210)	1	0	1	0	0
	Residentes e estagiários (05, 06)	0	0	0	0	0
	Bolsistas (07)	0	0	0	0	0
	Informais (09)	0	0	0	0	0
	Servidores públicos cedidos para a iniciativa privada (10)	0	0	0	0	0

1.16.2 -Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão

Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiros	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOs ACS
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301,	1	0	0	0	3

	0104)					
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Contratos temporários e cargos em comissão (010302, 0104)	0	0	0	0	0

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Data da consulta: 26/10/2021.

1.16.3 - Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação					
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	2016	2017	2018	2019
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Autônomos (0209, 0210)	12	12	19	12
	Celetistas (0105)	0	0	3	12
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Bolsistas (07)	8	9	0	4
	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	326	278	326	390

1.16.4 - Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão					
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	2016	2017	2018	2019
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Contratos temporários e cargos em	54	116	130	104

	comissão (010301, 0104)				
--	-------------------------------	--	--	--	--

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

1.17. Indicadores de Pactuação Interfederativa

N	Indicador	Ti po	Meta ano 2020	Resultado Anual	% alcançada da meta	Unidade
1	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	U	2		250	Número
2	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	E	100,00	0	100	Percentual
3	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	U	95,00	96.15	101.21	Percentual
4	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	U	75,00	50	66.67	Percentual
5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	U	100,00	0	100	Percentual

6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	U	100,00	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="100"/>	Percentual
7	Número de Casos Autóctones de Malária	E	-			Número
8	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	U	0	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="100"/>	Número
9	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	U	0	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="100"/>	Número
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	U	85,00	<input type="text" value="75.26"/>	<input type="text" value="94.08"/>	Percentual
11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	U	0,20	<input type="text" value=".02"/>	<input type="text" value="10"/>	Razão
12	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	U	0,20	<input type="text" value=".29"/>	<input type="text" value="145"/>	Razão
13	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	U	46,00	<input type="text" value="17"/>	<input type="text" value="43.59"/>	Percentual
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	U	16,00	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="25"/>	Percentual

15	Taxa de mortalidade infantil	U	0	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="100"/>	Número
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	U	0	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="100"/>	Número
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	U	70,00	<input type="text" value="70.83"/>	<input type="text" value="101.19"/>	Percentual
18	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	U	80,00	<input type="text" value="57.85"/>	<input type="text" value="72.32"/>	Percentual
19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	U	70,00	<input type="text" value="70.83"/>	<input type="text" value="101.19"/>	Percentual
21	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	E	-			Percentual
22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	U	2	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	Número
23	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	U	100,00	<input type="text" value="100"/>	<input type="text" value="100"/>	Percentual

Fonte: DIGISUS Gestor - Módulo Planejamento (DIGISUSGMP) - Consulta Online
Data da consulta: 26/10/2020.

1.18 – Redes de Serviços de Saúde do Município

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, onde em consonância com o processo de planejamento são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critério e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

O Sistema de Programação Pactuada Integrada – SisPPI é uma ferramenta desenvolvida e mantida pelo Ministério da Saúde para registro dos dados de programação assistencial realizada pelos estados e municípios brasileiros, de acordo com a NOAS, propiciando um melhor acompanhamento por parte dos Gestores.

O Município de Pinheirinho do Vale, através da Secretaria Municipal de Saúde, desenvolve os seguintes serviços para cuidar da saúde da população: Atenção Básica: Atenção a Saúde da Criança e do Adolescente, Primeira Infância Melhor (PIM), Saúde Mental (NAAB/NASF, Oficinas Terapêuticas, Projeto Ament), Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Saúde de Pacientes Portadores de Doenças Crônicas, Saúde Bucal, Estratégia da Saúde da Família (ESF 1 e 2), Vigilância em Saúde ((Ambiental, Sanitária, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador), PSE (Programa Saúde na Escola), Programa de Alimentação e Nutrição, Rede Bem Cuidar –RS, Academia de Saúde, Serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia, e Massoterapia, Assistência Farmacêutica (Farmácia Básica e Programa Farmácia Cuidar +) e Atendimento Covid-19.

A Atenção Básica ou Atenção Primária da Saúde é prestada nas duas Unidades Básicas de Saúde - UBSs (Centro Municipal de Saúde da cidade e UBS do Basílio da Gama), que realizam, além de ações de promoção de saúde e prevenção, consultas médicas e de enfermagem (clínica geral, ginecologia/obstetrícia, pediatria), atendimento odontológico e atendimento básico (vacinas, curativos, coleta de material para exames, pequenas suturas e outros procedimentos)

A Atenção de Média Complexidade, Alta complexidade e Urgência e Emergência é realizado através do setor de agendamento que realiza os devidos encaminhamentos para os locais referenciados através do Sistema de Regulação e de acordo com as pactuações realizadas cumprindo o princípio da Regionalização.

1.19 – COVID- 19

1.19.1 - O que é COVID-2019?

É uma doença causada pelo novo tipo de Coronavírus identificado neste ano, que leva o nome de SARS-CoV-2. Ele pertence à família de vírus de mesmo nome que causa infecções respiratórias. O vírus tem esse nome porque seu formato, quando observado em microscópio, se assemelha a uma coroa.

1.19.2 - Histórico

Em 31 de dezembro de 2019, o escritório da Organização Mundial de Saúde na China foi informado sobre casos de pneumonia de causa desconhecida, detectada na cidade de Wuhan, na província de Hubei. Entre 31 de dezembro de 2019 e 3 de janeiro de 2020, um total de 44 pacientes foram notificados. Em 7 de janeiro as autoridades chinesas identificaram em exames laboratoriais que a causa era um novo tipo de Coronavirus.

Apesar da situação atual, o Coronavirus não é recente. Os primeiros Coronavirus humanos foram identificados em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como Coronavirus, em decorrência do seu formato, parecendo uma coroa.

A maioria das pessoas se infecta com os Coronavirus comuns ao longo da vida, sendo as crianças pequenas mais propensas a se infectarem. Os Coronavirus mais comuns e que já circulam no nosso ambiente são o alpha Coronavirus 229E e NL63 e beta Coronavirus OC43, HKU1. Eles geralmente causam sintomas leves a moderados nas vias respiratórias, semelhantes a uma gripe comum.

Outros tipos de vírus podem causar síndromes respiratórias graves, como a síndrome respiratória aguda grave que ficou conhecida pela sigla SARS (do inglês Severe Acute Respiratory Syndrome). Ela é causada por um tipo de Coronavirus (chamado de SARS-CoV) que teve os primeiros relatos na China em 2002. O vírus se disseminou rapidamente para mais de doze países na América do Norte, América do Sul, Europa e Ásia, infectando mais de 8 mil pessoas e causando cerca de 800 mortes, antes de ser controlada em 2003. Desde 2004, nenhum caso de SARS tem sido relatado mundialmente.

Em 2012, foi isolado outro novo Coronavirus inicialmente na Arábia Saudita e, posteriormente, em outros países do Oriente Médio, na Europa e na África. Pela localização dos casos, a doença passou a ser designada como síndrome respiratória do Oriente Médio, cuja sigla é MERS (Middle East Respiratory Syndrome) e o novo vírus nomeado Coronavirus de MERS-CoV.

1.19.3 - Perfil dos casos da doença no município

De acordo com os boletins emitidos pela Secretaria Municipal de Saúde, os primeiros casos da doença no município de Pinheirinho do Vale, foram registrados no mês de junho de 2020 e desde então até o momento foram registrados 425 casos confirmados o que representa 8,68% da população do município. Deste total de casos confirmados tivemos 8 óbitos representado 2%, enquanto que os recuperados somam 415 representando 98%.

Por outro lado não há um perfil específico dos infectados sendo que entre as infecções a maioria são adultos a partir dos dezoito anos, porem um grupo considerável está ligado a empresa JBS na qual uma boa parte da população do município trabalha. Já os óbitos são de pessoas acima de 50 anos e que possuíam algum tipo de comorbidade.

1.20 – Demandas apontadas pela última conferencia de saúde e pelas pesquisas através de distribuição de folder à população e pesquisa on-line.

A Conferencia de saúde é um espaço democrático de participação da sociedade, estabelecida pela lei n8142 de 1990, e que tem por objetivo analisar a situação da saúde no território apontando problemas, reivindicações e demandas da comunidade, além de estabelecer diretrizes para o Plano de Saúde, ou seja, quais as prioridades irão fazer parte mais adiante. Geralmente as deliberações da conferencia são deliberadas como reivindicações e demandas e que no Plano de Saúde irão constar como problemas, necessidades e intervenções programadas.

A partir desta lógica apresentamos primeiramente as deliberações da ultima Conferencia Municipal de Saúde, e que trouxe os seguintes apontamentos e deliberações:

- Fortalecer as equipes da ESF, do PIM e das Equipes multiprofissionais das Unidades de Saude do Município ;

- Fortalecer a Atenção Básica, Equipes da Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleo de apoio a Atenção Básica (NAAB), Primeira Infância Melhor (PIM) e Equipe Multiprofissional das UBS, com retaguarda na média e alta complexidade, estimulando a estruturação das UBSs do Município e garantindo a articulação entre os níveis de atenção, melhorando a comunicação/interação entre os serviços da rede de saúde.

- Ampliar o número de profissionais médicos e odontológicos e/ou ampliar os dias de atendimento nas Unidades de Saúde para atender a demanda com o aumento do número de consultas diárias e contratar um médico pediatra ;

- Promover educação em saúde através de palestras orientando a população sobre direitos e deveres do usuário bem como outros assuntos referentes a saúde .

- PROMOVER Formação continuada com toda a equipe de trabalhadores da saúde, qualificando-a para exigir mais qualidade no trabalho executado.

- Solicitar junto aos órgãos competentes ,aumento na cota de exames laboratoriais pelo SUS e mais tomografias, ressonâncias magnéticas, endoscopia e colonoscopia;

– Efetivar a Política da Pessoa com Deficiência garantindo o acesso, a prioridade, a sinalização adequada e o transporte adaptado, com profissionais de saúde capacitados para o atendimento e abordagem destes usuários, além de centros de referência em reabilitação física e psicomotora (adulto e infantil) em todos os níveis de complexidade;

– Ampliar e fortalecer a política de Assistência Farmacêutica, garantindo a disponibilidade dos medicamentos das listas padronizadas dos componentes básico, estratégico e especializado, com a transversalidade do Uso Racional dos Medicamentos;

- Implementar a Política municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, assegurando o respeito às escolhas das pessoas e às práticas e saberes em saúde das populações tradicionais, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde com implantação do horto medicinal Municipal;

- Garantir o acesso aos serviços da rede de saúde fora do território para as pessoas que tenham impedimentos devido a estigma, discriminação e preconceito.

– Que a assistência Integral da Saúde, do diagnóstico à atenção do agravo (doenças transmissíveis e não transmissíveis), ocorra em serviços de saúde, por profissionais habilitados e qualificados, para atender as demandas e necessidades dos(as) usuários(as) do SUS, respeitando as diferenças e especificidades destes.

– Efetivação dos princípios da descentralização e da regionalização da atenção à saúde de forma que garanta a universalidade e integralidade, nas ações de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade efetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde para todo o cidadão;

- Garantir acompanhamento psicoterapêutico (medico, psicólogo, nutricionista, enfermeiro, dentista, farmacêutico, assistente social fisioterapeuta,) com edição de cartilha para promover o uso racional de medicamentos;

QUADRO DEMONSTRATIVO COM O RESULTADO DA PESQUISA REALIZADA COM A POPULAÇÃO

QUESTÃO	%ÓTIMO	% BOM	%RUIM	%PÉSSIMO	% NÃO
----------------	---------------	--------------	--------------	-----------------	--------------

					OPINOU
RECEPÇÃO	52%	42%	2%	2%	2%
TRIAGEM	45%	51%	1%	2%	1%
CURATIVOS	44%	52%	2%	0%	2%
FARMACIA	55%	42%	3%	0%	0%
MEDICOS	59%	38%	3%	0%	0%
FISIOTERAPIA	43%	50%	2%	0%	5%
AGENDAMENTO	40%	45%	1%	4%	10%
SAUDE MENTAL	32%	56%	0%	3%	9%
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO	35%	53%	3%	1%	8%
SETOR ADMINISTRATIVO	48%	47%	1%	0%	4%
MEDICAMENTOS	49%	44%	3%	0%	4%
TRANSPORTE/ MOTORISTAS	55%	41%	1%	0%	3%
ESF/EQUIPE	43%	48%	3%	0%	6%
ESF/ACS	60%	33%	2%	2%	3%
AVALIAÇÃO GERAL DA SMS	53%	41%	1%	0%	5%
MÉDIA DAS AVALIAÇÕES	47.%	45%	2%	1%	5%

LEGENDA: ESF – Estratégia da Saúde da Família

ACS - Agentes Comunitárias de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

1.21 – Análise dos dados da situação da saúde no município

Panorama Demográfico e Características da População

A estimativa populacional do município para o ano de 2020, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 4.899 pessoas, representando 0,04% da população do Estado do Rio Grande do Sul. Desde o último Censo Demográfico, houve um aumento de 8,21% da população pinheirinhense, que era de 4.497 habitantes em 2010. Comparando-se o ano de 2010 com as projeções do IBGE para 2020, percebe-se diminuição da população na faixa etária dos 5 aos 29 anos e de 50 a 59 anos, conforme Dados demográfico e de morbimortalidade 1.13.1. Nas faixas etárias de 0 a 4 anos, de 30 a 49 anos e de a partir de 60 anos ocorre uma inversão, sendo que a população passa a crescer proporcionalmente. Destaque para as faixas etárias a partir dos 80 anos de idade, que apresentaram importante crescimento ao longo dos anos. Percebe-se ainda que nos últimos dois anos houve um crescimento no número de nascidos vivos conforme item 1.13.2.

Principais causas de internação

Com relação as principais causas de internação no item 1.13.3, percebe-se que o maior número de internações de 2014 a 2018 foi relacionado as doenças do aparelho respiratório 19,52%, seguida por Doenças do aparelho digestivo 12,21%, Algumas doenças infecciosas e parasitárias 11,82%, Doenças do aparelho circulatório 9,27%, Lesões eventuais e alguma outra consequência por causas externas 8,55%, Neoplasias (tumores) 7,83%, Doenças do aparelho geniturinário 7,57%, Transtornos mentais e comportamentais 4,42%, gravidez parto e puerpério 4,13%, Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas 3,53%, Doenças do sistema nervoso 2,98%, Doenças da pele e do tecido subcutâneo 2,55%, as demais doenças somadas representam 5,68% das internações no período mencionado.

Mortalidade por grupo de causa

Quando olhamos para os dados que nos mostram as causas de mortalidade por grupos de causas (**item 1.13.4**), os mesmos indicam que de 2014 a 2017 as principais causas de morte foram em primeiro lugar doenças do aparelho circulatório com 32,74%, seguida de neoplasias (tumores) com 19,47%, doenças do aparelho respiratório com 17,70%, causas externas com 7,96%, doenças do aparelho digestivo 4,42%, lesões envenenamentos e alguma outra consequência por causas externas 3,54%, doenças endócrinas nutricionais e metabólicas 3,54%.

Com relação ao questionário distribuído a população em geral para avaliar a situação da Saúde no município, no qual foram elencados quinze setores da saúde: Recepção, Triagem, Sala de curativos, Farmácia, Atendimento médico, Atendimento de Fisioterapia, Agendamento, Saúde

Mental, Serviços de Nutrição, Setor administrativo, Medicamentos, Transporte/Motoristas, ESF/Equipe, ESF/Agentes Comunitárias de Saúde, Avaliação Geral da Secretaria de Saúde e dos Serviços Prestados, os resultados foram os seguintes: 47,65% avaliaram com ótimo, 40,89% avaliaram como bom, 1,17% avaliaram como ruim, 0,66% avaliaram como péssimo e 9,63% não opinaram.

Com relação a pesquisa realizada para avaliação da situação de saúde no município 47,65% dos usuários avaliaram como ótima, 40,89% consideram boa, 1,17% classificaram como ruim, 0,66% disseram ser péssima e 9,63% não opinaram por não utilizarem ou por terem outro convenio de Saúde.

Nesta perspectiva, descrevemos a seguir os programas com diretrizes, objetivos, metas e indicadores a serem alcançados.

CAPITULO II – DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, INDICADORES

OBJETIVOS DO PLANO MUNICIPAL DE SAUDE

DIRETRIZ - 1 - Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da universalidade, integralidade, equidade e humanização, buscando a melhoria das condições de vida das pessoas nas diversidades ambientais, sociais e sanitárias do município, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudável.

DIRETRIZ -2 – Proteger a saúde da população municipal e transeunte, durante a pandemia da COVID-19, bem como contribuir de forma mais ampla, com a saúde da comunidade, em relação a transmissão e disseminação do vírus, com medidas de prevenção, proteção, detecção e resposta rápida aos casos de contaminação.

- Objetivo Geral

- Promover a inclusão social de toda a população do município, através da implementação de ações e serviços de saúde de qualidade, nas áreas da atenção básica e encaminhamentos às devidas áreas especializadas referenciadas, bem como disponibilizar profissionais qualificados para os devidos atendimentos, sem discriminação de qualquer natureza, respeitando as normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos habitantes do município.

Objetivos Específicos

- Disponibilizar atendimento de qualidade aos usuários do SUS com profissionais qualificados em todas as áreas, na atenção básica, nas unidades de saúde locais com consultas atendimentos e procedimentos médicos e de Enfermagem, atendimentos ambulatoriais, consultas e procedimentos odontológicos, serviços de fisioterapia, Fonoaudiologia, nutrição, psicologia e assistência social.
- Encaminhar e transportar pacientes à todas as especialidades referenciadas para o município, para realização de consultas, internações, procedimentos médicos e exames de todas as naturezas.
- Disponibilizar através da Farmácia básica do Centro Municipal de Saúde e da UBS do Basílio da Gama , medicamentos básicos e de uso contínuo a toda a população.

- Orientar as famílias, a partir de suas culturas e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de seus filhos de 0 a 6 anos, com ênfase no período de 0 a 3 anos através do PIM (Programa Primeira Infância Melhor).
- Desenvolver atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde do escolar, visando uma melhoria na qualidade de vida, estimulando o estudante quanto ao desenvolvimento de suas potencialidades e dos recursos individuais que envolvem aspectos de criatividade, produção, iniciativa, relacionamentos, conhecimentos, auto-estima e exercício da cidadania, através do Programa Saúde na Escola (PSE)
- Realizar visitas domiciliares através das Equipes da ESF (médico, enfermeira, técnica de enfermagem, Agentes Comunitárias de Saúde, Dentista e ASB, Profissionais do Atendimento Psicossocial, ...) para levantamento de dados, orientações, consultas, encaminhamentos e procedimentos de prevenção, proteção e recuperação da saúde de toda a população do município.
- Proporcionar à população, espaço físico adequado para o atendimento da saúde, com realização de reparos, reformas e ampliação do Centro Municipal de Saúde e do Posto de Saúde do Basílio da Gama e aquisição de equipamentos para o bom funcionamento dos mesmos.
- Manter a frota de veículos em perfeito estado de conservação, com manutenção e aquisição de veículos novos, proporcionando conforto e segurança no transporte de pacientes para outros centros de tratamento quando necessário.
- Manter o Quadro de Funcionários e Profissionais da Saúde atualizado e compatível com a demanda necessária.
- Disponibilizar aos profissionais e funcionários da secretaria da Saúde, a participação em Cursos de Formação cumprindo o princípio de formação continuada estabelecido pelas normas do SUS.

2.1 – Atenção Básica

A Atenção básica, principal responsabilidade do município de Pinheirinho do Vale, caracteriza-se por um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e reabilitação de pacientes, consolidando as diretrizes do SUS: equidade, universalidade e integralidade da atenção. Tem como eixos prioritários: a atenção a saúde da criança e do adolescente, a Primeira infância melhor (PIM), a Saúde Mental (NAAB/NASF, oficinas Terapêuticas, Projeto Ament), a Saúde da mulher, a Saúde do Homem, a Saúde do idoso, a saúde de pacientes portadores de doenças crônicas, a Saúde Bucal,

Estratégia da Saúde da Família (ESF), a Vigilância em Saúde ((Ambiental, sanitária, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador) o PSE (Programa Saúde na Escola), o programa de Alimentação e Nutrição, e a academia de saúde .

A Atenção básica é prestada pelas Unidades Básicas de Saúde - UBSs (Centro Municipal de Saúde da cidade e UBS do Basílio da Gama), que realizam, além de ações de promoção de saúde e prevenção, consultas médicas e de enfermagem (clínica geral, ginecologia/obstetrícia, pediatria), atendimento odontológico e atendimento básico (vacinas, curativos, coleta de material para exames, pequenas suturas e outros procedimentos).

Abaixo metas gerais focadas na saúde preventiva:

- Programa de atendimento às crianças, adolescentes, portadores de necessidades especiais, gestantes e a pessoa idosa;
- Desenvolver ou melhorar programas de atenção ao idoso, álcool e outras drogas, e de orientação para evitar a gravidez precoce;
- Permanecer e fortalecer o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, o qual vem sendo articulado pelo Ministério da Saúde por meio do INCA;
- Ampliar ações em relação à Saúde da Pessoa Idosa, através de capacitações para os cuidadores, grupos e visitas domiciliares;
- Programa de Saúde da Mulher, Medicina Alternativa, Campanhas de Vacinação;
- Promover ações que contribuam significativamente para a saúde masculina, através das Políticas Nacional e Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Programa Saúde do Trabalhador, Vigilância de Qualidade da Água, Sanitária e Epidemiológica, em parceria com o Estado e o Governo Federal;
- Valorizar o Programa Estratégia Saúde da Família – ESF e Agentes Comunitários da Saúde – ACS, Primeira Infância Melhor – PIM, e outros programas em parceria com o Governo Estadual e Federal;
- Manter o PROVAB –Programa Mais Médicos, do Ministério da Saúde do Governo Federal, objetivando o atendimento da Estratégia da Saúde da Família;
- Dar especial atenção ao PIM, Programa Primeira Infância Melhor para aprimorar o atendimento às crianças dessa faixa etária, pela importância desse atendimento, que são atividades preliminares da escolaridade;

- Valorizar o Núcleo de Apoio à Atenção Básica - NAAB e Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, os quais vêm articulando o trabalho em rede de saúde e linha de cuidado, com vistas à atenção básica como ordenadora do sistema com ênfase na saúde mental;
- Aumentar as comunidades atendidas pelas Oficinas Terapêuticas, fortalecendo as ações de promoção de saúde na atenção básica;
- Ampliar e ofertar mais atividades físicas para a população, através do Programa Academia de Saúde, contribuindo para a produção do cuidado e de modos de vida mais saudáveis;
- Incentivar cursos e aperfeiçoamento dos profissionais da área da saúde, aprimorando conhecimentos para melhor desenvolver as ações em saúde;
- Visita domiciliar, para pacientes que necessitam e com dificuldades de deslocar-se até os postos de saúde ou hospital;
- Qualificar o acolhimento e atendimento aos que necessitam, buscando melhorias;
- Viabilizar a ampliação de profissionais na área da saúde.
- Implementar O Programa Estadual Rede Bem Cuidar

2.2 – REDE BEM CUIDAR

A Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS) é um dos componentes do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS). O objetivo do projeto é incentivar a melhoria e o fortalecimento dos serviços de Atenção Primária à Saúde oferecidos à população, consolidando seus atributos. Trata-se de uma proposta de colaboração entre as gestões estadual e municipal, os trabalhadores da saúde e a população.

Entre os inúmeros desafios vividos pela APS estão o atendimento às situações agudas e crônicas e a crescente demanda de idosos, em virtude da transição demográfica e do envelhecimento da população. Além disso, a pandemia tem exigido muito dos profissionais, inclusive na reabilitação dos pacientes pós-Covid-19. É fundamental, portanto, que as equipes consigam repensar as necessidades de seu território e construir estratégias frente a essas demandas. Assim, desenvolver ferramentas para qualificar o planejamento de forma ascendente, democrática e engajada pelos diferentes atores (gestão, trabalhadores e usuários), com uso da abordagem do design thinking, será o diferencial para os municípios que aderirem à RBC/RS.

2.2.1- Objetivos da Rede Bem Cuidar

- Fomentar as relações de confiança, compromisso e vínculo entre usuários, trabalhadores e gestores, condição fundamental para concretizar os princípios da integralidade e equidade em saúde. Construir estratégias para o enfrentamento dos novos desafios impostos pela pandemia de Covid-19, a partir das demandas do território vivenciadas pelos usuários.

- Estimular a construção de ambientes favoráveis à promoção do cuidado humanizado.

- Mapear e estabelecer conexões de valor na comunidade, no município e na região, para a incubação de inovação e tecnologia, a partir das demandas identificadas. Induzir a melhoria das práticas de saúde e o cuidado para o envelhecimento saudável, impactando na melhoria da qualidade de vida da população gaúcha em todas as idades

- Construir estratégias para o enfrentamento dos novos desafios impostos pela pandemia de Covid-19, a partir das demandas do território vivenciadas pelos usuários.

- Elaborar de forma ascendente ações que priorizem o compartilhamento de saberes, a valorização das singularidades de cada território, a participação social na análise e tomada de decisões e o fortalecimento da participação social.

2.2 .2 – Como funciona a Rede Bem Cuidar

A RBC/RS é composta por adesão e ciclos de desenvolvimento e monitoramento. Os ciclos são elementos que estruturam o funcionamento da Rede. ADESÃO , MONITORAMENTO, DESENVOLVIMENTO

2.2 .2.1 - Adesão

O município fez a adesão de acordo com os critérios estabelecidos pelo [Decreto nº 56.062, de 29 de agosto de 2021](#), com a indicação de uma equipe de Saúde da Família, que integra a RBC/RS, ou seja, além da equipe mínima composta pela equipe da ESF com saúde bucal também fazem parte da Rede 60 horas de outros profissionais, sendo 10 horas nutricionista, 20 horas Fisioterapeuta, e 30 horas Psicóloga.

2.2 .2.2 - Gestão e Processo de Trabalho

Estimular o diagnóstico do território e qualificar os processos de acolhimento a partir de

diretrizes clínicas, protocolos e plano terapêutico singular, entre outros. Criar uma rotina de registro, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, que devem ser debatidas sistematicamente e, se necessário, reformuladas. Para além de atividades assistenciais que busquem promover saúde e bem-estar, mapear na comunidade e no município potenciais iniciativas intersetoriais que promovam saúde nos seus mais variados aspectos.

2.2 .2.3 Desenvolvimento

A cada ciclo, a equipe RBC/RS desenvolverá um conjunto de ações previstas para qualificação dos processos de trabalho e de assistência em saúde ofertada à população. As ações estão organizadas em quatro eixos estratégicos transversais.

2.2 .2.4 Promoção e Educação em Saúde

Apoia-se no conceito de aprendizagem significativa, interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos envolvidos, embasada na produção de conhecimentos que respondam a perguntas pertencentes ao universo de experiências e vivências de quem aprende.

2.2.2.5 Comunicação em saúde e ambiência

Estimular a organização de espaços agradáveis para o trabalho dos profissionais de saúde e acolhedores para os usuários, bem como potencializar as formas de comunicação através de ferramentas tecnológicas.

2.2 .2.6 Participação Social

Incentivar a criação e/ou o fortalecimento de espaços de organização da comunidade, em conjunto com as equipes de saúde, para identificar as reais necessidades de oferta de serviços de saúde locais.

2.2 .2.7 - Monitoramento

A cada seis meses, haverá o monitoramento das ações do ciclo em desenvolvimento e do atendimento aos critérios de adesão.

2.2.2.8 – Resultados esperados

- Serviços de APS mais sensíveis às características específicas de cada território, com perspectiva de serem mais acolhedores e resolutivos.

- Estratégias de educação em saúde contínuas.
- Qualificação da atenção em saúde para o envelhecimento saudável e certificação dos serviços de saúde, como Unidades Amigas do Idoso.
- Práticas de educação permanente em saúde fortalecidas.
- Os atributos da APS fortalecidos para proporcionar a melhoria das condições de saúde da população.

2.2.2.9 – 1º Ciclo de desenvolvimento e monitoramento

O 1o Ciclo de Desenvolvimento e Monitoramento da Rede Bem Cuidar RS será dedicado a ações de qualificação da assistência às pessoas idosas. Os demais ciclos seguirão de acordo com o estabelecido pela Secretaria Estadual da saúde e que ocorrerão a cada seis meses enquanto acontecer o Programa.

GESTÃO E PROCESSO DE TRABALHO		
OBJETIVO	AÇÃO	META
Conhecer a população sob responsabilidade	Cadastrar a população adstrita no SISAB	Mínimo de 70% da população cadastrada e envio de relatório e-SUS por faixa etária
Discutir e qualificar fluxos, processos de trabalho e cuidado	Realizar e registrar reuniões de equipe regulares	Mínimo de 12 reuniões em 6 meses registradas no e-SUS
Estratificar risco para qualificação do cuidado de cada usuário conforme necessidade	Implementar avaliação multidimensional do idoso	Mínimo de 10% de registro do procedimento “03.01.09.0033 – Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa” no e-SUS
Fortalecer as redes intersetoriais do território para o cuidado	Articular o cuidado e proteção à pessoa idosa de forma intersetorial	Identificação ou definição, em conjunto com a assistência social, dos fluxos relativos à rede de proteção à pessoa idosa e estabelecer registro

		compartilhado
Qualificar a assistência farmacêutica	Qualificar a assistência farmacêutica às pessoas idosas do território	Vinculação de um profissional farmacêutico para a avaliação da farmacoterapia de pessoas idosas no território
Avaliar as necessidades de atendimento domiciliar	Identificar os idosos acamados e domiciliados do território	Realização de levantamento da demanda de acamados e domiciliados no território
Qualificar e ampliar o acesso aos serviços da UBS através do acolhimento na APS	Qualificar o acolhimento à pessoa idosa	Organização do acolhimento dos usuários, reforçando o cuidado prioritário à população de idosos com 80 anos ou mais

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO DA SAÚDE

OBJETIVO	AÇÃO	META
Induzir processos de cocriação entre a comunidade, a equipe e a gestão municipal	Formar o gestor municipal do projeto na abordagem design thinking	Certificado de conclusão do curso EaD disponibilizado pela SES/RS
Estabelecer carga horária protegida para ações de educação continuada	Garantir carga horária protegida e equipamentos para a capacitação dos profissionais de saúde que compõem a equipe Bem Cuidar	100% de participação dos profissionais de saúde da equipe indicados para os cursos EaD
Fortalecer a educação em saúde junto à população	Traçar estratégias que fortaleçam a educação em saúde para idosos e seus	Disponibilização de materiais informativos e educacionais em

	cuidadores	saúde ou outros
--	------------	-----------------

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E AMBIÊNCIA

OBJETIVO	AÇÃO	META
Qualificar a ambiência da UBS para maior segurança e acessibilidade da população	Avaliar o espaço físico da UBS em conjunto com a comunidade e equipe de saúde	Identificação das necessidades de adequação e construção de plano de melhoria da ambiência da UBS
Qualificar a comunicação entre a equipe de saúde e a população adstrita	Estabelecer e/ou fortalecer canais de comunicação eficientes e acessíveis que evitem o deslocamento desnecessário das pessoas até a UBS e que potencializem a divulgação de informações relevantes sobre a UBS	Implementação ou qualificação de estratégias para agendamento, monitoramento e divulgação de informações para a comunidade através de contato telefônico, WhatsApp, e-mail, uso de redes sociais, entre outros
Facilitar a identificação dos profissionais que trabalham na UBS	Instituir, em conjunto com a equipe, forma visual de identificação dos profissionais que atuam na UBS, com nome e profissão, para que seja utilizada em período integral	Todos os profissionais devidamente identificados
Qualificar a organização do espaço físico da UBS	Realizar discussões coletivas com equipe e comunidade sobre intervenções necessárias para melhorar a sinalização da unidade	Ambientes da UBS sinalizados

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

OBJETIVO	AÇÃO	META
Fortalecer espaços de construção conjunta com a população	Construção de uma agenda permanente de discussão sobre a Atenção Primária à Saúde no território, a promoção da saúde e qualidade de vida e o envelhecimento saudável	Realização de reuniões comunitárias ou criação/fortalecimento do Conselho Local de Saúde

2.2.2.10 - Identidade visual

Para fortalecer o conceito de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) diferenciada, foram desenvolvidas logomarcas e uma identidade visual da Rede Bem Cuidar RS. Foram criadas artes para inúmeras peças que foram produzidas pelo gestor municipal (incluindo a logomarca do município) para que o Programa seja reconhecido e lembrado pela população, identificando os diferenciais da UBS do Centro Municipal de Saúde da Cidade, onde o Programa está vinculado. Os materiais de identificação tanto da unidade quanto da Equipe faz parte dos critérios de adesão e foram enviados em arquivo pela Secretaria estadual de Saúde

Esses materiais de identificação são: PLACA, BÓTON, FOLHA TIMBRADA, PASTA, CERTIFICADO, JALECO E JAQUETA.

2.3- ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

A redução da mortalidade infantil é um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade. Apesar do declínio observado, esta redução está aquém do desejado. No município de Pinheirinho do Vale, percebe-se uma estagnação na mortalidade infantil nos últimos anos, principalmente no componente neonatal.

A promoção e recuperação da saúde infantil são prioridades assumidas por este governo, baseados nos princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente e no SUS, como o direito de acesso aos serviços de saúde, da integralidade do indivíduo e da assistência que

garantam a resolubilidade e promovam a equidade, integrando a esse processo, Visitadores do PIM, Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde. Além disso também serão acionados serviços de atenção especializada, urgência e emergência, ações complementares de assistência Farmacêutica e Diagnóstica, atenção hospitalar e ações que envolvam a criança e a família Através do Primeira Infância Melhor e o programa saúde na escola (PSE) e o Projeto Olhar Brasil que serão detalhados logo a seguir.

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que , para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de promover qualidade de vida para a criança e o adolescente , para que estes possam crescer e se desenvolver integralmente.

2.3.1- Diretrizes operacionais – Ações a serem realizadas:

- Promoção do crescimento e desenvolvimento saudável;
- Atenção integral e integrada a saúde da criança e do adolescente;
- Realização de teste do pezinho;
- Manutenção da carteira de vacina da criança em dia;
- Acompanhamento e visitas domiciliares da equipe da ESF e do PIM.
- Visitas e palestras com orientações e levantamento de dados nas escolas e creches.
- Realização de campanhas de imunização com alcance de 100% das metas propostas
- Estímulo as ações trans-setoriais visando a integralidade da atenção entre saúde e educação;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde na área de saúde da criança e do adolescente;
- Avaliação e acompanhamento sistemático de resultados alcançados;

2.4- PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

2.4.1- Objetivo Geral

Desenvolver atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde do escolar,

visando uma melhoria na qualidade de vida, estimulando o estudante quanto ao desenvolvimento de suas potencialidades e dos recursos individuais que envolvem aspectos de criatividade, produção, iniciativa relacionamentos, conhecimentos, auto-estima e exercício da cidadania.

2.4.2- Objetivos específicos

- Desenvolver atividades de promoção e prevenção da saúde física, mental e social.
- Realizar atividades de assistência em saúde à clientela da rede pública de ensino do município.
- Assessorar as escolas e os profissionais da educação em relação a temas que envolvam a saúde.
- Integrar a comunidade escolar através de atividades de promoção, prevenção e proteção à saúde.
- Estabelecer parcerias com instituições da comunidade visando a criação de rede de atenção à saúde da criança e do adolescente.

O Programa de Saúde do Escolar destaca-se neste contexto como prioritário no acompanhamento da criança e do adolescente. A escola é o espaço cotidiano de estabelecimento de vínculos e de construção de conhecimento, de construção da cidadania e da aquisição de hábitos e atitudes saudáveis. No momento em que a escola, a família e a comunidade vão trabalhar para implantar hábitos de saúde, se processa o contrato EDUCAÇÃO e SAÚDE, que terá caráter interdisciplinar na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Deste modo, o trabalho junto à comunidade escolar, caracteriza-se como o conjunto articulado de ações de promoção, proteção e assistência à saúde, referenciado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assim como na Lei nº8080/90, que garante acesso ao serviço de saúde à luz das políticas sociais básicas, de educação e de saúde.

O Programa de Saúde do Escolar é dirigido, prioritariamente, a crianças e adolescente da educação infantil ao 3º Ano do Ensino Médio . Desenvolveremos ações preventivas nas diversas áreas da saúde, desde o espaço da escola e as crianças com necessidade de atendimento especializado nas áreas médica, nutricional, psicológica, oftalmológica, de Fonoaudiologia, de fisioterapia e pedagógica.

Estabeleceremos proposta de parceria entre as secretarias Municipais de Saúde e

Educação e a coordenadoria Regional de Saúde e Educação, a Secretaria estadual de saúde e Educação e os Ministérios de Saúde e educação, com o objetivo de estruturar um serviço único de Saúde Escolar (Município e Estado) que possibilite atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em idade escolar, a partir da escola, e com ações articuladas à rede básica de saúde.

O Programa será estruturado para atender todo o território de abrangência do Município atingindo a todas as crianças das faixas etárias acima descritas, tanto da Rede Municipal quanto da Rede Estadual de Ensino em conformidade com o Programa Nacional de Saúde na Escola (PSE).

2.4.3 Ações do Programa Saúde na Escola

Considerando o espaço escolar privilegiado para ações preventivas e formação de hábitos e atitudes de vida, serão desenvolvidas, nas escolas públicas, atividades como:

- controle de cárie dentária;(saúde bucal)
- aplicação de flúor;
- orientação de escovação
- avaliação nutricional,
- orientação da merenda escolar,
- controle da qualidade da água e dos alimentos,
- educação alimentar (nutrição),
- acuidade visual e auditiva,
- controle da pediculose e escabiose,
- prevenção de doenças infecto contagiosas (medicina),
- prevenção de gestação na adolescência,
- DST/AIDS, uso de drogas,
- problemas de aprendizagem,
- acessória a professores,
- violência doméstica,

- orientação familiar (psicologia),
- visitas domiciliares,
- encaminhamentos,
- contato com outras instituições (serviço social).

O Programa de Saúde na Escola , estabelecerá seu fluxo a partir da demanda oriunda das escolas públicas do município e da própria rede de saúde, do conselho tutelar, organização não governamental e outras instituições afins, assim como desenvolverá uma relação de parceira com estas instituições. As atividades preventivas desenvolver-se-ão nas escolas e a assistência médica dar-se-á nas unidades básicas de saúde (Centro Municipal de Saúde da Cidade e Unidade Básica de Saúde do Basílio da Gama).

2.4.4 Atividades realizadas nas escolas

- Atividade de prevenção (realizadas nas escolas) palestras, orientações, distribuição de materiais educativos e informativos,...
- Avaliação antropométrica;
- Avaliação da saúde bucal;
- Verificação da situação vacinal;
- Controle da acuidade visual;
- Encaminhamentos ao oftalmologista;
- Avaliação nutricional;
- Controle dos desvios nutricionais;
- Educação alimentar;
- Supervisão do serviço da merenda escolar;
- DST/AIDS;
- Contracepção na adolescência;
- Prevenção ao uso de álcool, drogas e controle do tabagismo;
- Prevenção a violência escolar, doméstica e geral;

- Prevenção a cárie e a doenças periodontais;
- Assistência odontológica assessoria a professores e escolas;
- Avaliação e acompanhamento psicológico;
- Formação e apresentação de grupos, palestras e oficinas;
- Orientação aos familiares de alunos;
- Orientação vocacional;
- Assistência médica e odontológica (NAS UBSs);
- Controle da escabiose e pediculose;

As ações previstas neste Plano serão desenvolvidas de forma integrada com os demais programas da Secretaria Municipal de Saúde estão dirigidas a alunos, pais, professores, familiares e comunidade em geral.

2.5- PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR – PIM

ESTRUTURA, FUNCIONAMENTO, METODOLOGIA DE ATENDIMENTO E ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

A presente nota técnica tem como objetivo orientar sobre aspectos do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) tais como objetivo, público prioritário para atenção, eixos de atuação, atribuições das equipes técnicas e metodologia de atendimento às famílias.

1. O PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

O PIM é uma política pública intersetorial de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, cujo objetivo é apoiar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, na promoção do desenvolvimento integral das crianças, desde a gestação até os seis anos de idade. Tem como eixos de atuação:

I) a vigilância e a promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, considerando as dimensões física, intelectual, social, emocional e de linguagem;

II) o fortalecimento da interação parental positiva, considerando o interesse superior da criança e as competências, o vínculo e o protagonismo familiar;

III) a articulação em rede, prioritariamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, da Proteção Social Básica e da Educação, considerando ainda as redes comunitárias. Atua ainda na promoção de ações de comunicação e defesa pela atenção à primeira infância, sensibilizando a sociedade e o poder público para a importância do investimento nos primeiros anos de vida. Tem como resultados a promoção do desenvolvimento integral infantil, da parentalidade positiva e do acesso à direitos. Suas ações impactam na melhoria das condições de saúde, educação e desenvolvimento social, incidindo sobre a transmissão intergeracional das desigualdades. Dentre elas a promoção dos direitos na primeira infância; o fortalecimento da parentalidade positiva e da prontidão para aprendizagem; a ampliação de anos de estudo, a redução da morbimortalidade materno-infantil, das violências, das desigualdades e a ruptura dos ciclos de pobreza.

2. PÚBLICO-ALVO

O público-alvo para atendimento do PIM são famílias com gestantes e/ou com crianças menores de seis anos de idade, sendo prioritário o atendimento às famílias:

I) em situação de vulnerabilidade

II) com gestantes

III) com crianças menores de 3 anos de idade.

Compreende-se por famílias em situação de vulnerabilidade aquelas que estão expostas a diferentes fatores sociais, culturais, individuais, históricos e econômicos, que incidem de forma desigual sobre o desenvolvimento integral infantil. O conceito de vulnerabilidade adotado pelo programa estrutura aspectos da gestão e da metodologia de atendimento, favorecendo intervenções na realidade social que buscam minimizar iniquidades sociais e em saúde.

3. ESTRUTURA E ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES TÉCNICAS

A estrutura técnica do PIM é composta pela equipe estadual, representada pelo Grupo Técnico Estadual, e pelas equipes municipais representadas pelo Grupo Técnico Municipal, monitores/supervisores e visitantes:

a) Grupo Técnico Municipal (GTM)

O GTM é o responsável pela implantação e implementação do PIM no município e deverá ser composto por, no mínimo:

- I. um (01) técnico da Secretaria Municipal de Educação,
- II. um (01) técnico da Secretaria Municipal de Saúde e
- III. um (01) técnico da Secretaria Municipal de Assistência Social.

Outras secretarias municipais também poderão indicar representantes para compor o GTM. Cada representante do GTM deverá ter assegurada carga horária semanal mínima de 10 (dez) horas. Um representante do GTM poderá, ainda, ter sua carga horária ampliada para desempenhar a função de Coordenador.

A escolaridade mínima exigida é o ensino superior completo nas áreas afins (Saúde, Educação, Serviço Social e Ciências Sociais), acrescido de formação inicial realizada pelo Grupo Técnico Estadual, com duração mínima de 24 horas.

São atribuições do GTM:

- Coordenar, monitorar e avaliar as ações do PIM no município;
- Estabelecer e monitorar as metas e indicadores do PIM;
- Inserir o PIM nos instrumentos de gestão do município;
- Realizar gestão orçamentária e financeira do programa no município;
- Promover a seleção e contratação da equipe (monitores, visitantes e digitadores, se houver);
- Realizar a gestão dos processos de trabalho da equipe, zelando pelo cumprimento das atribuições de cada integrante;
- Planejar e executar a formação inicial de monitores/supervisores e visitantes;
- Planejar os processos de educação permanente e continuada da equipe;
- Articular em rede, visando a integração do PIM junto aos demais serviços e a integralidade do cuidado ofertado às famílias;
- Identificar e mapear territórios para atendimento do programa;
- Fortalecer a agenda da primeira infância no município, por meio da articulação

de ações junto ao governo, controle social, movimentos sociais, terceiro setor, dentre outros atores;

- Mobilizar, articular e compor a rede municipal pela primeira infância;
- Mobilizar, compor a construção e atuar na implantação do Plano Municipal pela Primeira Infância;
- Promover o intercâmbio de experiências para disseminar tecnologias, conhecimentos e boas práticas na atenção à primeira infância.

b) Monitor/Supervisor

O monitor/supervisor do PIM é o profissional responsável pela supervisão do trabalho dos visitantes, e a interlocução deles com o GTM e a rede de serviços. Deve apoiar o trabalho dos visitantes, acompanhando, orientando e monitorando suas atividades. A escolaridade mínima exigida para o cargo é o ensino superior completo ou em curso nas áreas afins ao programa (Saúde, Educação, Serviço Social e Ciências Sociais), acrescido de formação inicial realizada pelo GTM, com duração mínima de 32 horas. A carga horária semanal de trabalho do monitor/supervisor varia de acordo com o número de visitantes supervisionados, conforme apresentado a seguir:

- I. Monitor/Supervisor, cuja carga horária dedicada ao PIM seja 40h semanais, poderá acompanhar até 15 visitantes;
- II. Monitor/Supervisor, cuja carga horária dedicada ao PIM seja 30h semanais, poderá acompanhar até 12 visitantes;
- III. Monitor/Supervisor, cuja carga horária dedicada ao PIM seja 20h semanais, poderá acompanhar até 08 visitantes;
- IV. Monitor/Supervisor, cuja carga horária dedicada ao PIM seja 10h semanais, poderá acompanhar até 04 visitantes.

Membros do GTM poderão acumular a função de monitor/supervisor, desde que possuam carga horária compatível às funções e informado no SisPIM.

São atribuições do monitor/supervisor:

- Apoiar no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelos visitantes sob sua responsabilidade;
- Monitorar e avaliar os resultados da atenção do PIM junto às famílias;

- Planejar e realizar formação inicial, educação permanente e continuada de visitantes;
- Apoiar a construção e supervisionar os planos singulares de atendimento e os planos de visita e atividades em grupo;
- Apoiar o processo de territorialização das áreas selecionadas para atendimento do PIM, assim como a identificação, sensibilização e vinculação das famílias para adesão ao programa;
- Mobilizar os recursos da rede de serviços e da comunidade para apoiar a atenção às demandas das famílias;
- Participar e/ou promover encontros com a rede de serviços dos territórios para articulação das ações;
- Articular ações com o GTM e promover a interlocução entre os visitantes e o GTM;
- Acompanhar, quando necessário, as visitas domiciliares, atividades em grupo e demais ações desenvolvidas junto às famílias;
- Realizar a gestão dos processos de trabalho dos visitantes, zelando pelo cumprimento de suas atribuições;
- Garantir a inserção e o monitoramento das informações do programa no SisPIM.

c) Visitador

O visitador é responsável pelo atendimento às famílias. Ele deve planejar e executar os atendimentos em conformidade com a metodologia do PIM, considerando o contexto familiar, comunitário e cultural, visando apoiar as famílias no cuidado, educação e proteção das crianças. A escolaridade mínima exigida para o cargo é o ensino médio completo¹ acrescido de formação inicial realizada pelo GTM com duração de 60 horas. Em sua carga horária semanal estão contemplados, além dos atendimentos às famílias, momentos para o planejamento das ações, participação em reuniões de equipe com o GTM e monitor/supervisor, monitoramento das ações realizadas, preenchimento de instrumentos, participação em formações e espaços de educação permanente e outros.

Em caráter excepcional e com parecer favorável do GTE, será admitida a formação em nível fundamental para o cargo de visitador, acrescido de formação inicial realizada pelo GTM, com duração mínima de 120 (cento e vinte) horas.

O número de famílias atendidas por visitador varia de acordo com sua carga horária:

I. Visitadores com 40h semanais podem acompanhar até 22 gestantes ou crianças;

II. Visitadores com 30h semanais podem acompanhar até 18 gestantes ou crianças;

III. Visitadores com 20h semanais podem acompanhar até 14 gestantes ou crianças.

Nos municípios cujos visitadores cumpram carga horária diferenciada das estabelecidas acima, para o cálculo do limite de indivíduos a serem acompanhados por visitador será considerada a carga horária imediatamente inferior às estipuladas.

São atribuições do visitador:

- Atuar na identificação e sensibilização das famílias para adesão ao PIM;

- Realizar a busca ativa, cadastro e caracterização das famílias;

- Construir os planos singulares de atendimento em diálogo com as famílias e com a rede de serviços;

- Elaborar os planos de visita e executar os atendimentos às famílias, em conformidade com a metodologia do PIM;

- Monitorar e avaliar os resultados da atenção do PIM junto às famílias sob sua responsabilidade;

- Preencher as documentações previstas na metodologia do PIM;

- Identificar e articular, junto ao monitor/supervisor e/ou GTM, demandas das famílias e comunidades que requeiram articulação em rede;

- Compor ações integradas junto aos demais serviços do seu território, contribuindo para o acesso e qualificação da atenção às famílias às políticas desenvolvidas.

4. ATENÇÃO ÀS FAMÍLIAS

a- Acesso das famílias ao PIM

A identificação das famílias para atendimento do PIM é realizada a partir do diálogo com os

profissionais dos serviços que atuam nos territórios definidos para atendimento, por meio do Diagnóstico Situacional da Primeira Infância (DSPI), tendo como referência os critérios elencados para priorização. A participação das famílias é voluntária e ocorre mediante convite, ciência dos objetivos e das ações que serão desenvolvidas, ou ainda por meio de manifestação de interesse da família. A data e horário dos atendimentos serão acordados, considerando o melhor interesse da família. Caso queira desligar-se do PIM, a família não sofrerá nenhum prejuízo no recebimento de benefícios socioassistenciais.

b - Plano Singular de Atendimento

A atenção à família é organizada a partir da elaboração do Plano Singular de Atendimento (PSA) - instrumento de planejamento onde são traçadas as estratégias que serão desenvolvidas junto à família ao longo de sua participação no PIM. O PSA é construído pela equipe do PIM em diálogo permanente com a família e com os profissionais da rede de serviços. Sua construção também considera a observação de fatores de risco e proteção para o desenvolvimento integral da primeira infância. É um processo contínuo, de pactuações e repactuações, não se limitando ao momento da inclusão da família no PIM. O PSA será constantemente avaliado e adaptado às necessidades, interesses e desejos da família nos diferentes momentos do atendimento.

Assim, este instrumento expressa as necessidades, potencialidades, interesses e expectativas da família com relação ao atendimento do programa, identificadas por ela mesma, pelo visitador a partir de seus contatos e pelos diferentes atores da rede que possuem vínculo com a família. Contribui, portanto, para uma atenção centrada nas singularidades de cada família. O PSA é a referência para a construção dos planos de visitas (presenciais ou remotas) e de atividades em grupo.

C - Atendimento às famílias

No PIM, os atendimentos às famílias ocorrem por meio de visitas domiciliares e atividades em grupo realizados presencialmente. Em situações excepcionais que serão elencadas adiante, a família pode ser atendida de forma híbrida, associando-se atendimentos presenciais e remotos².

Todos os formatos de atendimento devem atender à metodologia do programa, respondendo às seguintes orientações:

- Cadastrar todas as famílias no Sistema de Informação do PIM (SisPIM);

- Reconhecer e valorizar as singularidades e particularidades dos territórios e famílias, pautando os atendimentos no PSA;
- Apoiar as famílias no cuidado, na proteção e na educação das crianças;
- Promover a parentalidade positiva, considerando o interesse superior da criança e as competências, o vínculo e o protagonismo familiar;
- Realizar a vigilância e promover o desenvolvimento integral infantil;
- Articular o cuidado em rede, contribuindo para a melhoria do acesso aos demais serviços e identificando a rede de apoio da família;
- Realizar orientações sobre direitos e formas de acessá-los;
- Valorizar e estimular o potencial brincante das famílias e crianças;
- Utilizar a ludicidade como estratégia de interação com as famílias;
- Utilizar materiais e objetos disponíveis nos domicílios e/ou de fácil acesso para as famílias, valorizando os recursos que as famílias possuem para o desenvolvimento das ações;
- Utilizar os espaços públicos de convivência social disponíveis nas comunidades.

2 - Especificamente durante a pandemia de Covid-19, os municípios que se encontrarem em região de Alerta (de acordo com o Sistema de Monitoramento para a Covid-19 adotado pelo Governo do Estado do RS) e cujo Centro de Operações de Emergências da Saúde (COE) municipal estabeleça que as visitas domiciliares e atividades em grupo presenciais do PIM devam ser interrompidas, podem, durante o Alerta, realizar os atendimentos do PIM de forma exclusivamente remota.

c .1- Atendimento presencial

As famílias incluídas no PIM serão atendidas, prioritariamente, de forma presencial. Estes

atendimento ocorrem por meio de visitas domiciliares e atividades grupais, de forma periódica e com duração em torno de uma hora. Seu formato e organização responde à seguinte disposição:

FORMATO PÚBLICO ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRESENCIAL

Famílias com gestantes

- Atendimento semanal por meio de visitas domiciliares. Uma vez ao mês, a visita pode ser substituída pela participação da gestante em grupos de gestantes organizados em rede.
- Famílias com crianças de 0 a menores de 6 anos de idade
- Crianças menores de 4 anos de idade: atendimento semanal por meio de visitas domiciliares. Uma vez ao mês, a visita pode ser substituída pelo atendimento em grupo.
- Crianças de 4 a menores de 6 anos de idade: atendimento quinzenal por meio de visitas domiciliares ou atendimentos em grupo.
- De acordo com o plano singular de atendimento, é possível ampliar o número de atendimentos mensais acima estipulados. Além disso, algumas situações podem ser indicativas da necessidade de pactuar um número maior de visitas presenciais, conforme abaixo:
 - Momento inicial de vinculação da família ao PIM;
 - Família em fase de realização da caracterização inicial;
 - Famílias que apresentam vinculação frágil com o programa;
 - Situações de risco identificadas ou suspeitas (violências, saúde mental, saúde materna e fetal, dentre outras);
 - Gestantes com dificuldade de adesão ao pré-natal e/ou busca ativa para a vacinação e realização de exames;

- Busca ativa de crianças faltosas nas consultas de puericultura e/ou com esquema vacinal incompleto.

c .2- Atendimento híbrido: atendimentos presenciais e remotos. Neste formato é preciso garantir um número mínimo de visitas domiciliares presenciais, conforme disposto a seguir.

São consideradas visitas remotas, os atendimentos realizados de forma síncrona com a família, a partir de chamadas de vídeo, ligações telefônicas e/ou por meio de outras ferramentas acessíveis tanto para a família quanto para o visitador, com duração de aproximadamente 30 minutos.

O atendimento híbrido pode ser ofertado às famílias nas seguintes situações excepcionais:

- Famílias com gestantes inseridas no mercado de trabalho;
- Famílias com gestantes e crianças em situação de vulnerabilidade que encontram-se fora do território de atendimento do programa;
- Famílias com mães que estão ou estavam privadas de liberdade e encontram-se fora do território de atendimento do programa;
- Famílias com pais adolescentes que encontram-se fora do território de atendimento do programa;
- Famílias com crianças matriculadas na Educação Infantil em tempo integral.
- Situações de risco nos territórios e/ou calamidade pública. O formato e a organização dos atendimentos híbridos responde à seguinte disposição:

FORMATO PÚBLICO ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

Híbrido (somente em situações excepcionais):

- Famílias com gestantes -atendimento semanal por meio de visitas remotas. Uma vez ao mês, a visita pode ser substituída pela participação da gestante em grupos da gestante organizados em rede. Pelo menos uma vez ao fim de cada trimestre gestacional, será garantida uma visita domiciliar presencial.

- Famílias com crianças de 0 a menores de 6 anos de idade.- Famílias com crianças menores de 4 anos de idade: atendimento semanal por meio de visitas remotas. Pelo menos uma vez por mês, a visita remota será substituída por uma visita domiciliar presencial.

- Famílias com crianças de 4 a menores de 6 anos de idade: atendimento quinzenal por meio de visitas remotas. Pelo menos uma vez a cada trimestre, a visita remota deve ser substituída por uma visita domiciliar presencial.

De acordo com o plano singular de atendimento, é possível ampliar o número de atendimentos mensais acima estipulados. Além disso, algumas situações podem ser indicativas da necessidade de pactuar um número maior de visitas presenciais, como as já referidas, além das situações onde há a necessidade da realização de visitas domiciliares mensais para gestantes em municípios que possuem o Programa Criança Feliz, dentre outras.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PIM (SisPIM)

O PIM possui um sistema de informação próprio, o SisPIM. Nele são cadastrados os membros da equipe, territórios e usuários atendidos pelo programa e registrado o monitoramento do desenvolvimento integral infantil. O sistema fornece informações que permitem o monitoramento e avaliação do desempenho do PIM nos municípios, assim como a geração dos relatórios para pagamento do incentivo financeiro. A partir das informações incluídas no sistema é gerado mensalmente o relatório de pagamento do incentivo estadual do Programa.

A inserção de dados e a atualização do sistema é uma responsabilidade do município. As equipes podem contar com digitador(es) e, na ausência destes, a inserção das informações deve ser feita pelos membros do GTM e/ou monitor(es)/supervisor(es). Equipes que contam com digitador(es) também devem incluí-lo no SisPIM. Uma formação específica sobre o sistema é ofertada regularmente pela equipe estadual.

d - Ações a serem realizadas pelo PIM

- Participação de Cursos de Formação e capacitação dentro do Programa de Formação continuada.

- Realização de visitas domiciliares através dos visitantes, com acompanhamento, orientações, uma vez por semana para as crianças de 0 a 3 anos de idade.
- Realização de trabalhos (oficinas) de artesanato com mães e crianças de 3 a 6 anos para confecção de materiais e brinquedos para distribuição nas principais datas festivas do ano (Natal, Páscoa, dia da Criança).
- Realização de cursos (oficinas) de alimentação e outros com as mães e crianças de 3 a 6 anos de idade.
- Orientações da Equipe da ESF.
- Realização e participação de conferências e Seminários
- Participação em capacitações e/ou cursos de formação para os visitantes e demais agentes envolvidos.
- Ações de prevenção a violência doméstica contra a mulher, contra o idoso e contra a criança.
- Sensibilização das famílias pertencentes ao Programa através de reuniões/almoço.
- Realização de confraternizações com brincadeira e jogos para comemorar as principais datas comemorativas, tais como Páscoa, Dia das Mães, Dia dos Pais, Natal.
- Sensibilização sobre desenvolvimento infantil com trabalho domiciliar e palestras com profissionais qualificados para as famílias.
- Reuniões mensais com as mães gestantes, com a realização de trabalhos artesanais.
- Sensibilização sobre os trimestres gestacionais.
- Trabalhos artesanais com as gestantes em seus domicílios.
- Realização de atividades culturais com Contação de Histórias Literárias para criança em eventos únicos.
- Reunião da Equipe do PIM juntamente com as equipes das três Secretarias envolvidas: Saúde, Educação e Assistência Social.
- Realização da Semana do Bebê com palestras e outras atrações.
- Sensibilização sobre a utilização do guia da família.
- Capacitação da Equipe sobre a utilização do Banco de Dados.
- Realização de atividades recreativas diversas.

- Sensibilização sobre a saúde do Homem, com palestras, trabalhos artesanais e materiais impressos.
- Sensibilização sobre a importância do brinquedo na infância, alimentação infantil correta, a fala e a linguagem da criança, amamentação.
- Realização do Encontro da Família PIM e comemoração do aniversário do programa.
- Implementação do Programa do PIM na Rádio local, onde semanalmente o Programa terá um espaço destinado para divulgar à Comunidade as ações e a comunidade é convidada a participar do mesmo.

2.6- SAÚDE MENTAL – Atendimento Psicossocial

2.6.1– Núcleo de Apoio a Atenção Básica – NAAB/NASF E OFICINAS TERAPEUTICAS

2.6.1.1– Objetivo

Apoiar as equipes da ESF e UBSs, articulando o trabalho em rede de saúde e linha de cuidado, com vistas à Atenção Primária de saúde, como ordenadora do sistema com ênfase na saúde mental.

2.6.1.2– Atividades realizadas:

- Grupo de saúde mental de mulheres realizadas quinzenalmente no Centro Municipal de Saúde,. Nos grupos inicialmente são desenvolvidas atividades como dança, jogos, dinâmicas, rodas de conversas, explicações sobre assuntos de interesse do grupo, e posterior é realizado trabalhos manuais.
- Visitas Domiciliares
- atendimentos individuais
- Palestras de orientações para escolas, grupos de hipertensos, grupo de gestantes e visitadoras do Primeira Infância Melhor - PIM
- Capacitação para as Agentes Comunitárias de Saúde

2.6.1.3- Metas

- Implantação de mais grupos em comunidades do interior.
- Mobilizar a participação de mais mulheres nos grupos.
- Realizar reuniões de equipe.

2.6.2– Programa Nacional de Combate ao Tabagismo

2.6.2.1- Objetivo

Ajudar os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido.

2.6.2.2–Atividades realizadas:

O Programa é dividido em: Consulta clínica; sessões semanais; sessões quinzenais e algumas sessões mensais. O Programa conta com o auxílio de medicação.

O Programa é desenvolvido pela Assistente Social, Psicóloga do NAAB/NASF e Médica da Estratégia Saúde da Família – ESF.

2.6.2.3 Metas

- Aumento na divulgação do programa
- Aumento no número de participantes
- diminuição no número de recaídas, na tentativa de parar de fumar

2.6.3– Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASE/OEICINAS TERRAPEUTICAS

2.6.3.1– Objetivo Geral

Apoiar a equipe do ESF e UBS, articulando o trabalho em rede de saúde e linha de cuidado, com vistas à atenção básica como ordenadora do sistema com ênfase na saúde mental.

2.6.3.2– Objetivos específicos

- Articular os diversos setores e multiprofissionais da saúde, com vistas à qualidade de vida do usuário.

- Identificar problemas e demandas prioritárias.
- Qualificar o acolhimento e atendimento aos usuários, buscando melhorias.

1'

2.6.3.3- Caracterização do território de atuação

A equipe do NASF/OFICINAS TERAPEUTICAS (atendimento Psicossocial) será referência para o Centro Municipal de Saúde e para a Unidade Básica de Saúde do Basílio da Gama, desenvolvendo ações em conjunto com as equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF que atendem 100% da população.

A Unidade Básica de Saúde da está inscrita no SCNES com o nome de Posto de Saúde Pinheirinho do Vale, com o nº 2228084 e a Unidade Básica de Saúde do Basílio da Gama está inscrita no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde), com o Nº 6915477 com o nome de UBS Basílio da Gama

2.6.3.4- Áreas de apoio do NASF/OFICINAS TERAPEUTICAS

O Núcleo de Apoio a Atenção Básica –NAAB/ NASF E OFICINAS TERAPEUTICAS desenvolve suas atividades em todo o território de abrangência do município. Sendo desenvolvidas ações de proteção, promoção e juntamente com a secretaria municipal de saúde pensando em qualificar as ações em saúde devem buscar a inclusão das oficinas terapêuticas na atenção básica. Esta necessidade vem ao encontro do que dispõe a Resolução nº 404/11 –CIB/RS que prevê:

“Artigo 1ª: Instituir dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental e de Atenção Básica, Incentivo Financeiro Estadual para implantação pelos municípios de atividades educativas – modalidade Oficinas Terapêuticas do tipo I e II, na Atenção Básica (...).

Em vista disto o município de Pinheirinho do Vale vai manter as atividades das Oficinas Terapêuticas. A proposta é realizar oficinas terapêuticas nas duas equipes da ESF do município, oficinas estas que vão ao encontro das mais variadas particularidades.

Essas atividades serão desenvolvidas no Centro Municipal de saúde, e na UBS do Basílio da Gama, onde as equipes desempenham suas ações.

2.6.3.5 – Objetivo

Geral

Fortalecer ações de promoção de saúde e saúde mental na atenção básica e ESF, primando sempre pela qualidade de vida da população.

2.6.3.6– Objetivos específicos

- Desenvolver atividades nas equipes da ESF do município que vão ao encontro às particularidades de cada realidade
- Buscar estratégias de acolhimento da população participante dos grupos de saúde mental do município.
- Proporcionar troca de informações referente à melhora da qualidade de vida.
- Proporcionar um espaço de troca de experiências, saberes e convivência.

2.6.3.7– Dinâmica do trabalho

As atividades realizadas pelas oficinas terapêuticas serão em parceria com a equipe da Atenção Básica, ESF e NAAB/NASF/OFICINAS TERAPEUTICAS ..

O cronograma de atividades específicas será realizado de acordo com as necessidades e os anseios da população, da equipe do ESF, NAAB e do profissional do projeto.

A proposta de trabalho com os grupos será organizada dentro das possibilidades abaixo descritas:

PROCESSO DE TRABALHO

ATIVIDADE	META/ÃÇÃO
Alongamento	Relaxamento e preparo que antecede as atividades que serão desenvolvidas.
Artesanato	- Desenvolver a habilidade motora fina, criatividade

	e uma ocupação saudável através de atividades artesanais diversas em grupos específicos.
Musicoterapia	Aulas de música, destinadas a promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização e expressão.
Oficina de Alimentação saudável	Receitas de alimentação nutricional saudável Reeducação alimentar Preparo de pratos de alimentação saudável a partir de receitas

2.6.3.8– Atividades realizadas:

- Aulas de música, destinadas a promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização e expressão; oficinas de alimentação saudável.
- Receitas de alimentação nutricional saudável Reeducação alimentar
- Preparo de pratos de alimentação saudável a partir de receitas advindas dos grupos e com orientação da nutricionista

2.6.3.9- Metas

Fortalecimento e formação de mais grupos, integrando maior participação da população, contribuindo com a saúde pública do município.

2.7 - ATENÇÃO AO IDOSO

A atenção a saúde do idoso tem como prioridade viabilizar as diretrizes inicialmente, através da Rede Bem Cuidar e em sequência seguindo as diretrizes do Pacto pela Saúde..

A prioridade da Saúde do Idoso é reflexo das consequências da dinâmica demográfica do país sobre os serviços de atenção à saúde em todos os seus níveis de complexidade. A população de idosos representa um contingente de cerca de 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (aproximadamente 9% da população brasileira). Essa transição demográfica é acompanhada pelo crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão e diabetes).

Outro aspecto relevante a ser considerado é que a população idosa não se restringe ao controle e prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social.

A partir da implementação da política de saúde do idoso por intermédio do, SUS, garantindo acesso universal e igualitário através de um conjunto articulados e contínuo de ações e serviços para a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde incluindo a atenção especial das doenças que afetam predominantemente os idosos.

2.7.1 Diretrizes Operacionais

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável
- Atenção integral e integrada a saúde do idoso
- Estímulo às ações trans-setoriais visando a integralidade da atenção
- Educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da saúde do idoso
- Atenção a idosos desassistidos pelos familiares, acolhidos e abrigados em instituições públicas
- Reabilitação da capacidade funcional comprometida
- Acompanhamento e visitas domiciliares da equipe da ESF.
- Formação de grupos para realização de atividades físicas na academia pública de saúde com orientação de um profissional
- Promoção de eventos e momentos de lazer no centro de convivência do idoso e nos grupos das comunidades
- Fornecimento de medicamentos de uso contínuo para tratamento e restabelecimento da Saúde
- Distribuição de materiais impressos com orientações sobre cuidados para prevenção de violências e acidentes.

2.7.2- Fortalecimento da Capacidade de Resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, Hanseníase, tuberculose e influenzas

- Implementação do plano de manutenção do controle da dengue em nossa população municipal nos próximos anos
- Atingir o patamar de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública municipal
- Atingir pelo menos 80% de cura nos casos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano
- Atingir o patamar de 90% nas campanhas de prevenção das influências com motivação para a participação da população alvo nas campanhas de imunização
- Manter em 0% de casos de infestação por *Aedes aegypti* em nossa população

2.8 - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A concepção de saúde, durante muitos anos teve uma conotação negativa, entendida ou representada como ausência de doença e com a organização dos serviços definidos. No fim dos anos 70, com advento da Reforma Sanitária houve o declínio desse modelo e a reestruturação do setor saúde no Brasil pautado na construção de uma nova ótica sobre as concepções e políticas de saúde.

A consolidação do movimento originou a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 com a redefinição da concepção de saúde, oficializada posteriormente, na Constituição Federal de 1988, paradoxalmente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre as várias alternativas para operacionalização desta proposta e efetivação do SUS, destaca-se o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 com a perspectiva de uma nova dinâmica na organização dos serviços de saúde, direcionada a humanização do sujeito por meio do princípio da integralidade e utilizando como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a humanização dos serviços e a criação de vínculo entre usuário/profissional/equipe de saúde (BRASIL, 2001).

Os objetivos da estratégia de Saúde da Família, destacam-se com a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência. A ESF passa a centrar a atenção na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2001).

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, vem se consolidando, no Brasil, o princípio da “Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado”, culminando nos anos 90 com a institucionalização do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF).

Neste contexto, o Ministério da Saúde começou a discutir ações de trabalho que poderiam contribuir para diminuir a demanda de pacientes nos hospitais sem que ninguém deixasse de ser atendido, uma vez que todos possuem o direito à saúde de forma universal e integral. Então, implantou-se a partir de 1991 o PACS, como transitório a formatação em 1994, do PSF, visando enquanto estratégia setorial, a reorientação do modelo assistencial brasileira (SOUZA, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada com o intuito de reformular o modelo de atenção à saúde, até então centrada no modelo médico assistencial onde a doença era o foco das atenções. A referida estratégia dispõe de equipe multiprofissional responsável pelo acompanhamento da população com o objetivo a reorganização e reformulação da atenção, onde as ações são voltadas para a promoção, prevenção, assim como, recuperação e reabilitação, de modo que o indivíduo passa a ser o sujeito da situação. Assim, o conhecimento, o monitoramento, o acompanhamento e a avaliação de toda população é essencial para o planejamento estratégico das intervenções de forma isolada ou coletiva.

A estratégia visa à estruturação da assistência em saúde, buscando a melhoria da relação com a comunidade nos diversos níveis assistenciais, assumindo um compromisso de prestar assistência universal, integral, territorial e contínua, de forma resolutiva à população, atendendo de forma ambulatorial e/ou domiciliar de acordo com suas necessidades identificando os fatores de risco e intervindo junto a eles (BRASIL, 1999).

Contudo, propõe-se a adesão da equipe II de estratégia da família visando a prática da humanização de saúde, buscando a satisfação do usuário e dos profissionais de saúde que nela trabalham, estimulando o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e qualidade de vida dos munícipes de Pinheirinho do Vale.

2.8.1. OBJETIVOS

2.8.1.1 OBJETIVO GERAL

Ampliar o número de equipes de Estratégia de Saúde da Família, contribuindo para melhoria da saúde e qualidade de vida da população por meio de um serviço qualificado e resolutivo, voltado a família e a comunidade, desenvolvido por equipe interdisciplinar, atuando na prevenção da doença,

promoção da saúde e reabilitação, reorganizando o modelo de atenção à saúde da população da zona urbana e rural.

2.8.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Qualificar a rede de atendimento à saúde da população urbana e rural;
- Programar ações de saúde visando a prevenção da doença, promoção e reabilitação da saúde;
- Identificar as necessidades dos indivíduos/ famílias e comunidade, por meio de uma ação articulada com toda a equipe, promovendo um atendimento integral, humanizado, qualificado e resolutivo;
- Atender o usuário/família de sua área adscrita na unidade, no domicílio e na comunidade, de acordo com as necessidades e especificidades;
- Desempenhar ações de saúde que visem o protagonismo comunitário e a atuação do indivíduo enquanto sujeito do cuidado;
- Promover a educação permanente da equipe interdisciplinar, garantindo qualidade e eficiência no atendimento.
- Realizar ações de educação em saúde para usuários/comunidade com base nas necessidades e particularidades da população atendida;
- Promover o cuidado por meio do acolhimento e estabelecimento de vínculo com o indivíduo e comunidade;
- Atender sua população utilizando-se da rede municipal de saúde, atuando por meio de referência e contrarreferência.

2.8.2. JUSTIFICATIVA

Pretende-se com a ampliação do número de ESF no município, desenvolver ações em saúde por meio de planejamento estratégico local, utilizando-se da interdisciplinaridade e intersetorialidade, fortalecendo a Atenção Básica com ações de prevenção a doenças e promoção da saúde. Espera-se promover juntamente com a equipe já existente no município, o cuidado centrado na família, garantindo equidade no acesso à atenção à saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos do município, sendo ele do meio rural ou urbano, avançando na superação das desigualdades.

A expansão e consolidação da ESF deve incorporar os diversos campos de saberes na área de saúde e afins, integrando outros níveis de atenção, que articularam a reestruturação da rede integral

de atenção à saúde municipal. Deste modo, acredita-se que a criação de uma equipe de Saúde da Família, somando a equipe já existente, vai aprimorar o serviço prestado, acolhendo o usuário e promovendo a prática do cuidado direcionado ao ser humano holisticamente, por equipe interdisciplinar, numa assistência de qualidade e resolutiva, seguindo princípios de acolhimento, humanização, co-responsabilidade e vínculo, visando a melhoria da saúde e qualidade de vida dessa população, respeitando as características de seu território, bem como suas especificidades, crenças e valores.

Assim sendo, o indivíduo passará da condição de “paciente”, para sujeito do seu processo de cuidado, ao lado da ESF. Estudos demonstram que a atenção básica organizada pela ESF, quando bem capacitada e integrada à comunidade, é capaz de resolver 85% das demandas de saúde da população, que representam as patologias mais frequentes e comuns que acometem a comunidade sob sua responsabilidade.

2.8.3. INDICADORES E SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

2.8.3.1. Indicadores

Ferramenta usada para identificar, monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões do gestor municipal, que têm como objetivo principal medir o desempenho do país dentro do segmento de saúde e prover melhores condições para a população. É de suma importância reunir e organizar informações, tornando esses dados estratégicos para o desenvolvimento do trabalho com intuito de avaliar a performance de projetos e ações específicas das equipes de saúde.

Com a implantação da nova ESF, o município visa reforçar as ações já realizadas.

<i>Metas</i>	<i>Ações Corretivas</i>
Estrutura física e quadro funcional da rede municipal da saúde	- Reformas, ampliações e manutenção das Unidades de Saúde.
Capacitação de recursos humanos	· Dar continuidade às ações de educação permanente e continuada na rede municipal de saúde.
Reorientação do atual modelo de atenção à saúde para um modelo que eleja a família como eixo de atenção, concebendo-a à partir de seu contexto social	· Planejamento familiar: Ampliar e distribuir métodos contraceptivos, até mesmo entre os adolescentes visando educação sexual e maiores informações sobre reprodução humana;
	· Ampliar e efetivar a assistência nas visitas domiciliares pela equipe multidisciplinar;

	<ul style="list-style-type: none"> · Intensificar as atividades educativas na comunidade e nas escolas.
Garantir a assistência hospitalar e retaguarda ambulatorial, de exames para apoio diagnóstico ao usuário SUS	<ul style="list-style-type: none"> · Gerenciar e incrementar contratos e convênios preferencialmente com instituições filantrópicas, consórcios e de forma complementar com instituições não filantrópicas e particulares.
Desenvolvimento de ação de promoção, prevenção, cura e reabilitação que possam intervir no processo de saúde/doenças incorporando o conceito de qualidade de vida.	<ul style="list-style-type: none"> · Incrementar ações de caráter assistencial, de promoção, prevenção e reabilitação da saúde relacionada ao adulto que possam interferir no processo/saúde/doença.
	<ul style="list-style-type: none"> · Monitorar e otimizar as atividades dos ACS.
	<ul style="list-style-type: none"> · Oferecer à população a opção de tratamento através da Práticas Integrativas Complementares na Unidade de Saúde da Família.
	<ul style="list-style-type: none"> · Incrementar as atividades de Atenção à Saúde das Pessoas Portadoras de Deficiência.
	<ul style="list-style-type: none"> · Proporcionar atividades educativas em saúde junto à população.
	<ul style="list-style-type: none"> · Oferecer assistência específica a pacientes acamados no domicílio.
Desenvolvimento de atenção integral e integrada à saúde da criança e do adolescente.	<ul style="list-style-type: none"> · Implantar ações de atenção às doenças respiratórias, principalmente na faixa etária de um a seis anos, com ênfase em menores de um ano.
	<ul style="list-style-type: none"> · Incrementar a atenção aos adolescentes visando a redução da vulnerabilidade, em especial, as DST/AIDS, uso de drogas e gravidez.
	<ul style="list-style-type: none"> · Programar a atenção integral à saúde da criança e ao adolescente em idade escolar, vinculando-se às atividades de prevenção e promoção com o acesso a atendimentos específicos nas unidades de saúde.
Manter zerado o coeficiente de	<ul style="list-style-type: none"> · Apoio ao Programa Rede Cegonha.

mortalidade infantil	<ul style="list-style-type: none"> · Implementar as ações de puericultura nas unidades da rede. · Implementar as ações de estímulo ao aleitamento materno. · Fortalecimento do Programa Primeira Infância Melhor. · Capacitar equipe multidisciplinar para que possam vincular as gestantes às suas respectivas equipes para o adequado acompanhamento. · Utilização de Protocolos clínicos e classificação de risco de todas as gestantes. · Realizar busca ativa de gestantes e garantir o acompanhamento de pré-natal com no mínimo de sete consultas.
Reduzir o coeficiente de mortalidade materna.	<ul style="list-style-type: none"> · Garantir assistência pré-natal e a realização de testes rápidos. · Melhorar o monitoramento para avaliação e controle da taxa de mortalidade.
Reduzir o coeficiente de incidência de DST/AIDS.	<ul style="list-style-type: none"> · Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência em DST. · Aumentar a realização de Testes Rápidos
Ampliar o acesso da população aos serviços da saúde bucal.	<ul style="list-style-type: none"> · Expandir o programa de atendimento odontológico em unidades de saúde e escolas públicas. · Avançar na atenção primária nos locais de alto índice de cárie apontadas por levantamento epidemiológico.
Melhorar a cobertura de imunizações.	<ul style="list-style-type: none"> · Buscar demanda potencial nas unidades de saúde e em escolas da rede pública. · Desenvolver campanhas educativas incentivando a vacinação seguindo calendário vacinal. · Capacitação de profissionais.

Manter a incidência de casos de dengue e febre amarela em zero.	· Eliminar possíveis locais de criadouros do vetor transmissor.
	· Promover ações educativas.
	· Aumentar a cobertura de vacinação de febre amarela, nas pessoas que se deslocam para áreas de risco.
Reduzir a taxa de incidência de tuberculose.	· Realizar busca ativa do sintomático respiratório com disponibilização de exames bacteriológicos.
	· Treinamento aos ACS a fim de levar informações quanto aos sinais, sintomas e prevenção da tuberculose.
	· Oferecer tratamento supervisionado aos casos diagnosticados.
Reduzir coeficiente de prevalência de hanseníase.	· Disponibilizar a poliquimioterapia.
	· Realizar a busca ativa de casos.
	· Treinamento aos ACS a fim de levar informações quanto aos sinais, sintomas e prevenção da hanseníase.
Reduzir a morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório.	· Capacitar os profissionais da rede.
	· Realizar campanhas de detecção precoce e orientação da população.
	· Padronizar e fornecer ininterruptamente medicação de uso contínuo.
	· Disponibilizar sistema de diagnóstico precoce das doenças.
Reduzir a morbimortalidade por diabetes.	· Capacitar profissionais da rede.
	· Realizar campanhas de detecção precoce e orientação da população.
	· Padronizar o fornecimento ininterrupto de medicação de uso contínuo.
	· Rastrear e diagnosticar diabetes mellitus gestacional na rotina de pré-natal de todas as gestantes.

	<ul style="list-style-type: none"> · Intensificar grupos de reeducação alimentar.
Reduzir a incidência de câncer-cérvico-uterino e de mama.	<ul style="list-style-type: none"> · Aumentar a cobertura de Citopatológico através da busca ativa pelas equipes de saúde.
	<ul style="list-style-type: none"> · Incentivar a realização de mamografia.
	<ul style="list-style-type: none"> · Incentivar a realização do auto-exame da mama.
	<ul style="list-style-type: none"> · Realizar campanhas educativas.
Atendimento em Saúde do Trabalhador.	<ul style="list-style-type: none"> · Alimentar o sistema de informação SIST e SINAN sobre os agravos decorrentes do trabalho.
	<ul style="list-style-type: none"> · Manter a referência secundária em saúde do trabalhador.
	<ul style="list-style-type: none"> · Implantar ações de prevenção e vigilância na área de saúde do trabalhador.
	<ul style="list-style-type: none"> · Promover ações de melhorias das condições de trabalho e qualidade de vida em conjunto com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.
Melhoria da qualidade da gestão e do acesso aos serviços.	<ul style="list-style-type: none"> · Manter atualizados cadastros de todos os usuários do SUS na base de dados.
	<ul style="list-style-type: none"> · Manter atualizado o cadastramento dos estabelecimentos de saúde nos programas de saúde CNES e e-SUS.
	<ul style="list-style-type: none"> · Capacitação de atualização e aprimoramento dos gestores municipais.
Implementar a assistência farmacêutica aos usuários da rede municipal de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> · Garantir o fornecimento adequado de medicamentos padronizados
	<ul style="list-style-type: none"> · Reeducar a dispensação de medicamentos da atenção farmacêutica orientando o uso consciente da medicação.
	<ul style="list-style-type: none"> · Implantar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas com a distribuição de medicamentos fitoterápicos aos usuários.
	<ul style="list-style-type: none"> · Fortalecer convênios com prestadores de serviços.

Ampliar a rede de atendimento de saúde me.	· Implementar os grupos, oficinas e atendimentos individuais para pacientes e familiares.
	· Apoiar as atividades de prevenção ao uso de drogas e acompanhar pacientes usuários de substâncias psicoativas em tratamento.
	· Efetivar o acompanhamento de pacientes em sofrimento mental.

2.8. 3.2 *Situação de saúde populacional*

Após levantamento de dados em Maio de 2021, produzidos a partir de cadastramento de usuários no sistema e-SUS, podemos observar que à maior prevalência de agravos à saúde na população de Pinheirinho do Vale, estão as seguintes condições, em ordem decrescente: Hipertensão Arterial, tabagismo, diabetes, distúrbios de saúde mental, doenças respiratórias e cardíacas.

2.8.4. ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

2.8.4.1 *Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)*

É fundamental que a Atenção Básica conte com ferramentas de apoio que ajudem as equipes na organização de seus processos de trabalho para que possam assumir a responsabilidade pelos casos, encaminhar com mais apropriação quando necessário e acompanhar o maior número de pessoas do seu território possível. E o apoio matricial é uma das ferramentas importantes para o fortalecimento da Atenção Básica, como ordenadora do cuidado no SUS, bem como para a consolidação da mudança no modelo de atenção à saúde.

O NASF foi implantado no final do ano de 2013, hoje conta com uma equipe composta por duas fisioterapeutas, uma nutricionista, uma psicóloga, desempenha suas atividades de apoio matricial junto à equipe de Estratégia da Saúde da Família, Atenção Básica, NAAB que e composto por uma artesã e uma assistente social além de oficinas terapêuticas compostas por uma massoterapeuta, e academia de saúde com educador físico. Sendo desenvolvidas ações de proteção, promoção e prevenção em áreas prioritárias como saúde mental, álcool entre outras drogas, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança e do adolescente e vigilância em saúde.

O índice de pacientes com transtorno depressivo é bastante significativo, sendo que grande número da população utiliza antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos e realiza acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

Sabendo que à área que vai abranger a nova ESF, é justamente à qual necessita maior atenção e apoio, tendo em vista o grande número de famílias que necessitam de um acompanhamento mais resolutivo, com a nova equipe vai ser possível uma melhor identificação dos problemas e demandas prioritárias e o mais importante, qualificar o acolhimento e atendimento aos usuários.

2.8.4.2 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)

Com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e com a comunidade, o CRAS é à porta de entrada para assistência social, possibilitando o acesso da população aos serviços, benefícios e projetos de assistência social, ou seja, é a rede de apoio à população em situação de pobreza, beneficiários do bolsa família e em condições de vulnerabilidade social. O CRAS de Pinheirinho do Vale, presta atendimento psicossocial, individual e em grupo, sendo estes buscados espontaneamente, encaminhados pela rede ou provindos de internações hospitalares.

2.8.4.3 Abrangência das equipes da ESF

Segue abaixo, abrangência das microáreas, com número de famílias atendidas pela Estratégia de saúde da família (ESF I) e os Agentes Comunitários de Saúde, sob número do INE: 0000429775, que já estão em funcionamento no município.

MICROÁREAS / ABRANGÊNCIA DO ESF I			
Microárea	Nº de famílias		Agente de

		ABRANGÊNCIA DA MICROÁREA	Saúde
Microárea 01	242	Linha Capivara; Distrito Basílio da Gama e Linha Planalto.	Jessica Scheila de Oliveira
Microárea 02	130	Linha Lajeado União; Linha São Judas; Linha Rosa; Linha Casaroli e Linha Cabeceira da União.	Ivoneia Salete Lermen Henn
Microárea 03	130	Linha Ilha Vermelha, Linha Bonita Baixa, Linha Bonita, Linha Bonita Alta e Linha Volta Grande.	Elisandra Link
Microárea 04	141	Rua Humberto de Campos; Linha Escola- saída a Caiçara, Linha Barroso, Linha União e Linha São Luís.	Vainy Britz
Microárea 05	174	Linha Km 14, Linha Km 11, Linha Km 10, Linha Casaroli.	Leonice Teresinha Dutra
Microárea 06	127	Linha Volta Grande, Linha São Domingos, Linha Capivara e Linha Peixe Assado.	Marcia Cristina da Silva Rosa
Microárea 07	162	Linha Rincão do Paim, Linha Ilha Vermelha, Linha Água Azul e Linha Planalto.	Neiva Zenaro Gossler
Microárea 08	132	Linha Km 14, Linha Nova, Linha Cabeceira da União e Linha Sabiá.	Rosa Maria Reis Machado
Microárea 09	183 (16 pessoas no interior; 533 na cidade)	Linha Volta Grande, Rua Uruguai, Rua José Alberto Ernzen, Rua Ervino Breitenback, Rua João Gielh, Rua Padre Luís Rochenback, Rua Clara Rochenback, Rua João Alfredo Führ, Rua Pedro Kirst, Rua Mauá, Rua Dom Pedro II, Rua Duque de Caxias, Rua do Comércio, Rua Rui Barbosa, Rua Tomé de Souza, Popular.	Neila Ines Fonseca Chaves
Microárea 10	174 (56 pessoas no interior; 370 na cidade)	Linha Zachi, Rua Duque de Caxias, Rua José Erno Lermen, Rua Rio Branco, Rua Celestino José Rodrigues da Fonseca, Rua Bruno Barth, Rua Rui Barbosa, Rua Castro Alves, Rua Humberto de Campos, Linha Escola, Rua Dom Pedro II, Rua João Alfredo Fuhr, Rua do Comércio, Rua Tomé de Souza, Rua Gilmar José Zinhani.	Teresinha Gossler

2.8.5 - Profissionais que compõem a equipe:

COMPOSIÇÃO ESF I		
Profissional	Função	Contrato de trabalho
Dra Raquel Cristina Piaia - 40 horas	Médico da Estratégia da Saúde da Família	Estatutário
Anelise Gazola Vargas - 40 horas	Enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família	Efetiva
Talita Zenaro - 40 horas	Enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família	Contrato temporário
Linaia Claudia Lazzaretti – 40 horas	Técnico de Enfermagem da Estratégia da Saúde da Família	Efetiva
Juliana Winter - 40 horas	Técnico de Enfermagem da Estratégia da Saúde da Família	Contrato temporário
Inara Luiza Pereira de Vargas – 40 horas	Técnico de Enfermagem da Estratégia da Saúde da Família	Contrato temporário
Clair Ramme - 40 horas	Técnico de Enfermagem da Estratégia da Saúde da Família	Efetiva
Ivoneia Salete Lermen Henn	Agente de Saúde	Contrato por prazo determinado
Vainy Britz	Agente de Saúde	Emprego Público
Leonice Teresinha Dutra	Agente de Saúde	Emprego Público
Neila Ines Fonseca Chaves	Agente de Saúde	Contrato por prazo determinado
Teresinha Gossler	Agente de Saúde	Emprego público

Diante deste cenário, observa-se que a equipe do ESF I que está em funcionamento no município já ultrapassou o quantitativo estimado, pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

de famílias e pessoas acompanhadas por uma ESF. Isso implica impactos financeiros, visto que o município atende uma população muito maior, do que é repassado pelas outras instâncias federativas. E com o novo modelo de financiamento da atenção básica, à captação ponderada, que reapssa valores por cadastros vinculados, o município está deixando de ganhar recursos, pois já atingiu seu número máximo de cadastros.

Com mais uma equipe de ESF, no qual o município possui teto para solicitar, ficando com duas equipes de ESF atingindo 100% de cobertura da atenção básica no município e recebendo o valor real pelos serviços de saúde que são ofertados pelo município. Essa mudança de mais uma equipe de ESF, não dispendirá de novos investimentos, pois na rede municipal já encontram-se um quantitativo de profissionais necessários para essa nova equipe, e a estrutura física e equipamento são suficientes para atender as demandas dessa nova equipe.

Para constituir essa nova equipe do ESF, foi necessário re-mapear as microáreas e realocar os profissionais, dimensionando adequadamente cada profissional e à estrutura para atender as demandas das duas ESF's. Com o novo remapeamento, a área pertencente ao ESF I ficou à seguinte:

2.8.6 - Área de abrangência:

Mapeamento descritivo das microáreas que compõem a equipe ESF I.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA ESF I			
Microárea	Nº de famílias	ABRANGÊNCIA DA MICROÁREA	Agente de Saúde
Microárea 02	130	Linha Lajeado União; Linha São Judas; Linha Rosa; Linha Casaroli e Linha Cabeceira da União.	Ivoneia Salete Lermen Henn
Microárea 04	141	Rua Humberto de Campos; Linha Escola- saída a Caiçara, Linha Barroso, Linha União e Linha São Luís.	Vainy Britz
Microárea 05	174	Linha Km 14, Linha Km 11, Linha Km 10, Linha Casaroli.	Leonice Teresinha Dutra

Microárea 09	183 (16 pessoas no interior; 533 na cidade)	Linha Volta Grande, Rua Uruguai, Rua José Alberto Erzen, Rua Ervino Breitenback, Rua João Gielh, Rua Padre Luís Rochenback, Rua Clara Rochenback, Rua João Alfredo Führ, Rua Pedro Kirst, Rua Mauá, Rua Dom Pedro II, Rua Duque de Caxias, Rua do Comércio, Rua Rui Barbosa, Rua Tomé de Souza, Popular.	Neila Ines Fonseca Chaves
Microárea 10	174 (56 pessoas no interior; 370 na cidade)	Linha Zachi, Rua Duque de Caxias, Rua José Erno Lermen, Rua Rio Branco, Rua Celestino José Rodrigues da Fonseca, Rua Bruno Barth, Rua Rui Barbosa, Rua Castro Alves, Rua Humberto de Campos, Linha Escola, Rua Dom Pedro II, Rua João Alfredo Furhl, Rua do Comércio, Rua Tomé de Souza, Rua Gilmar José Zinhani.	Teresinha Gossler

2.8.7 - IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA II

Equipe: Estratégia de Saúde da Família ESF II

Posto de Saúde Pinheirinho do Vale

Locado no Cnes: 2228084

Localização: Rua do Comércio, 414, Centro

População a ser atendida: Aproximadamente 793 famílias, cerca de 2.146 pessoas.

2.8.7.1 Composição da Equipe do novo ESF

Recursos Humanos:

COMPOSIÇÃO ESF II		
Profissional	Função	Contrato de trabalho
Dr. Eduardo Monteiro Gomes - 40 horas	Médico da Estratégia da Saúde da Família	Mais médicos
Benvenuto Pelegrini - 8 horas	Médico Clínico	Prestação de serviços Pessoa Jurídica

Graziela Pasquali - 40 horas	Enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família	Efetivo
Nadia Carati – 40 horas	Técnico de Enfermagem da Estratégia da Saúde da Família	Emprego Público
Rovena Ines de Oliveira - 40 horas	Técnico de Enfermagem da Estratégia da Saúde da Família	Efetivo
Jessica Scheila de Oliveira	Agente de Saúde	Contrato por prazo determinado
Elisandra Link	Agente de Saúde	Emprego Público
Marcia Cristina da Silva Rosa	Agente de Saúde	Emprego Público
Neiva Zenaro Gossler	Agente de Saúde	Contrato por prazo determinado
Rosa Maria Reis Machado	Agente de Saúde	Emprego público

2.8.7.2 - Área de abrangência

Mapeamento descritivo das microáreas para compor a nova equipe ESF:

ÁREA DE ABRANGÊNCIA ESF II			
Microárea	Nº de Famílias/ Pessoas (nº aproximado)	ABRANGÊNCIA DA MICROÁREA	Agente de Saúde
Microárea 01	Famílias: 242 Pessoas: 740	Linha Capivara; Distrito Basílio da Gama e Linha Planalto.	Jessica Scheila de Oliveira
Microárea 03	Famílias: 130 Pessoas: 382	Linha Ilha Vermelha, Linha Bonita Baixa, Linha Bonita, Linha Bonita Alta e Linha Volta Grande.	Elisandra Link

Microárea 06	Famílias: 127 Pessoas: 226	Linha Volta Grande, Linha São Domingos, Linha Capivara e Linha Peixe Assado.	Marcia Cristina da Silva da Rosa
Microárea 07	Famílias: 162 Pessoas: 463	Linha Rincão do Paim, Linha Ilha Vermelha, Linha Água Azul e Linha Planalto.	Neiva Zenaro Gossler
Microárea 08	Famílias: 132 Pessoas: 335	Linha Km 14, Linha Nova, Linha Cabeceira da União e Linha Sabiá.	Rosa Maria Reis Machado

2.8.8 - ATRIBUIÇÕES BÁSICAS DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA

As atribuições básicas pertinentes à todos os profissionais das equipes ESFs são:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Manter atualizado os cadastros das famílias e dos indivíduos no sistema de informação e-SUS;
- Garantir atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Realizar ações de educação em saúde a população adstrita, promovendo a mobilização e a participação da comunidade, conforme planejamento da equipe, praticando o cuidado à comunidade em geral;
- Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe e discussão de casos;
- Participar das atividades de educação permanente.

O Ministério da Saúde criou em 1994, o Programa Saúde da Família(PSF) tendo como principal propósito reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e com isso melhorar a qualidade de vida da população atendida.

2.8.9 - - Processo De Trabalho Da Equipe Da Saúde Da Família

Além das características do processo de trabalho da equipe de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à adequação do processo de trabalho.

A Saúde da Família, estratégia que visa a mudança do modelo de atenção à saúde, tem como fundamento realizar avaliação e acompanhamento sistemático das ações e dos

resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação (Portaria GM/MS 648/2006).

Tal acompanhamento deve ser entendido como um processo amplo, complexo, educativo e contínuo, que inclui avaliação, assessoria, informação e intercâmbio dinâmico de conhecimentos e experiências. Atividade esta que envolve a intersubjetividade e, portanto, múltiplas formas de perceber, sentir, reagir e interpretar situações. Também, é um processo em construção, que traz possibilidades de crescimento profissional, desenvolvimento da liberdade e autonomia, de reflexão das práticas e questionamento dos modelos de atenção.

Quando analisado como parte integrante do sistema de saúde, o acompanhamento apresenta-se como elemento viabilizador da política de saúde, à proporção que repassa conceitos, redefine procedimentos, dá mobilidade entre os vários níveis do sistema e reorienta a execução dos serviços.

2.8.10- Organização do serviço:

É importante ressaltar que as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal trabalharão conjuntamente, no mesmo horário e espaço físico, favorecendo a interdisciplinaridade. A distribuição das quarenta horas semanais está organizada e pactuada junto à equipe, aos gestores e à comunidade distribuída da seguinte forma:

- 60% (24h) para atendimento ambulatorial dentro da Unidade de Saúde da Família (Centro Municipal de Saúde e Posto do Basílio da Gama) –
- com procedimentos e consultas de acordo com o as necessidades epidemiológicas da comunidade.
- 30% (12h) para trabalho comunitário – visitas domiciliares, grupos, atividades educativas em escolas, centros de educação infantil, dentre outros espaços sociais da comunidade.
- 10% (4h) para reunião de equipe, discussão de casos, educação permanente para fins de planejamento e avaliação, com participação dos ACS.
- As práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais da equipe abrangem todas as fases dos ciclos de vida humana (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos), os agravos prioritários e necessidades de saúde de acordo com o perfil do território.
- A equipe deve construir, junto com a comunidade, um cronograma de atividades e esse deve ser acessível aos usuários.
- Conhecer e participar da elaboração dos fluxos de referência e contra-referência à atenção secundária e terciária, junto ao gestor municipal, bem como articular com a

rede de atenção básica do município, pois a Saúde da Família não é a única estratégia de organização da rede de saúde.

- Programar, junto ao gestor, a oferta de exames complementares básicos para as equipes de Saúde da Família, conforme necessidade local.

2.8.10.1- Reuniões de equipe:

As equipes reunir-se-ão sempre que necessário e no mínimo uma vez por mês, tendo como objetivo permitir discussão de casos, planejamento e avaliação de ações, resolução de conflitos, troca de conhecimentos, capacitações, elaboração de cronogramas, dentre outros. Uma reunião mensal será dedicada ao acompanhamento dos dados do SIAB/SIA e planejamento das ações.

2.8.10.2 - Acolhimento:

- O acolhimento aos usuários em período integral em espaço apropriado da UBS, com escuta qualificada da demanda, por profissionais da equipe. A partir dessa escuta determinam-se ações e serviços apropriados, de acordo com as necessidades dos usuários e com os critérios clínicos. Esta ação diferencia-se da triagem e distribuição de fichas, caracterizando o novo modelo de atenção à saúde.
- A equipe deve fornecer à comunidade informações (de forma verbal e escrita) sobre o cronograma de atividades, horário de reuniões e sua importância. Deve-se buscar o apoio do Conselho Municipal de Saúde para elaborar e difundir tais informações.
- A equipe, a partir do conhecimento da realidade, prestará assistência, de maneira diferenciada, às famílias em situação de risco, vulnerabilidade e/ou isolamento social.
- Ações concretas em relação a essas famílias serão realizadas, tais como: maior número de visita domiciliar, priorização no agendamento, mobilização da rede social, entre outras.

2.8.10.3 - Abordagem integral à família:

- Compreender a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises;
- Identificar a relação da família com a comunidade;
- Identificar processos de violência no meio familiar e abordá-los de forma integral, organizada, com a participação das diferentes áreas e setores e de acordo com os

preceitos legais e éticos existentes

2.8.10.4 - Prontuário de Família:

- É obrigatória a presença de prontuários por núcleos familiares, nos quais estarão contidos os prontuários de cada membro da família;
- O prontuário de família será usado por todos os profissionais da equipe contribuindo para a integralidade;
- Estes prontuários estarão organizados em arquivos específico por ordem alfabética e separados por gênero
- De acordo com o que prevê o novo Sistema da AB do Ministério da Saúde, e-SUS, nos próximos anos será implantado o prontuários eletrônico em substituição ao SIAB/SAI

2.8.10.5 - Visita domiciliar:

- Na Estratégia Saúde da Família, a visita domiciliar é considerada uma ação fundamental que deve ser desenvolvida por todos os membros da equipe. Possibilita conhecer melhor a comunidade, os riscos à saúde, a ampliação do vínculo, etc. É importante que a visita domiciliar seja planejada de forma coerente, segundo o perfil epidemiológico da comunidade, acompanhando famílias de maiores riscos à saúde e vulnerabilidade social, para que não assuma um caráter de consulta domiciliar.

2.8.10.6 - Trabalho com grupos:

- Na Estratégia Saúde da Família, os grupos são considerados ferramentas importantes e potentes para a mudança de modelo de atenção à saúde, já que o coletivo tem força para refletir e transformar realidades. A realização de grupos com ênfase na promoção, prevenção e recuperação/reabilitação em saúde. O trabalho com grupos não pode ser entendido somente como uma forma de diminuir a demanda, pois requer estudo das teorias norteadoras, planejamento e avaliação, já que tem especificidades e impactos próprios.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – Universalização, descentralização, integralização e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que trabalha com base nos seguintes princípios:

2.8.10.7 - - Atividades desenvolvidas pelas Equipes da ESF no município

- * Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área adscrita.
- * Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas.
- * Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças.
- * Consultas médicas e/ou de enfermagem.
- * Consultas e procedimentos odontológicos, pela equipe de saúde bucal.
- * Realização de procedimentos médicos e de enfermagem: Imunizações, Inalações, Curativos, drenagem de abscessos e suturas, Administração de medicamentos orais e injetáveis Terapia de reidratação oral, etc.
- * Acolhimento em urgências básicas de médicos, de enfermagem e de odontologia.
- * Realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de caso de maior complexidade.
- * Visita mensal às famílias, pelas agentes comunitárias de saúde;
- * Consulta médica quando necessário no Centro Municipal de Saúde e Posto de Saúde do Basílio da Gama;
- * Consulta e/ou orientações de enfermagem;
- * Fornecimento e/ou encaminhamentos para exames de rotina e fornecimento de medicamentos da farmácia básica disponível no Centro Municipal de Saúde e no Posto de Saúde do Basílio da Gama;
- * Reuniões de orientação pré-natal;
- * Imunização;
- * Orientações sobre métodos para Planejamento familiar e Climatério;
- * Disponibilização de transporte quando necessário;
- * Encaminhamento para médico especialista, quando necessário.
- * Orientações de higiene corporal, ambiental;
- * Visitas domiciliares por parte do médico, enfermeira e equipe da ESF;
- * Reuniões nas comunidades com orientações e entrega de medicamentos aos

diabéticos e hipertensos;

- * Realização de procedimentos e consultas a domicílio (curativos, injeções, consultasmédicas aos acamados e orientações em geral);

2.8.10.8– Metas das Equipes da Estratégia da Saúde da Família

ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMÍLIA METAS 2018 – 2021	COMO	QUANDO
Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área adscrita.	- Através de fichas de acompanhamento	- Sempre que for necessário
Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas	- Encaminhamento ao setor de marcação do CMS	-Durante horário de expediente
Consultas médicas e/ou de enfermagem		
Consultas e procedimentos odontológicos, pela equipe de saúde bucal.	- Orientação e encaminhamento ao CMS	- Sempre que houver necessidade
Visita mensal às famílias, pelas agentes comunitárias de saúde	- A critério do ACS	- Uma vez por mês
Reuniões de orientação pré-nata para as gestantes;	- Reunião em Sala específica no CMS	- Uma vês por mês
Realizar campanhas de Imunização com cobertura de 100% da população alvo;	- Orientação, informação e conscientização na família	- Nas visitas domiciliares que antecedem as épocas das campanhas.

Orientações sobre métodos para Planejamento familiar e Climatério às mulheres	- Reuniões e palestras nas comunidades de origem	- No mínimo uma vez por ano
Encaminhamento de pacientes para médico especialista.	- Através de diagnóstico feito pelo profissional da saúde (méd., dent., enf.).	- Sempre que houver necessidade.
Reuniões nas comunidades com orientações e entrega de medicamentos aos diabéticos e hipertensos;	- Através do deslocamento da equipe até as comunidades de origem, levando orientações, palestras e medicamentos aos diabéticos e hipertensos	- Uma Vez por mês com datas pré-agendadas.
Realizar Visitas domiciliares por parte do médico, enfermeira e equipe da ESF;	- Organização de calendário de acordo com a demanda.	- Um turno por semana com prioridade aos casos mais urgentes e necessários.

2.9 - - SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL

Na última década, o Brasil avançou muito na prevenção e no controle da cárie em crianças. Contudo, a situação de adolescentes, adultos e idosos está entre as piores do mundo. E mesmo entre as crianças, problemas gengivais e dificuldades para conseguir atendimento odontológico persistem. Para mudar esse quadro, o governo federal criou a Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, que reúne uma série de ações em saúde bucal, voltadas para cidadãos de todas as idades.

Até o lançamento do Brasil Sorridente em 17 de março de 2004, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feito no SUS correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor.

Nesse sentido, a Política Brasil Sorridente propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população. Ela está articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

No âmbito da assistência, as diretrizes da Política Brasil Sorridente apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso

a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção, além da equidade e a universalização do acesso às ações e serviços públicos de saúde bucal.

A Política Nacional de Saúde Bucal apresenta, como principais linhas de ação, a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias).

O Brasil Sorridente recebeu em 2006, investimentos de mais de R\$ 1,3bilhão. Em 2003, foram investidos cerca de R\$90 milhões em incentivos para a saúde bucal no saúde da Família, superando em R\$40 milhões os investimentos do ano anterior. Ainda em 2004, o relatório do Tribunal de Contas da União apontou um crescimento de 45% nos atendimentos realizados, fato jamais registrado anteriormente. Em 2005, os recursos chegam a mais de R\$400 milhões.

Em nosso Município o Programa Saúde Bucal está inserido dentro do Programa Brasil Sorridente do Governo Federal que no ano de 2008 recebeu Kits de escovação para serem distribuídos, principalmente, aos alunos das escolas municipais e estaduais da sua área de abrangência, além de fazer parte dos Programas Estaduais de especificidades regionais recebendo recursos do Governo Estadual.

Destacamos a importância da inserção da Equipe de Saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família. Atualmente contamos com um cirurgião Dentista (CD) e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) com carga horária de 40 horas semanais respectivamente, integrando-se a equipe de saúde da família, disponibilizando atendimento odontológico educativo, preventivo e curativo para toda a comunidade. A equipe de saúde Bucal ESB atuará principalmente na Unidade Básica de Saúde do Centro municipal de Saúde da cidade com atendimento no Consultório Odontológico e na Unidade subordinada do Distrito do Basílio da Gama. Além disso, será desenvolvido um forte trabalho educativo, com palestras nas escolas do município, tanto da rede municipal quanto da rede estadual, com acompanhamento na utilização dos escovódromos, distribuição de material educativo, e kits de higienização.

2.9.1- Metas:

- Implantação da Semana da Saúde Bucal e outros projetos de prevenção
- Palestras aos alunos nas escolas;

- Atendimentos no consultório dentário com trabalhos de, dentística, odontopediatria, prevenção, periodontia e pequenas cirurgias, próteses e de orientação individual;

- Encaminhamentos para procedimentos de alta complexidade;
- Distribuição de materiais de informação às famílias;
- Com o programa ESF Bucal, pretendemos facilitar o atendimento com medidas preventivas da cárie dental, com aplicação de flúor, escovação dos dentes, palestra em todas as comunidades e escolas sobre higiene dentária;
- Através da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente buscar a ampliação e qualificação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde - SUS.
- Aquisição e manutenção de cadeiras odontológicas para desenvolvimento das atividades

2.10- SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA, FISIOTERAPIA/MASOTERAPIA

2.10.1- FONOAUDIOLOGIA

O serviço de fonoaudiologia do Município de Pinheirinho do Vale está associado ao serviço de especificidades Regionais e funciona atualmente junto a escola da APAE. Realiza atendimentos individuais para a população em geral todas as sextas-feiras pela parte da manhã atendimentos coletivos para os alunos da APAE todas as sextas-feiras à tarde.

Apesar de ser um serviço novo a secretaria tem buscado a articulação com os diversos setores da municipalidade para a melhoria nesse atendimento aos usuário. Embora tendo ligação com todas as faixas etárias, a atenção a criança e o adolescente fora priorizada, em virtude de ser até o momento a área de maior demanda do serviço.

2.10.1.1- Ações desenvolvidas

- Atendimentos individualizados;
- Orientações individuais e coletivas;
- Encaminhamentos para serviços especializados aos centros de referencia;

2.10.2- FISIOTERAPIA/MASSOTERAPIA

É o ramo da saúde que avalia, previne, reabilita e trata os distúrbios da biomecânica humana decorrentes de alterações de órgãos e sistemas.

2.10.2.1 -Metas:

- Manter e apoiar o serviço de fisioterapia, bem como ampliar esse atendimento com profissionais qualificados, visando a melhoria da saúde pública;
- Manter os equipamentos de fisioterapia e adquirir novos equipamentos para qualificaresse atendimento.

2.10.2.2– Prevenção

A atenção fisioterapêutica propicia o desenvolvimento de ações preventivas primárias, secundárias e terciárias. Mesmo antes da doença atingir o horizonte clínico, ou seja, de exibir sinais e sintomas, podem ser desenvolvidas intervenções preventivas.

2.10.2.3- Reabilitação

Trata-se de um processo multiprofissional visando a reinserção bio-psico-social do paciente. Tem por objetivo restaurar os movimentos e funções comprometidas depois de uma doença ou acidente, até tornar possível devolver o indivíduo a seu lugar anterior na sociedade, ou o mais perto disto (mais funcional/autônomo possível).

2.11.2.4- Recursos Terapêuticos

Os procedimentos da Fisioterapia contribuem para a prevenção, cura e recuperação da saúde. Para que o fisioterapeuta eleja os procedimentos que serão utilizados, ele terá de proceder à elaboração do diagnóstico Cinesiológico Funcional identificando a abrangência da disfunção, assim como acompanhar a reposta terapêutica aos procedimentos indicados pelo próprio profissional.

2.10.2.5– Técnicas Utilizadas:

- Cinesioterapia;
- Eletroterapia;
- Termoterapia;
- RPG (Reeducação Postural Global);
- Biofeedback;
- Reabilitação Córdio Pulmonar;
- Reabilitação Uroginecológica;

- Incentivadores de fluxo aéreo;
- Isso Streshing;
- Drenagem Linfática (pré e pós-cirurgia).

2.10.2.6- Áreas da Fisioterapia

- ..Ortopedia;
- Traumatologia;
- Reumatologia;
- Disfunção da Articulação – Têmporo – mandibular (ATM);
- Pneumologia;
- Neurologia;
- Mastologia;
- Uroginecologia;
- Geriatria;
- Pediatria;
- Gestante.
- Estética

2.10.2.7- Rotinas ou atividades Permanentes

- Atendimento clínico, ambulatorial e domiciliar, mediante hora marcada das avaliações e das sessões;
- Realização de seções clínicas semanais, com profissional que integra a equipe da secretaria municipal da saúde, com a participação do setor de agendamentos da secretaria que encaminha pacientes para estudo de casos e para o estabelecimento, em comum, dos objetivos e das programações terapêuticas;

2.10.2.8- Avaliação Clínica

O profissional fisioterapeuta, dará especial atenção à partilha e ao cultivo das relações, encaminhando diálogos verdadeiros, assegurando um espaço de participação no qual todos possam, coresponsavelmente, fazer um exame sistemático dos elementos presentes na vida e no trabalho cotidiano, confrontando seu discurso e sua prática. Um espaço no qual as tentativas, os erros e os acertos sejam os nutrientes de auto-regulação e da auto-superação, um espaço para a consciência, a cultura e, seja construída a partir dos elementos do seu Quadro

deReferência.

A avaliação será realizada por todos que integram o quadro de profissionais afins, durante o processo vivenciado. Contará sempre com instrumental adequado (roteiros ou questionários) para que todos os setores envolvidos possam:

- localizar os problemas e as dificuldades que ocorreram no desenvolvimento das atividades ou dos projetos;
- fazer o confronto do resultado obtido com o que foi planejado;
- descobrir as causas dos desvios das ações;
- encontrar alternativas que possam orientar o processo e as ações futuras.

2.11- SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

Na área de Saúde Pública a atividade é desenvolvida, principalmente, junto as Unidades de Saúde do município. Deve sempre estar pronto para prestar informações ao público através dos veículos de comunicação de massa; deve conscientizar a sociedade e mobilizar o governo para a busca de soluções definitivas, objetivando amenizar a gravidade da questão alimentar da população.

As atividades desenvolvidas em nosso município passarão a serem descritas a seguir, contendo as principais características a serem seguidas pelo(s) profissional(is).

- a) Planejamento: Realizado em nível local, elaborando e coordenando programas de suplementação alimentar e de merenda escolar, na tentativa de reduzir as carências nutricionais.
- b) Assistência alimentar: Serviços de nutrição em instituições que comportam coletividade sadia (estrutura, instalações, impressos, pessoal; elaboração de cardápios diários: requisição, produção e distribuição); observação do per capita e da aceitabilidade da alimentação distribuída.
- c) Educação nutricional: Organização e planejamento de atividades; palestras para a clientela; pesquisas para avaliação nutricional da clientela; atendimento ambulatorial (avaliação e orientação nutricional); elaboração e prescrição de dietas ao público que procurar os serviços.
- d) Alimentação do pré-escolar e escolar: Atividades desenvolvidas em todas as instituições da comunidade municipal (estadual e municipal), verificando aspectos nutricionais na avaliação da alimentação e do estado nutricional, por serem os membros da comunidade oriundos dos mais diferentes níveis sócio-econômicos e culturas.

e) Centro Municipal de saúde: planejamento e ministrar palestras e cursos sobre temas de nutrição e saúde, para os usuários que integram os programas e para a comunidade; atendimento nas unidades de saúde do município e orientação alimentar para mães, crianças e usuários em geral uma vez por semana.

f) Escolas: serviço de nutrição (instalações; confecção e distribuição de refeições); planejamento e elaboração de cardápios; avaliação da aceitabilidade da alimentação distribuída; supervisão da distribuição da merenda escolar; observação do per capita ingerido, utilizando medidas caseiras; anotação da frequência à merenda escolar; impressos e rotina.

Creches/ Escolas de educação infantil: planejamento e ministração de palestras e cursos sobre alimentação e saúde, dirigidos aos responsáveis pelas crianças e membros da comunidade, com demonstrações práticas e técnicas para a conservação do valor nutritivo dos alimentos; avaliação nutricional do pré-escolar.

2.12- SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - - Assistência Hospitalar

Pinheirinho do Vale, por ser um município de pequeno porte não dispõe de rede hospitalar, possui apenas duas unidades básicas de Saúde (CENTRO Municipal de Saúde – cidade – e Ubs - Unidade Básica de Saúde – do Basilio da Gama), sendo que as internações hospitalares de baixa e média complexidades são referenciadas em hospitais de cidades da região, como Palmitinho, Frederico Westphalen, Tenente Portela, Três Passo e Rodeio Bonito. Enquanto que os casos de alta complexidade, dependendo da especialidade são referenciados para Erechim, Passo Fundo, Porto Alegre, Três de Maio, Santa Maria, Santa Rosa, Ijuí e outros.

O atendimento de urgencia e emergência é realizado através do primeiro atendimento no Centro Municipal de Saúde pela equipe de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e posteriormente, se for o caso, através do encaminhamento e transporte dos pacientes com ambulância ou carro da secretaria de saúde, conforme o caso, para um dos locais referenciados anteriormente.

2.13- VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Segundo a Lei 8.080, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte,

olazer, o acesso aos bens e serviços essenciais\; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Dizem respeito também a saúde às ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social.

Neste contexto desenvolve-se o conceito de Vigilância em Saúde, entendido tanto como modelo de atenção , como proposta de gestão de práticas sanitárias. Na concepção abrangente da Vigilância em Saúde, o objeto das ações são os agravos, os riscos e os fatores determinantes e condicionantes da saúde. A forma de organização deste modelo privilegia a construção de políticas públicas, a atuação intersetorial, assim como as intervenções particulares e integradas de promoção, prevenção e recuperação, em torno de problemas e grupos populacionais específicos, tendo por base o planejamento das ações, as análises de situações nas áreas geográficas municipais. Estrategicamente, a Vigilância em Saúde é um dos pilares de sustentação do princípio da integralidade da atenção.

Desta forma, avaliada do ponto de vista tecnológico e operacional, a ação de Vigilância em Saúde pode ser entendida com a prática: da integração intra-institucional entre as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador; da análise de situação de saúde de grupos populacionais; da identificação e gerenciamento dos riscos dos diversos ambientes do convívio humano; do planejamento em saúde com enfoque estratégico-situacional; da organização tecnológica do trabalho em saúde, estruturada por práticas articuladas de prevenção de doenças e agravos, bem como de promoção, recuperação e reabilitação da saúde de grupos populacionais, em suas dimensões coletiva e individual.

A proposta de Vigilância em Saúde transcende os espaços institucionais do sistema de serviços de saúde, se expande a outros órgãos e setores de ação governamental e não governamental, e envolve uma complexa interação de entidades representativas de interesses e diversos grupos sociais.

Em síntese, a Vigilância em Saúde apresenta as seguintes características básicas: intervenção sobre problemas de saúde-dano e/ou determinantes; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; articulação de ações promocionais, de proteção e de prevenção; atuação intersetorial, ações sobre território; intervenção sobre forma de operações.

As atividades da Vigilância em Saúde integram o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e são financiadas com recursos do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde – TFVS, do Ministério da Saúde, do Plano de Ajuste de Metas – TAM – da ANVISA, da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador –RENAST – do Banco Mundial (Projeto VIGISUS), do Município e do Tesouro do Estado.

2.13.1- Vigilância Ambiental

Entende-se por Vigilância Ambiental em Saúde o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco e das doenças ou agravos em especial às relativas a vetores, reservatórios e hospedeiros, animais peçonhentos, qualidade da água destinada ao consumo humano, qualidade do ar, contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

A relação existente entre ambiente e o padrão de saúde da população diz respeito a todos os elementos que, direta ou indiretamente, afetam a saúde (exposição à substâncias químicas, elementos biológicos, estado psíquico do indivíduo, até os relacionados aos aspectos negativos de desenvolvimento social e econômico das populações).

Como principais objetivos da Vigilância Ambiental destacam-se:

- Produzir, integrar, processar e interpretar informações, para disponibilizar instrumentos para planejamento e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente.
- Estabelecer os principais parâmetros, atribuições, procedimentos e ações relacionadas à Vigilância Ambiental em Saúde nas diversas instancias de competência.
- Identificar os riscos e divulgar as informações referentes aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças e outros agravos à saúde.
- Intervir com ações de responsabilidade, com vistas a eliminar os principais fatores de riscos à saúde humana.
- Promover, junto aos órgãos afins, ações de proteção à saúde humana relacionadas ao controle e recuperação do meio ambiente.
- Conhecer e estimular a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, visando o fortalecimento da participação da população na promoção da saúde e da qualidade de vida.

Destaca-se que a Vigilância Ambiental em saúde tem necessariamente, um caráter integrador inter e intra setorial, considerando-se que é impossível realizar atividades de

Vigilância e controle de riscos ambientais para a saúde humana, sem uma avaliação e ação conjunta de todos os setores envolvidos com o ambiente e a saúde humana em um determinado território.

2.13.1.1- Ações da vigilância Ambiental

Dentre as ações da Vigilância Ambiental destacamos as que seguem:

- Fiscalização e controle da dengue com estabelecimento de pontos estratégicos, visitas domiciliares, orientações através de palestras e seminários, conversas informais, distribuição de material educativo e informativo, campanhas de cuidados com o lixo susceptível a ploriferação do Controle da doença de chagas com implantação de armadilhas em pontos estratégicos e trabalhos de prevenção e cuidados;
- Controle da doença de chagas com implantação de armadilhas em pontos estratégicos e trabalhos de prevenção e cuidados;
- Acompanhamento e controle de outros vetores e/ou pragas que causam riscos a saúde;

2.13.2- Vigilância Epidemiológica

Vigilância Epidemiológica, segundo a Lei Orgânica da Saúde, tem como conceito um **“conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção e prevenção de qualquer mudança de fatores determinantes e condicionantes das saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos”**.

Com base neste conceito, a Vigilância Epidemiológica da secretaria de Saúde de Pinheirinho do Vale disponibiliza de informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, assim como os fatores condicionantes assim como os fatores condicionantes de toda a sua área geográfica ou população com ações de controle e prevenção. A operacionalização da Vigilância Epidemiológica é composta por um conjunto de funções desempenhadas pelos profissionais da saúde que atuam no Centro Municipal de Saúde e que são desenvolvidas de maneira contínua, permitindo conhecer a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo em questão.

Pela vulnerabilidade das doenças imunopreveníveis pelo uso de vacina, estas historicamente são objeto da Vigilância Epidemiológica como principal objetivo a ser

alcançado.

Todos, nos diferentes níveis do sistema de saúde, tem atribuições de vigilância epidemiológica dentro das funções mencionadas. Quanto mais eficientes essas funções forem realizadas, maior será a eficácia das ações de controle desenvolvidas. Após a implantação da NOB/SUS/96 (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996), grandes avanços ocorreram na descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica. A relação das doenças e agravos de notificação compulsória tem sofrido revisões em função de novas ações programáticas instituídas para controlar problemas específicos de saúde. As portarias federais definem as doenças e agravos de notificação compulsória para todo o território nacional. Além disso, todas as suspeitas de surtos ou agravos inusitados devem ser investigadas e imediatamente notificadas nos níveis hierárquicos superiores pelo meio mais rápido de comunicação disponível.

Todo o sistema de Vigilância é organizado tendo como objetivo o controle, eliminação ou erradicação de doenças e agravos.

2.13.2.1 - Ações da Vigilância Epidemiológica:

- A coleta de dados de paciente acometidos de doenças e agravos;
- O processamento dos dados coletados.
- A análise e interpretação dos dados processados.
- A recomendação das medidas de controle apropriadas.
- A promoção das ações de controle de doenças, principalmente as contagiosas.
- A avaliação da eficácia das medidas adotadas e divulgação das informações pertinentes.
- Acompanhamento dos pacientes acometidos por epidemia e agravos (dengue, hanseníase, tuberculose, hepatite, meningite, doença de chagas, hipertensão, diabetes, influenzas, covid 19 e outras);
- Visitas domiciliares com orientações sobre cuidados, administração de medicamentos e prevenção;
- Realização de campanhas de imunização, seguindo o calendário instituído pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual da Saúde;
- Realização de palestras e orientações à população em geral.

2.13.3- Vigilância Sanitária

Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio

ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Esta definição denota a abrangência de Vigilância Sanitária (VISA) e sua natureza essencialmente preventiva contendo especificidades que a diferenciam de outras ações e serviços de saúde devido ao vínculo estreito com os setores econômico, jurídico, público e privado e com a organização econômica da sociedade e seu desenvolvimento tecnológico e científico que abrangem um amplo espectro dos elementos determinantes do processo saúde-doença-qualidade de vida e que podem ser entendidos como riscos ou problemas/necessidades de saúde relacionados a população, circulação e consumo de bens e serviços.

2.13.3.1- Ações da Vigilância Sanitária

No Brasil, as ações da vigilância sanitária são coordenadas pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), que é a responsável por criar normas e regulamentos sobre a saúde no país, dando suporte às atividades sanitárias pelo Brasil.

Ela é a agente responsável pela execução de atividades de controle sanitário, fiscalizando portos, aeroportos e fronteiras, estabelecendo legislações estaduais para controle regional da saúde, entre outros

No cuidado sanitário com produtos de consumo, o objetivo principal da fiscalização é assegurar a qualidade dos serviços de alimentos, dividindo critérios e estágios para análise que são válidos para todos os tipos de alimentos, matérias-primas, coadjuvantes tecnológicos, processos tecnológicos, aditivos, embalagens, equipamentos, utensílios e, claramente, os aspectos nutricionais da composição alimentar.

A fiscalização, inspeção e monitoramento de produtos, conforme leis federais e estaduais, também visam a limpeza e controle em produção, distribuição, transporte e comercialização de mercadorias como medicamentos, correlatos, saneantes domissanitários, cosméticos, produtos de higiene, perfumes e agrotóxicos.

Apoiada pela secretaria de saúde do governo federal, a vigilância sanitária não passa de um parte do poder de polícia do Município que defende única e exclusivamente a saúde no município.

Com definição legal estimulada no Brasil pela lei federal nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, a vigilância tem como principal obrigação a realização de atos administrativos em prol da saúde, como fiscalizar, autuar, intervir e aplicar alvarás para a efetivação da segurança de saúde da população municipal.

Contando com dedicação extrema ao interesse público, a administração da vigilância sanitária objetiva eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, controlando todo tipo de problemas sanitários que possam afetar tanto o meio ambiente quanto a saúde do ser humano.

A VISA atua nos seguintes locais:

1. Nos locais de produção, transporte e comercialização de alimentos

Bares, restaurantes, mercados, frutarias, açougues, peixarias, frigoríficos, indústrias e rotulagem de alimentos, transportadoras, embaladoras, importadoras, exportadoras e armazenadoras de alimentos, etc.;

2. Nos locais de produção, distribuição, comercialização de medicamentos, produtos de interesse para a saúde

Farmácias, drogarias, perfumarias, produtos de higiene, produtos hospitalares, armazenadora de medicamentos, cosméticos.

3. Nos locais de serviços de saúde

clínicas médicas e odontológicas, laboratórios, etc..

4. No meio ambiente

Controla a qualidade da água, ar, solo, saneamento básico, calamidades públicas, transporte de produtos perigosos, monitora os ambientes que causam danos à saúde, entre outros.

5. Nos ambientes e processos do trabalho/saúde do trabalhador

Identificação e intervenção dos locais de trabalho das pessoas como lojas, fábricas, transportes, escritórios, etc.

6. Na pós-comercialização

Investiga situações que envolvem reações adversas a medicamentos, sangue e produtos para saúde, intoxicação por produtos químicos, etc.

7. Nos projetos de arquitetura

Analisa projetos de construção, reforma, adaptação ou ampliação no que interfere na saúde das pessoas, em residências, hospitais, clínicas, fábricas, escolas, etc.

8. Em locais públicos

Shoppings, cinemas, clubes, óticas, postos da gasolina, estádios, piscinas, escolas, cemitérios, salões de beleza, portos, aeroportos, áreas de fronteira, entre outros.

2.13.4- Saúde do trabalhador

O trabalho é um dos elementos que mais interferem nas condições e qualidade de vida do homem e portanto, na sua saúde. Muitas das lutas travadas por direitos trabalhistas que

ocorreram no último século estão ligadas à demandas dos trabalhadores por um ambiente de trabalho saudável, e a própria existência de doenças profissionais, isto é, de enfermidades ligadas à atividade produtiva já era reconhecida pela Organização Internacional do Trabalho desde o início do século XX.

A Saúde do Trabalhador é o conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador sendo que no Município de Pinheirinho do Vale esta política é desenvolvida de acordo com as determinações advindas das políticas federal e Estadual.

As ações de Saúde do Trabalhador (ST) presente na rede do SUS objetiva a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio de ações de vigilância dos riscos existentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde e da organização e prestação da assistência aos trabalhadores.

2.14 - SAUDE DA MULHER

O Ministério da Saúde, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade, instituiu a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Esta política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual bem como a prevenção de doenças. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. A Política Nacional proposta considera a diversidade dos 5.561 municípios, dos 26 estados e do Distrito Federal, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde e tipos de

gestão. É, acima de tudo, uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros – entes fundamentais para a concretização das políticas – enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social.

Cumprindo o papel de Gestor Municipal – ao formular e implementar a política que deve nortear as ações de atenção à saúde da mulher para o período 2022-2025 – A secretaria Municipal da saúde espera estar contribuindo para que as mulheres avancem nas suas conquistas, na perspectiva da saúde como direito de cidadania.

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos. Os indicadores epidemiológicos mostram uma realidade na qual convivem com doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social.

Dentro da perspectiva de buscar uma melhor qualidade de vida para a população feminina do território, é que estabelecemos os objetivos e metas a serem alcançados durante os próximos quatro anos.

2.14.1 - Objetivos

– Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

– Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

– Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

2.14.2 Metas

- Ampliação das ações da rede cegonha e planejamento familiar, campanhas de incentivo a realização de preventivos e mamografias, e ações de combate a transmissão da sífilis congênita são pontos que deverão ser melhorados em prol da saúde da mulher

- Estimular a realização do exame e do autoexame em toda a população alvo -Capacitação das equipes com educação permanente

- Realização do outubro rosa com intensificação das ações de prevenção para atingir no mínimo 70% das mulheres dentro da faixa etária.

2.15- SAÚDE DO HOMEM

A **Política de Atenção Integral à Saúde do Homem** trabalha com cinco eixos prioritários: acesso e acolhimento; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população **masculina**; prevenção de violência e acidentes; e **saúde** sexual e reprodutiva. Os **homens** vivem menos que as mulheres. Nesse sentido, a política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um dos principais objetivos desta Política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. Para isso, a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde. Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas. Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades,

cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.

2.15.1 - Objetivo Geral

- Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do município, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

2.15.2 – Metas

- Implantar e/ou estimular nos serviços de saúde, públicos e privados, uma rede de atenção à saúde do homem que garanta linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade;

- fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;

- formar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem;

2.16.- DOENÇAS CRÔNICAS: LINHAS DE CUIDADO ONCOLOGIA, DOENÇA RENAL CRONICA E OBESIDADE

As doenças e agravos não transmissíveis (Dant) são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil. Em 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e 11,5% por agravos. As DCNT, principalmente as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são causadas por vários fatores ligados às condições de vida dos sujeitos. Estes são determinados pelo acesso a: bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego e renda e possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde. Os principais fatores de risco comportamentais para o adoecimento por DCNT são: tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física. Estes podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais que regulamentem e reduzam, por exemplo, a comercialização, o consumo e a exposição de produtos danosos à saúde. Os agravos não transmissíveis (violências e acidentes) também fazem parte do cenário de morbimortalidade da população. Mortes por violências o que mais chama a atenção são as causadas por acidentes de percurso nos últimos anos.. Também Chama atenção o grande número de lesões não fatais que causam incapacidades temporárias. Estas impactam na renda familiar e na reinserção no mercado de trabalho, conferindo maior complexidade às consequências das lesões de trânsito. O plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis, apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das Dant e para a promoção da saúde da população com vistas a dirimir desigualdades em saúde. A estratégia de organização de serviços em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, e nos serviços de saúde. O Plano também está com consonância com as recomendações mundiais com as recomendações mundiais e nacionais para prevenção das Dant e para a promoção da saúde. Espera-se que a agenda coletiva colocada pelo Plano de Dant possa otimizar a implementação das ações nele propostas. E, finalmente, acrescentar ações e serviços de saúde proporcionando a melhoria da qualidade de vida da população.

2.16.1 – Objetivo

Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas

2.16.2 - Metas

Reduzir a prevalência de obesidade em crianças (por não haver dados nacionais periódicos).

- Reduzir a prevalência de obesidade em adolescente (por não haver comparabilidade dos dados disponíveis).

- Reduzir o consumo médio de sal (por não haver dados nacionais periódicos).

- Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (por não haver dados disponíveis). Desse modo, as metas cujo monitoramento será aqui apresentado são:

- Manter em 0% a mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT.

- Reduzir a prevalência de tabagismo em 10%.

- Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas .

- Deter o crescimento da obesidade em adultos.

- Aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%.

- Aumentar a prevalência da prática de atividade física.

- Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos quatro anos para 70%.

- Aumentar a cobertura de Papanicolau em mulheres de 25-64 de idade nos quatro anos em 80%%

2.17 - ACADEMIA DE SAUDE

O Programa Academia da Saúde (PAS), lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos onde são ofertadas práticas de atividades físicas para população. Esses polos fazem parte da rede de Atenção Primária à Saúde e são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia Saúde da Família, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e a Vigilância em Saúde.

2.17.1 Objetivo geral

Contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis

2.17.2 - São diretrizes e metas do Programa Academia da Saúde:

- configurar-se como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, complementar e potencializar as ações de cuidados individuais e coletivos na atenção básica;
- referenciar-se como um programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis;
- estabelecer-se como espaço de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis.
- Ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde;
- fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde;

- potencializar as ações nos âmbitos da Atenção Primária em Saúde (APS), da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS);
- promover a integração multiprofissional na construção e execução das ações;
- Promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer;
- Ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis;
- Aumentar o nível de atividade física da população;
- Estimular hábitos alimentares saudáveis; IX - promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade;
- Potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde;
- Contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população
 - promover ações integradas com outras áreas governamentais do município

2.17.3 - Previsão de atividades a serem desenvolvidas

I - promoção de práticas corporais e atividades físicas (ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi Chun, dentre outros);

II - orientação para a prática de atividade física;

III - promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar;

IV - práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato) em parceria com as oficinas terapêuticas;

V - organização do planejamento das ações do Programa em conjunto com a equipe de APS e usuários;

VI - identificação de oportunidades de prevenção de riscos, doenças e agravos a saúde, bem como a atenção das pessoas participantes do Programa;

VII - mobilização da população adstrita ao polo do Programa;

VIII - apoio às ações de promoção da saúde desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde;

IX - apoio às iniciativas da população relacionadas aos objetivos do Programa;

X - realização de outras atividades de promoção da saúde a serem definidas pelo grupo de apoio à gestão do Programa em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde;

XI - realização da gestão do polo do Programa Academia da Saúde.

2.18 – COVID – 19

A Covid-19 é uma doença causada pelo novo tipo de coronavírus identificado no ano de 2019, que leva o nome de SARS-CoV-2. Ele pertence à família de vírus de mesmo nome que causa

infecções respiratórias. O vírus tem esse nome porque seu formato, quando observado em microscópio, se assemelha a uma coroa.

Histórico

Em 31 de dezembro de 2019, o escritório da Organização Mundial de Saúde na China foi informado sobre casos de pneumonia de causa desconhecida, detectada na cidade de Wuhan, na província de Hubei. Entre 31 de dezembro de 2019 e 3 de janeiro de 2020, um total de 44 pacientes foram notificados. Em 7 de janeiro as autoridades chinesas identificaram em exames laboratoriais que a causa era um novo tipo de coronavírus.

Apesar da situação atual, o coronavírus não é recente. Os primeiros coronavírus humanos foram identificados em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do seu formato, parecendo uma coroa.

A maioria das pessoas se infecta com os coronavírus comuns ao longo da vida, sendo as crianças pequenas mais propensas a se infectarem. Os coronavírus mais comuns e que já circulam no nosso ambiente são o alpha coronavírus 229E e NL63 e beta coronavírus OC43, HKU1. Eles geralmente causam sintomas leves a moderados nas vias respiratórias, semelhantes a uma gripe comum.

Outros tipos de vírus podem causar síndromes respiratórias graves, como a síndrome respiratória aguda grave que ficou conhecida pela sigla SARS (do inglês Severe Acute Respiratory Syndrome). Ela é causada por um tipo de coronavírus (chamado de SARS-CoV) que teve os primeiros relatos na China em 2002. O vírus se disseminou rapidamente para mais de doze países na América do Norte, América do Sul, Europa e Ásia, infectando mais de 8 mil pessoas e causando cerca de 800 mortes, antes de ser controlada em 2003. Desde 2004, nenhum caso de SARS tem sido relatado mundialmente.

Em 2012, foi isolado outro novo coronavírus inicialmente na Arábia Saudita e, posteriormente, em outros países do Oriente Médio, na Europa e na África. Pela localização dos casos, a doença passou a ser designada como síndrome respiratória do Oriente Médio, cuja sigla é MERS (Middle East Respiratory Syndrome) e o novo vírus nomeado coronavírus de MERS-CoV.

2.18.1 - Diretriz:2 -Proteger a saúde e a segurança de toda a população municipal e transeunte, durante a pandemia da COVID-19, bem como contribuir com a proteção, de uma forma mais ampla, da comunidade, em relação à transmissão e disseminação do vírus com medidas de prevenção, proteção, detecção e resposta rápida nos casos de contaminação.

2.18.2 - Objetivo:

Intensificar as ações de Vigilância e Atenção em Saúde do Município , a serem executadas frente a detecção de casos suspeitos de Infecção Humana pelo novo Coronavírus, minimizando riscos à população frente a casos suspeitos de Covid-19, divulgando informações em saúde e estabelecendo estratégias de Comunicação de risco e orientando a adoção de medidas protetivas e preventivas bem como indicação de uso de EPIs.

2.18.3 – Metas a serem alcançadas

Realizar ações de Proteção, prevenção, comunicação, investigação e encaminhamentos de casos suspeitos e investigados, relacionados a Covid19, com cobertura de 100 por cento da população residente e da demanda espontânea.

2.18.4 – indicadores

Cem por cento da população residente atendida e os casos suspeitos investigados, testes realizados, encaminhamentos e demais medidas tomadas bem como protocolos cumpridos.

2.18.5 – Ações previstas

- Aquisição e disponibilização de EPIs ao profissionais e trabalhadores da saúde bem como aos demais agentes públicos municipais.

- Aquisição e disponibilização de álcool em gel em todos os departamentos das UBSs do município

- Elaboração de protocolos a serem seguidos pelos profissionais da saúde bem como os usuários que necessitarem de atendimento.

- Realização de campanhas de orientação, e conscientização à população, com chamadas de rua, anúncios e entrevistas em meios de comunicação (rádios, jornais) e redes sociais e impressos educativos

- Visitas domiciliares com investigação de casos suspeitos.

- Realização de testes rápidos RT-PCRs com isolamento pelo tempo necessário, dos casos confirmados bem como das pessoas que tiveram contato com os mesmos nos dias próximos a confirmação, de acordo com os protocolos clínicos.

- Encaminhamento e acompanhamento dos casos de Covid 19 que necessitarem de internação

- Campanhas de vacinação de prevenção ao Coronavírus, cumprindo as determinações da SES e do MS através do calendário previamente estabelecido sob orientação da Coordenadoria Regional de Saúde;

- Manutenção de espaços físicos (salas) específicos para atendimento Covid.

2.19- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF) reúne um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional. No Ministério da Saúde, tais ações consistem em promover a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. Para ter acesso aos medicamentos, o usuário precisa ser residente em Pinheirinho do Vale e ser atendido no Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Pinheirinho do Vale (Unidades Básicas de Saúde; Estratégias da Saúde da Família e possuir cadastro no Tei Saúde (sistema municipal). O paciente deve apresentar a receita contendo a Denominação Comum Brasileira/nome genérico do medicamento (não pode ser ou nome comercial no caso de medicamento básico). Os medicamentos do SUS estão divididos por blocos de financiamento da assistência farmacêutica, sendo de responsabilidade municipal (componente básico), estadual (componente especial e especializado) ou federal (componente Estratégico – programas de saúde do MS). Os medicamentos do Componente Básico poderão ser retirados na farmácia do Município e Medicamentos do componente Especial e Especializado poderão ser solicitados e retirados no departamento de Assistência Farmacêutica no Centro Municipal de Saúde.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é regulamentado pela Portaria GM/MS nº1. 555, de 30 de julho de 2013. Destina-se a aquisição de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção primária e serão adquiridos com recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, pelo Fundo Estadual de Saúde e de Recursos próprio (Fundo Municipal de Saúde). Para ter acesso a estes medicamentos, o cidadão deverá apresentar a receita médica oriunda da Rede SUS, com data atualizada, assinatura e carimbo do médico, e ir até as farmácia municipal, no Centro Municipal de Saúde.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica visa garantir, no âmbito do SUS, o acesso ao tratamento medicamentoso, de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, publicados pelo Ministério da Saúde - MS. Os medicamentos especializados são de responsabilidade do Ministério da Saúde (cofinanciamento e aquisição de parte do elenco), da Secretaria Estadual de Saúde (aquisição e distribuição) e dispensados pelas Secretarias Municipais de Saúde. O elenco destes medicamentos e a forma de repasse financeiro para aquisição estão definidos na Portaria GM/MS 1554/2013. Para que estes medicamentos sejam dispensados, é necessário que seja aberto um Processo Administrativo e/ou Judicial na Assistência Farmacêutica no Centro Municipal de Saúde, Departamento de Medicamentos, e o seu médico preencha o documento LME (Laudo para Solicitação de Medicamento Especializado) e demais documentos de acordo com a solicitação exigida em cada caso.

PROGRAMA FARMACIA- CUIDAR+ RS

O Objetivo do Programa que foi instituído pela Secretaria Estadual da Saúde é ampliar, qualificar e promover os serviços farmacêuticos nas Farmácias de Medicamentos Especiais (FME) nos municípios gaúchos. O Programa Farmácia Cuidar+ está estruturado em três eixos de implementação nas FME e elencados com os seguintes objetivos: I - Eixo Estrutura: contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, para ampliação da capacidade de atendimento, garantia da qualidade do armazenamento dos medicamentos e melhoria da ambiência da farmácia. II - Eixo Cuidado Farmacêutico:

fortalecer as práticas clínicas no âmbito da Assistência Farmacêutica visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia. III - Eixo Identidade Visual: padronizar a estrutura das Farmácias que aderirem ao Programa como forma de identificação do local que prestará serviços clínicos farmacêuticos ao cidadão. O Programa foi instituído através da Portaria SES Número 649/2021 e segue as determinações constantes na mesma.

2.20 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

As práticas foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). São elas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais.

Estas importantes práticas são transversais em suas ações no SUS e estarão presentes em todos os pontos da Atenção à Saúde, prioritariamente na Atenção Primária com grande potencial de atuação. Uma das abordagens desse campo são a visão ampliada do processo saúde/doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. As indicações são embasados no indivíduo como um todo, considerando-o em seus vários aspectos: físico, psíquico, emocional e social.

Entre as principais diretrizes da PNPIC está o aumento da resolutividade dos serviços de saúde, que ocorre a partir da integração – ao modelo convencional de cuidado – de racionalidades com olhar e atuação mais ampliados, agindo de forma integrada e complementar no diagnóstico, na avaliação e no cuidado.

As práticas integrativas e complementares são ações de cuidado transversais, e serão realizadas na atenção primária, oferecida na rede de Saúde do Município. a política traz diretrizes gerais para a incorporação das práticas nos diversos serviços, de acordo com a diretrizes estabelecidas pela Política Nacional das PICS.

Nesse sentido o gestor municipal se compromete elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede municipal de Saúde, e definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação das práticas integrativas. e a contratação dos profissionais e a definição de quais práticas serão ofertadas.

É fundamental esclarecer que para sua efetiva implantação, a gestão assume o compromisso de estimular nos territórios espaços de fortalecimento do debate sobre as práticas e fomentar a troca de experiências com os gestores de outros municípios/estados que tenham as PICS ofertadas pelo SUS.

A PNPIC não possui financiamento específico, assim, no que diz respeito aos recursos destinados às práticas, integram o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) de cada município, por meio do Programa Previne Brasil, e sendo assim o gestor municipal aplicar de acordo com as prioridades que serão estabelecidas em cada Programação Anual de Saúde.

Diretriz - Promover o acesso a medicamentos e práticas homeopáticas e fitoterápicos na perspectiva da ampliação dos serviços buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nestes âmbitos na regulamentação sanitária.

Objetivo das Práticas Integrativas e Complementares

Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, promovendo a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável da comunidade municipal.

Metas - Promover o acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação do uso dessa prática.

- Inclusão da Homeopatia na política de Assistência Farmacêutica da gestão SUS municipal.
- Socializar informações sobre as práticas Integrativas e as características da sua prática, adequando-as aos diversos grupos populacionais.
- Produzir materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das PICS, respeitando as especificidades culturais do local e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, e comunidade em geral.
- Identificar as necessidades da população, a partir de dados epidemiológicos das doenças passíveis de serem tratadas com plantas medicinais e fitoterápicos e outras Práticas Integrativas Complementares

2.21 - QUADRO DE PROGRAMAS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS, PREVISÃO DE RECURSOS E ORIGEM DOS RECURSOS.

DIRETRIZES

DIRETRIZ - 1 - Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde,

respeitando os princípios da universalidade, integralidade, equidade e humanização, buscando a melhoria das condições de vida das pessoas nas diversidades ambientais, sociais e sanitárias do município, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudável.

DIRETRIZ -2 – Proteger a saúde da população municipal e transeunte, durante a pandemia da COVID-19, bem como contribuir de forma mais ampla, com a saúde da comunidade, em relação a transmissão e disseminação do vírus, com medidas de prevenção, proteção, detecção e resposta rápida aos casos de contaminação.

Diretriz -3 - Promover o acesso a medicamentos e práticas homeopáticas e fitoterápicos na perspectiva da ampliação dos serviços buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nestes âmbitos na regulamentação sanitária.

- PROGRAMA	OJETIVOS	META	INDICADO R	FONT E DE RECU RSOS
<p>ATENÇÃO BÁSICA</p> <p>(Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência – RUE, Rede de Atenção Psicossocial - RAPS: Doenças Crônicas: Linhas de Cuidado Oncologia, Doença Renal Crônica e Obesidade., NASF, NAAB, Oficinas Terapêuticas, academia de Saude, saúde do idoso, Saude da mulher e do homem, PIM, Programa de Nutrição e alimentação Saudável, PSE (Programa Saude na Escola),</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar Programa de atendimento às crianças, adolescentes, portadores de necessidades especiais, gestantes e a pessoa idosa; - Desenvolver ou melhorar programas de atenção ao idoso, de combate ao uso álcool e outras drogas, e de orientação para evitar a gravidez precoce; - Fortalecer o Programa Nacional de Controle do Tabagismo - Ampliar ações em relação à Saúde da Pessoa Idosa, através de capacitações para os cuidadores, grupos e visitas domiciliares; - Promover ações que contribuam significativamente para a saúde masculina, através das Políticas Nacional e Estadual de Atenção Integral à Saúde do 	<p>- Visitas domiciliares pelas ACS e equipes multiprofissionais das ESFs, EQUIPE DE Atenção Psicossocial (NAAB, NASF, E OFICINAS TERAPEUTICAS), Consultas pre agendadas para as populações portadoras de necessidades especiais, idosos e gestantes.</p>	<p>100% da população alvo atendida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fundo Municipal de Saúde – recurso próprio - Fundo estadual de Saúde - Secretaria estadual de Saúde RS. - Fundo Nacional de Saúde - Ministério da saúde

<p>Vigilância em saúde, serviços de Fisioterapia, fonoaudiologia e massoterapia)</p>	<p>Homem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorizar o Núcleo de Apoio à Atenção Básica - NAAB e Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, os quais vêm articulando o trabalho em rede de saúde e linha de cuidado, - Incentivar cursos e aperfeiçoamento dos profissionais da área da saúde, aprimorando conhecimentos para melhor desenvolver as ações em saúde; <p>Fortalecer a Visita domiciliar, para pacientes que necessitam e com dificuldades de deslocar-se até os postos de saúde ou hospital;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualificar o acolhimento e atendimento aos que necessitam, buscando melhorias; - Viabilizar a ampliação de profissionais na área da saúde. - Implementar O Programa Estadual Rede Bem Cuidar 			
	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar as relações de confiança, compromisso e vínculo entre usuários, trabalhadores e gestores, condição fundamental para concretizar os 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar serviços de Atenção Primária de Saúde mais sensíveis às características específicas de cada território, com perspectiva de serem 	<p>100% dos objetivos e metas alcançados nos quatro anos</p>	<p>Secretaria Estadual da saúde – Fundo estadual da Saúde</p> <p>Secretaria</p>

<p>REDE BEM CUIDAR</p>	<p>princípios da integralidade e equidade em saúde. Construir estratégias para o enfrentamento dos novos desafios impostos pela pandemia de Covid-19, a partir das demandas do território vivenciadas pelos usuários, estimulando a construção de ambientes favoráveis à promoção do cuidado humanizado, mapeando e estabelecendo conexões de valor na comunidade, para a incubação de inovação e tecnologia, a partir das demandas e Induzir a melhoria das práticas de saúde e o cuidado para o envelhecimento saudável, impactando na melhoria da qualidade de vida da população do município em todas as idades</p>	<p>mais acolhedores e resolutivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar estratégias de educação em saúde contínuas. - Realizar ações de qualificação da atenção em saúde para o envelhecimento saudável e certificação dos serviços de saúde, como Unidades Amigas do Idoso. -Propor práticas de educação permanente em saúde fortalecidas. - Os atributos da APS fortalecidos para proporcionar a melhoria das condições de saúde da população. Incentivar a criação e/ou o fortalecimento de espaços de organização da comunidade, em conjunto com as equipes de saúde, para identificar as reais necessidades de oferta de serviços de saúde locais. 	<p>Municipal da saúde – Fundo municipal de Saúde – Recursos Próprio</p>
-------------------------------	---	---	---

<p>SAÚDE NA ESCOLA (PSE)</p>	<p>- Desenvolver atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde do escolar, visando uma melhoria na qualidade de vida, estimulando o estudante quanto ao desenvolvimento de suas potencialidades e dos recursos individuais que envolvem aspectos de criatividade, produção, iniciativa relacionamentos, conhecimentos, auto-estima e exercício da cidadania.</p>	<p>Controle de cárie dentária; aplicação de flúor; orientação de escovação avaliação nutricional, orientação da merenda escolar, controle da qualidade da água e dos alimentos, educação alimentar (nutrição), acuidade visual e auditiva, controle da pediculose e escabiose, prevenção de doenças infecto contagiosas (medicina), prevenção de gestação na adolescência, DST/AIDS, uso de drogas, problemas da aprendizagem acessória a professores, violência doméstica,</p>	<p>100% da população alvo atendida e das metas alcançadas</p>	<p>- Fundo Municipal de Saúde (recursos próprios).</p> <p>Fundo nacional de Saúde (recursos do Ministério da Saúde)</p>

		<p>orientação familiar (psicologia),</p> <p>visitas domiciliares,</p> <p>encaminhamentos,</p>		
<p>ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE</p>	<p>-Promover a prevenção e a recuperação da saúde da criança e do adolescente , baseados nos princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente e no SUS, como o direito de acesso aos serviços de saúde, da integralidade do indivíduo</p>	<p>Promoção do crescimento e desenvolvimento saudável;</p> <p>- Atenção integral e integrada a saúde da criança e do adolescente;</p> <p>- Realização de teste do pezinho;</p> <p>- Manutenção da carteira de vacina da criança em dia;</p> <p>-Acompanhamento e visitas domiciliares da equipe da ESF e do PIM.</p> <p>- Visitas e palestras com orientações e levantamento de dados nas escolas e creches.</p> <p>- Realização de campanhas de imunização</p> <p>- Estímulo as ações trans-setoriais</p>	<p>Metas atingidas no período dos quatro anos</p>	<p>- Fundo Municipal de Saúde (recursos próprios).</p> <p>- Fundo estadual da Saúde (secretaria Estadual da Saúde RS)</p> <p>- Fundo nacional de Saúde (recursos do Ministério da Saúde)</p>

		visando a integralidade da atenção entre saúde e educação;		
PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR – PIM	- Orientar as famílias, a partir de suas culturas e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de seus filhos de 0 a 6 anos, com ênfase no período de 0 a 3 anos.	<ul style="list-style-type: none"> ●Cadastrar todas as famílias no Sistema de Informação do PIM (SisPIM); ●Reconhecer e valorizar as singularidades e particularidades dos territórios e famílias, pautando os atendimentos no PSA; ●Apoiar as famílias no cuidado, na proteção e na educação das crianças; ●Promover a parentalidade positiva, considerando o interesse superior da criança e as competências, o vínculo e o protagonismo familiar; ●Realizar a vigilância e promover o desenvolvimento 	- População atendida e satisfeita e profissionais capacitados.	Fundo Municipal de Saúde (recursos próprios) Fundo Estadual de Saúde (Secretaria Estadual de Saúde)

		<p>integral infantil;</p> <ul style="list-style-type: none">●Articular o cuidado em rede, contribuindo para a melhoria do acesso aos demais serviços e identificando a rede de apoio da família;●Realizar orientações sobre direitos e formas de acessá-los;●Valorizar e estimular o potencial brincante das famílias e crianças;●Utilizar a ludicidade como estratégia de interação com as famílias;●Utilizar materiais e objetos disponíveis nos domicílios e/ou de fácil acesso para as famílias, valorizando os recursos que as famílias possuem para o desenvolvimento das ações;●Utilizar os espaços públicos de convivência		
--	--	---	--	--

		social disponíveis nas comunidades.		
ATENDIMENTO O PSICOSSOCIAL L SAUDE MENTAL	Apoiar as equipes da ESF e UBSs, articulando o trabalho em rede de saúde e linha de cuidado, com vistas à atenção básica como ordenadora do sistema com ênfase na saúde mental.	<p>- Criação de mais grupos, e fortalecimento dos já existentes, promovendo a integração entre os mesmos e maior participação da população, contribuindo com a saúde pública do município.</p> <p>- fortalecimento do atendimento psicossocial por parte dos profissionais de saúde específicos</p> <p>- Desenvolver atividades nas equipes da ESF do município que vão ao encontro às particularidades de cada realidade</p> <p>- Buscar estratégias de acolhimento da população participante dos grupos de saúde</p>	- Demanda atendida com resolutividade e	<p>Fundo Municipal de Saúde (Recursos Próprios);</p> <p>Fundo Estadual de Saúde (secretaria Estadual de Saúde)</p>

		<p>mental do município.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar troca de informações referente á melhora da qualidade de vida. - Proporcionar um espaço de troca de experiências, saberes e convivência. 		
<p>ATENÇÃO A SAUDE DO IDOSO</p>	<p>Garantir acesso universal e igualitário através de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços para a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde incluindo a atenção especial das doenças que afetam predominantemente a pessoa idosa.</p> <p>>Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose e influenzas.</p>	<p>>Promoção do envelhecimento ativo e saudável</p> <p>>Atenção integral e integrada a saúde do idoso</p> <p>>Estímulo às ações trans-setoriais visando a integralidade da atenção</p> <p>> Educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da saúde do idoso</p> <p>> Atenção a idosos desassistidos pelos familiares, acolhidos e abrigados em instituições público</p> <p>> Reabilitação da capacidade funcional comprometida</p>	<p>100% da população alvo atendida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fundo Municipal de Saúde – recurso próprio - Fundo estadual de Saúde - Secretaria estadual de Saúde RS. - Fundo Nacional de Saúde - Ministério da saúde

		<p>> Acompanhamento e visitas domiciliares da equipe da ESF.</p> <p>> Formação de grupos</p> <p>para realização de atividades físicas na academia pública de saúde com orientação de um profissional</p> <p>> Promoção de eventos e momentos de lazer no centro de convivência do idoso e nos grupos das comunidades</p> <p>> Fornecimento de medicamentos de uso contínuo para tratamento e restabelecimento da Saúde</p> <p>> Distribuição de materiais impressos com orientações sobre cuidados para prevenção de violências e acidentes.</p> <p>> Implementação do plano de manutenção do controle da</p>		
--	--	---	--	--

		<p>dengue em nossa população municipal nos próximos anos</p> <p>> Atingir o patamar de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública municipal</p> <p>> Atingir pelo menos 80% de cura nos casos de tuberculose bacilífera diagnosticados acada ano</p> <p>> Atingir o patamar de 90% nas campanhas de prevenção das influenzas com motivação para a participação da população alvo nas campanhas de imunização</p> <p>> Manter em 0% de casos de infestação</p>		
--	--	--	--	--

		por Aedes aegypti em nossa população		
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	<p>➤ Qualificar a rede de atendimento à saúde da população urbana e rural desenvolvendo ações de saúde visando a prevenção da doença, promoção e reabilitação da saúde;</p>	<p>- Estabelecer vínculos e relações de co-responsabilidade com a população assistida, buscando alcançar uma atenção efetiva e de alta qualidade, capaz de prevenir os agravos à saúde mais prevalentes no município e aproximando a assistência da real condição de vida dos usuários.</p>	<p>Cobertura de 100% da população municipal no período dos quatro anos</p>	<p>Fundo Municipal de Saúde – recursos Próprios.</p> <p>Fundo Estadual de Saúde – Recursos da Secretaria Estadual de Saúde</p> <p>Fundo Nacional de Saúde – Recursos do Ministério da Saúde</p>
SAÚDE BUCAL	<p>Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em</p>	<p>- Implantação da Semana da Saúde Bucal e outros projetos de prevenção</p> <p>- Palestras aos alunos nas escolas;</p> <p>- atendimentos no consultório dentário com trabalhos de, dentística, odontopediatria, prevenção, periodontia e pequenas cirurgias,</p>	<p>Cobertura de primeira consulta odontológica programada e proporção entre exodontias de dentes permanentes e procedimentos odontológicos individuais; e razão entre procedimentos odontológicos coletivos e</p>	<p>Fundo Municipal de Saúde – recursos Próprios.</p> <p>Fundo Estadual de Saúde – Recursos da Secretaria Estadual de Saúde</p> <p>Fundo Nacional de</p>

	<p>situação de urgência</p>	<p>próteses e de orientação individual;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhamentos para procedimentos de alta complexidade; - Distribuição de materiais de informação às famílias; - Com o programa ESF Bucal, pretendemos facilitar o atendimento com medidas preventivas da cárie dental, com aplicação de flúor, escovação dos dentes, palestra em todas as comunidades e escolas sobre higiene dentária; - Através da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente buscar a ampliação e qualificação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde - SUS. - Aquisição e manutenção de cadeiras odontológicas para desenvolvimento das atividades 	<p>a população de 0 a 14 anos de idade, bem como a população em geral conforme demanda</p>	<p>Saúde – Recursos do Ministério da Saúde</p>
--	-----------------------------	--	--	--

<p>SERVIÇOS DE</p> <p>1 - FONOAUDIOLOGIA 2 - FISIOTERAPIA 3 - NUTRIÇÃO</p>	<p>1 Desenvolver ações, abrangendo a proteção específica, o diagnóstico, o tratamento precoce e a reabilitação dos distúrbios da linguagem oral e escrita, audição, voz, motricidade orofacial e disfagia orofaríngea; logo, existem diversas demandas da população para o atendimento.</p> <p>2 - Oferecer qualidade de vida às pessoas, por meio da prevenção e reabilitação física.</p> <p>3 - Garantir a assistência nutricional direcionada às necessidades do cliente, visando a qualidade, o atendimento personalizado e a melhora da qualidade de vida dos pacientes, durante o período de tratamento.</p>	<p>1 - Avaliação, diagnóstico, prognóstico, habilitação e reabilitação fonoaudiológicas de pessoas em diferentes ciclos de vida com alterações neurofuncionais, atuando nas sequelas resultantes de danos ao sistema nervoso central ou periférico .</p> <p>2 - Intervir na saúde do paciente, em 100% da demanda espontânea, durante os quatro anos da gestão com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do indivíduo, melhorando sua qualidade de vida e sua saúde de forma plena.</p> <p>3 - Melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população municipal, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção</p>	<p>100% da demanda atendida com observação de melhoria na qualidade de vida</p>	<p>Fundo Municipal de Saúde – recursos Próprios.</p> <p>Fundo Estadual de Saúde – Recursos da Secretaria Estadual de Saúde</p> <p>Fundo Nacional de Saúde – Recursos do Ministério da Saúde</p>
--	---	---	---	---

		e o cuidado integral dos agravos relacionados à má alimentação .		
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGENCIA	Prevenir agravos e promover melhorias nas condições de saúde da população proporcionando a redução da morbimortalidade e promoção de melhor qualidade de vida.	- Atender toda a demanda com primeiro atendimento pela equipe e se for o caso encaminhamentos aos locais referenciados.	- demanda atendida e resultado esperado alcançado	Fundo Municipal de Saúde – recursos Próprios. Fundo Estadual de Saúde – Recursos da Secretaria Estadual de Saúde Fundo Nacional de Saúde – Recursos do Ministério da Saúde
VIGILANCIA EM SAUDE (EPIDEMIOLOGICA)	> Observar e analisar permanentemente a situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção.	>A garantia do acesso integral e de forma oportuna às ações e serviços de qualidade visam contribuir para a melhoria das condições de saúde da população, a redução das iniquidades e a promoção da qualidade de vida dos munícipes	> Objetivo e meta alcançados durante a execução do PMS E e usuários satisfeitos	Fundo Municipal de Saúde – recursos Próprios. Fundo Nacional de Saúde – Recursos do Ministério da Saúde
VIGILANCIA AMBIENTAL	> Proteger e promover a saúde humana e colaborar na proteção do meio ambiente, por meio de um conjunto de ações específicas e integradas com instâncias de governo e da sociedade civil organizada, para fortalecer sujeitos e organizações governamentais, proporcionando uma	> Identificar e intervir nos problemas de saúde relacionados aos fatores de riscos ambientais do território com o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.	> Objetivo e meta alcançados durante a execução do PMS E e usuários satisfeitos	Fundo Municipal de Saúde – recursos Próprios. Fundo Nacional de Saúde – Recursos do Ministério da

	melhor qualidade de vida a populaçãop			Saúde
VIGILANCIA SANITÁRIA	> Garantir a promoção da saúde à população, contando com ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, intervindo em todo tipo de problema sanitário que possa afetar a relação entre meio ambiente, produção e circulação de bens	> Realizar procedimentos de orientação, cadastramento, inspeção, investigação, notificação, controle e monitoramento, os quais demandam ações , como: atendimento ao público, deslocamentos, coleta de análises fiscais, apreensão e inutilização de produtos	> Objetivo e meta alcançados durante a execução do PMS E e usuários satisfeitos	Fundo Municipal de Saúde – recursos Próprios. Fundo Nacional de Saúde – Recursos do Ministério da Saúde
SAÚDE DO TRABALHADOR	> Prevenir e diminuir riscos e doenças relacionadas ao ambiente de trabalho, através de medidas como fiscalização e promoção de eventos técnicos.	> Realizar inspeções em ambientes de trabalho por atividade produtiva, conforme demanda e emissão de relatórios, laudos e pareceres, entre outras ações de competência da Saúde do Trabalhador , solicitadas pelos órgãos de fiscalização e controle do SUS	> Objetivo e meta alcançados durante a execução do PMS E e usuários satisfeitos	Fundo Municipal de Saúde – recursos Próprios. Fundo Nacional de Saúde – Recursos do Ministério da Saúde
SAÚDE DA MULHER	– Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em	- Ampliação das ações da rede cegonha e planejamento familiar, campanhas de incentivo a realização de preventivos e mamografias, e ações de combate a transmissão da sífilis congênita são pontos que deverão ser melhorados em prol da saúde da mulher - Estimula a realização	Objetivo e meta alcançados durante a execução do PMS E e usuários satisfeitos - Alcance de redução em Diagnostico e encaminhamentos de	Fundo Municipal de Saúde – recursos Próprios. Fundo Estadual de Saúde – Recursos da Secretaria Estadual de Saúde Fundo

	<p>todo território brasileiro.</p> <p>– Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.</p> <p>– Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.</p>	<p>do exame e do autoexame em toda a população alvo - Capacitação das equipes com educação permanente</p> <p>- Realização do outubro rosa com intensificação das ações de prevenção para atingir no mínimo 70% das mulheres dentro e da faixa etária.</p>	<p>100% nos casos de câncer de mama e/ou colo do útero no final do Período da execução do Plano se comparado aos quatro anos anteriores</p>	<p>Nacional de Saúde – Recursos do Ministério da Saúde</p>
<p>SAUDE DO HOMEM</p>	<p>- Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do município, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde</p>	<p>- Implantar e/ou estimular nos serviços de saúde, uma rede de atenção à saúde do homem que garanta linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade;</p> <p>- Fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária</p>	<p>Objetivos e metas alcançados durante a execução do PMS e usuários satisfeitos</p> <p>- Alcance de redução em 10% nos casos de câncer de próstata e outros causados pelo uso de álcool e tabagismo no final do Período da execução do Plano se comparado</p>	<p>Fundo Municipal de Saúde – recursos Próprios.</p> <p>Fundo Estadual de Saúde – Recursos da Secretaria Estadual de Saúde</p> <p>Fundo Nacional de Saúde – Recursos do Ministério da Saúde</p>

		<p>ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;</p> <p>- formar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem;</p> <p>- promover ações integradas com outras áreas governamentais do município</p>	<p>aos quatro anos anteriores</p>	
<p>DOENÇAS</p> <p>CRONICAS</p>	<p>- Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas</p>	<p>- Ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis;</p> <p>- Aumentar o nível de atividade física da população;</p> <p>- Estimular hábitos alimentares saudáveis;</p> <p>- Promover mobilização comunitária com a</p>	<p>Objetivos e metas alcançados durante a execução do PMS e usuários satisfeitos</p>	<p>Fundo Municipal de Saúde – recursos Próprios.</p> <p>Fundo Estadual de Saúde – Recursos da Secretaria Estadual de Saúde</p> <p>Fundo Nacional de Saúde – Recursos do</p>

		<p>constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; - Contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população - Promover ações integradas com outras áreas governamentais do município: Educação Meio Ambiente e Assistência 	<p>Ministério da Saúde</p>
--	--	---	----------------------------

		Social		
ACADEMIA DE SAUDE	Contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis	<ul style="list-style-type: none"> - Potencialização de ações de cuidados individuais e coletivos na atenção básica; - Promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis através de exercícios físicos ; - Estabelecimento de espaços de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis. - Ampliação do acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde para estabelecimento de hábitos de vida saudáveis; - Fortalecimento da promoção da saúde como estratégia de produção de saúde 	Demanda atendida e melhoria da qualidade de vida da população ao final da execução do Plano.	<p>Fundo Municipal de Saúde – recursos Próprios.</p> <p>Fundo Nacional de Saúde – Recursos do Ministério da Saúde</p>
ASSISTENCIA FARMACEUTI	Desenvolver um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação	Atendimento aos usuários de Pinheirinho do Vale, tanto da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) como suplementar de saúde, com dispensação de	Objetivo e metas alcançados e 100% das demandas	Fundo municipal de Saúde

CA	da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional.	medicamentos do componente básico, especial e especializado e os medicamentos utilizados para o tratamento de patologias contempladas em programas específicos do Ministério da Saúde, como por exemplo tabagismo e doenças infectocontagiosas (tuberculose, hanseníase, hepatites B e C, HIV e outras	atendidas	(Recursos Próprios). Fundo Estadual de Saúde (Secretaria Estadual de Saúde) Fundo Nacional de Saúde (Ministério da Saúde)
-----------	--	--	-----------	---

DIRETRIZ -2 – Proteger a saúde da população municipal e transeunte, durante a pandemia da COVID-19, bem como contribuir de forma mais ampla, com a saúde da comunidade, em relação a transmissão e disseminação do vírus, com medidas de prevenção, proteção, detecção e resposta rápida aos casos de contaminação.

COVID 19	Intensificar as ações de Vigilância e Atenção em Saúde do Município , a serem executadas frente a detecção de casos suspeitos de Infecção Humana pelo novo Coronavírus, minimizando riscos à população frente a casos suspeitos de Covid-19, divulgando informações em saúde e estabelecendo estratégias de Comunicação de risco e	Realizar ações de Proteção, prevenção, comunicação, investigação e encaminhamentos de casos suspeitos e investigados, relacionados a Covid19, com cobertura de 100 por cento da população residente.	- Cobertura de cem por cento da população residente com investigação dos casos suspeitos, testes realizados, encaminhamentos e demais medidas tomadas bem	- Fundo Municipal de Saúde – recurso próprio - Fundo Nacional de Saúde - Ministério da saúde
-----------------	--	--	---	---

	orientando a adoção de medidas protetivas e preventivas bem como indicação de uso de EPIs.		como protocolos cumpridos	
Diretriz -3 - Promover o acesso a medicamentos e práticas homeopáticas e fitoterápicas na perspectiva da ampliação dos serviços buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nestes âmbitos na regulamentação sanitária.				
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	- Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, promovendo a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável da comunidade municipal.	- Promover o acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação do uso dessa prática. - Inclusão da Homeopatia na política de Assistência Farmacêutica da gestão SUS municipal. - Socializar informações sobre as práticas Integrativas e as características da sua prática, adequando-as aos diversos grupos populacionais. - Produzir materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das PICS, respeitando as especificidades culturais do local e direcionadas aos trabalhadores, gestores,	- Público alvo conscientizado sobre a importância dos tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimento tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças como depressão e hipertensão e outras	- Fundo Municipal de Saúde – recurso próprio - Fundo Estadual de Saúde – Secretaria Estadual de Saúde - Fundo Nacional de Saúde - Ministério da saúde

		<p>conselheiros de saúde, e comunidade em geral.</p> <p>- Identificar as necessidades da população, a partir de dados epidemiológicos das doenças passíveis de serem tratadas com plantas medicinais e fitoterápicos e outras Práticas Integrativas Complementares</p>		
PREVISÃO TOTAL DE RECURSOS A SEREM INVESTIDOS ANO 2022			PRÓPRIOS R\$ 2.791.795,00 ESTADUAL R\$ 531.000,00 FEDERAL R\$ 674.000,00 TOTAL R\$ 3.996.795,00	
PREVISÃO TOTAL DE RECURSOS A SEREM INVESTIDOS ANO 2023			PRÓPRIOS R\$ 2.882.097,77 ESTADUAL R\$ 561.479,40 FEDERAL R\$ 712.687,80 TOTAL R\$ 4.156.264,77	
PREVISÃO TOTAL DE RECURSOS A SEREM INVESTIDOS ANO 2024			PRÓPRIOS R\$ 2.972.605,53 ESTADUAL R\$ 593.202,99 FEDERAL R\$ 752.954,45 TOTAL R\$ 4.318.762,97	
PREVISÃO TOTAL DE RECURSOS A SEREM INVESTIDOS ANO 2025			PRÓPRIOS R\$ 3.065.458,18 ESTADUAL R\$ 626.481,68 FEDERAL R\$ 795.195,18 TOTAL R\$ 4.487.135,04	
TOTAL GERAL PARA OS QUATRO ANOS			PRÓPRIOS R\$ 11.711.956,48 ESTADUAL R\$ 2.312.164,07 FEDERAL R\$ 2.934.837,23 TOTAL R\$ 16.958.957,78	

CAPÍTULO III - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Monitoramento e Avaliação (M&A) é elemento essencial da gestão pública. São funções estratégicas de planejamento e devem ser inerentes a todas as políticas, pois informam a tomada de decisão e o Controle Social sobre os rumos da política de saúde, induzindo a alocação dos recursos disponíveis de forma adequada e solucionando possíveis problemas de execução das ações e programas.

O monitoramento consiste no acompanhamento contínuo de uma política pública, através da coleta e análise sistemática de dados sobre a sua execução, a fim de verificar se sua implementação está de acordo com as metas planejadas. A avaliação fundamenta-se na análise dos efeitos da política para determinar a capacidade de gerar as mudanças planejadas, ou seja, busca estabelecer uma relação de causa e efeito, inferindo um julgamento de valor sobre a intervenção. Enquanto o monitoramento verifica a realização regular e sistemática sobre o desenvolvimento das ações para o alcance das metas propostas, a avaliação se configura pela realização esporádica de pesquisas visando determinar resultados e impactos planejados. Apesar de serem atividades diferentes, são processos complementares, à medida que os dados e informações geradas pelo monitoramento subsidiam a avaliação das políticas.

Portanto, a avaliação é um processo mais amplo e refere-se aos resultados finalísticos da ação avaliada. O processo de monitoramento e avaliação da SMS deve se fundamentar na utilização dos instrumentos de planejamento tanto do SUS quanto do governo municipal. As ações e os recursos necessários para atingir as metas propostas neste Plano Municipal de Saúde estão definidas na **Programação Anual de Saúde (PAS)**. A cada quatro meses, através do **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)**, o município monitora a oferta e a produção de serviços públicos, os indicadores de saúde e financeiros, bem como as auditorias se houver, realizadas no período.

Anualmente, as ações propostas e o alcance das metas do ano são avaliados através do **Relatório Anual de Gestão (RAG)**, momento em que podem ser construídas propostas e recomendações para a próxima PAS e/ou realizados os redirecionamentos do Plano de Saúde.

A Portaria MS N°750/2019 instituiu o Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP), no âmbito do SUS, como uso obrigatório para o registro de informações e documentos relativos ao

PMS, à PAS e às metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, bem como a elaboração do RDQA e do RAG, a partir do ano de 2018. O uso do DGMP aperfeiçoa a gestão em saúde, facilita o acompanhamento das políticas de saúde, aprimora o uso dos recursos públicos, apoia os gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde e facilita o monitoramento e avaliação das metas e ações em saúde estabelecidas, com transparência das políticas e do uso de recursos públicos, tanto para o gestor quanto para o Conselho de Saúde.

O **Plano Plurianual (PPA)**, instrumento legal de planejamento de Governo, apresenta para o período de quatro anos as metas e prioridades da administração pública municipal. Através da **Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)**, são previstos os investimentos anuais para desenvolver as ações necessárias que garantirão o alcance das metas na **Lei Orçamentária Anual (LOA)**. O PPA do estado de Pinheirinho do Vale é elaborado através do Sistema de Planejamento e Orçamento (SPO) do Município, e a execução das ações é monitorada quadrimestralmente neste mesmo sistema. São desafios da SMS/PV, com relação a estes instrumentos, **garantir a aprovação prévia do CMS em todos os instrumentos de gestão antes de sua remessa ao poder legislativo**, bem como **fortalecer a participação social na definição do orçamento para a saúde**.

Transparência

A legislação do SUS assegura a transparência e a visibilidade da gestão da saúde, através da ampla divulgação das informações sobre a situação de saúde da população e sobre os serviços disponíveis. A consulta e o acesso aos resultados esperados sobre a política de saúde, por meio eletrônico de acesso público e meio físico (incluindo impressos como boletins e informativos), apresentação e discussão no Conselho de Saúde, e a realização de audiências públicas, são formas de promover a transparência e divulgar os resultados à sociedade. A SMS/PV entende que transparência da gestão é um compromisso com a sociedade que devem estar atrelados aos valores éticos, à competência e à responsabilidade da instituição na implementação de suas ações. A definição precisa e detalhada das metas do PMS 2022-2025, bem como o monitoramento periódico dos resultados alcançados e da aplicação dos recursos públicos, buscam reafirmar o compromisso da gestão estadual do SUS com a sociedade. O processo de prestação de contas para a sociedade civil ocorre, legalmente, através dos RDQA e RAG, que são disponibilizados na página <https://www.pinheirinhodovale.gov.br> e portal da transparência.

Diversas informações em saúde para a construção desses relatórios são de utilização pública e estão disponíveis no site do DATASUS e no *site* da SES/RS em: <<https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>>.

Por fim ressaltamos que a Plano Municipal de Saúde foi aprovado pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde em reunião Presencial realizada na data de 21 de dezembro de 2021, conforme resolução numero 64/2021, anexa.

REFERENCIAS

BRASIL. CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta. Disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo 2010. Resultados. Disponível em:

<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo Demográfico 2010. Nota técnica

01/2018. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington.

ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE 2017a. Cidades e Estados. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação.** IBGE, Coordenação de Geografia. Rio

de Janeiro/RJ: IBGE, 2017b. 84p. (Estudos e pesquisas. Informação geográfica). Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE 2020. Projeção da População do Brasil por sexo e idade simples: 2000-2060.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/projpopbr.def>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Perfil dos municípios brasileiros: 2018.

IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro/RJ: IBGE, 2019a. 131p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101668.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. TABNET. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.480, de 10 de julho de 2012.** Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Rio Grande do Sul, e aloca recursos financeiros para sua implementação. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1480_10_07_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.290, de 25 de maio de 2017. Aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado e dos Municípios do Rio Grande do Sul e, para sua implementação, estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. **Diário Oficial da União**, edição 101, seção 1, p. 48, 29 mai. 2017. Brasília, DF, 2017g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.631, de 1º de outubro de 2015.** Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das

Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, DF, 2011c.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, seção 1, N° 220, 13 nov. 2019. Brasília, DF, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011.**

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011d. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 3.588, de 21 de dezembro de 2017.**

Altera as Portarias de Consolidação n° 3 e n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017h. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal e-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica.

Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica.

Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para

implementação. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 180 p. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS**. Indicadores de pagamento por desempenho Programa Previne Brasil (2020). Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204>

RIO GRANDE DO SUL- Escola de Saúde Pública – Porto Alegre - Curso de Instrumentos de Gestão 2021
<http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/>

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE - Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023 <https://saude.rs.gov.br>

PINHEIRINHO DO VALE - PLANO PLURI ANUAL 2018 – 2021 – SETOR DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

PINHEIRINHO DO VALE – PLANO PLURIANUAL 2022 – 2025 - SETOR DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

PINHEIRINHO DO VALE - LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS – LDO – 2022 - SETOR DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

PINHEIRINHO DO VALE – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE – Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021

MUNICÍPIO DE PINHEIRINHO DO VALE – CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAÚDE ONLINE – 2021

PINHEIRINHO DO VALE – 2021 - CONSULTA POPULAR ATRAVES DE QUESTIONÁRIO IMPRESSO - SETEMBRO A NOVEMBRO DE 2021.

PINHEIRINHO DO VALE – PROGRAMAÇÕES ANUAIS DOS ANOS 2018 a 2021.