



# **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**2022 - 2025**

**BARRA DO RIBEIRO - RS**

**Maio de 2022**

## **AUTORIDADES MUNICIPAIS**

JAIR MACHADO

**Prefeito Municipal**

VITOR MOTTIN

**Vice-Prefeito**

CELIANA PACHECO HUBNER

**Presidente da Câmara Legislativa**

## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

LEONICE SALETE CAPITANIO DE SOUZA

**Secretária Municipal de Saúde**

DANIEL BRASIL DE SOUZA

**Assessoria Administrativa**

GRAZIELA COSTA DE SOUZA

**Assessoria Administrativa**

MARIA LUÍZA DA ROSA CASTRO

VINÍCIUS R. DE M. VIÉGAS

**Coordenação da Atenção Básica e Vigilância em Saúde**

CLAUDIA SILVA SANTOS

**Presidente do Conselho Municipal de Saúde**

## **GRUPO TÉCNICO DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 – 2025**

- Daniel Brasil de Souza;
- Graziela Costa de Souza;
- Maria Luiza da Rosa Castro, e
- Vinícius R. de M. Viégas.

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS .....	6
LISTA DE GRÁFICOS .....	7
LISTA DE QUADROS.....	10
LISTA DE TABELAS .....	10
APRESENTAÇÃO .....	14
INTRODUÇÃO .....	15
HISTÓRICO DO MUNICÍPIO .....	16
CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO .....	16
CARACTERÍSTICAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE .....	18
ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE .....	20
ORGANOGRAMA PRONTO ATENDIMENTO.....	21
ORGANIZAÇÃO DO TERRITÓRIO NO MUNICÍPIO .....	22
I - ANÁLISE SITUCIONAL.....	24
1. NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO .....	24
1.1. PERFIL DEMOGRÁFICO.....	24
1.1.1. Panorama Demográfico .....	24
1.1.2. Estrutura Etária .....	27
1.1.3. Longevidade e Mortalidade .....	28
1.2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES .....	30
1.2.1. Produção Agrícola.....	30
1.2.2. Educação .....	31
1.2.3. Trabalho e Renda.....	35
1.2.4. Desemprego.....	36
1.2.5. Saneamento (água, esgoto e resíduos) .....	38
1.2.6. Ambiente e Habitação.....	39
1.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	41
1.3.1. Nascimento .....	41
1.3.2. Morbidade .....	45

1.3.3. Mortalidade .....	53
1.4. SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS GRUPOS POPULACIONAIS ESPECÍFICOS E VULNERÁVEIS.....	57
1.4.1. População Negra.....	58
1.4.2. População do Campo.....	59
1.4.3. Pessoa com Deficiência .....	60
1.4.4. População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT.....	62
1.4.5. População Indígena .....	62
2. CAPACIDADE INSTALADA X OFERTA E COBERTURA DE AÇÕES E SERVIÇOS.....	63
2.1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	63
2.1.1. Cobertura de ESF .....	64
2.1.2. Programa Previne Brasil .....	66
2.1.3. Contratos e Convênios de Prestação de Serviços – SUS (Sistema Único de Saúde) .....	68
2.1.4. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB .	69
2.1.5. Saúde Bucal.....	70
2.1.6. Programa Bolsa Família.....	72
2.1.7. Transversalidade da Vigilância em Saúde .....	72
2.2. ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA.....	93
2.2.1. Consultas Especializadas .....	93
2.2.2. Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade .....	95
2.2.3. Referências para os Serviços .....	97
2.2.4. Leitos Hospitalares.....	98
2.2.5. Assistência Farmacêutica .....	98
2.3. NÍVEL INTERMEDIÁRIO DE ATENÇÃO.....	100
3. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS .....	100
3.1. ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE ..	101
3.1.1. Sistemas de Apoio .....	101

3.1.2. Sistemas Logísticos .....	101
3.1.3. Sistemas de Governança .....	102
3.2. REDES TEMÁTICAS.....	103
3.2.1. Rede Cegonha .....	103
3.2.2. Rede de Atenção Psicossocial - RAPS .....	104
3.2.3. Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE .....	104
3.2.4. Rede de Atenção à Saúde às Doenças e Condições Crônicas ....	105
3.2.5. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência .....	105
4. GESTÃO EM SAÚDE.....	106
4.1. PLANEJAMENTO.....	107
4.2. INSTÂNCIAS DE PACTUAÇÃO INTERGESTORES .....	108
4.2.1. Pactuação Interfederativa de Indicadores de Saúde 2022 – 2025	110
4.3. PARTICIPAÇÃO SOCIAL .....	113
4.4. INFORMAÇÃO EM SAÚDE .....	114
4.5. GESTÃO DO TRABALHO – PROFISSIONAIS SUS.....	116
4.6. FINANCIAMENTO.....	117
4.6.1. Blocos de Financiamento .....	118
4.7. Regulação .....	121
II - DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....	123
III – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO .....	131
REFERÊNCIAS.....	135
ANEXOS .....	144
ANEXO I – REMUME – Relação Municipal de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica .....	144

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa do Município.....	17
Figura 2. Localização do Município.....	22
Figura 3. 9ª Região de Saúde - Carbonífera/Costa Doce.....	23
Figura 4. População Último Censo Demográfico – 2010.....	25
Figura 5. Defasagem, Distorção e Evasão. ....	34
Figura 6. Renda, Pobreza e Desigualdade de 2000 para 2010.....	38
Figura 7. Mortalidade Infantil – Barra do Ribeiro - 2019.....	56
Figura 8. O Sistema de Governança responsável por gerir a Rede de Atenção à Saúde.....	102
Figura 9. Etapas de Monitoramento do PMS 2021-2025. ....	132
Figura 10. Ciclo Anual de Monitoramento do PMS 2021-2025.....	134

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. População por sexo e cor no município – Barra do Ribeiro/RS - 2017. .....	26
Gráfico 2. População – Por Religião - 2010. ....	26
Gráfico 3. População – Pirâmide Etária – 2020.....	28
Gráfico 4. Fluxo Escolar por Faixa Etária - Barra do Ribeiro - RS – 2000 e 2010. .....	32
Gráfico 5. Escolaridade da população de 25 anos ou mais de idade no município - Barra do Ribeiro/RS – 2010.....	33
Gráfico 6. Fluxo Escolar por Faixa Etária - Barra do Ribeiro/Rio Grande do Sul/Brasil – 2010. ....	33
Gráfico 7. Expectativa de anos de estudo no município - Barra do Ribeiro/RS - e no Rio Grande do Sul - 2000 e 2010.....	34
Gráfico 8. Evolução das proporções de extremamente pobres, pobres e vulneráveis à pobreza inscritas no Cadastro Único após o bolsa família no município - 2014 a 2017.....	35
Gráfico 9. Situação ocupacional da população de 18 anos ou mais de idade no município - Barra do Ribeiro/RS - 2010.....	37
Gráfico 10. Proporção de Nascidos Vivos de Baixo Peso – Série histórica 2010 a 2021. ....	43
Gráfico 11. Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais consultas de Pré-Natal – Série histórica 2010 a 2021.....	44
Tabela 18. Parto Normal no SUS - Barra do Ribeiro – Série histórica 2017 a 2021. ....	44
Gráfico 12. Proporção de Parto Normal – Série histórica 2010 a 2021.....	45
Gráfico 13. Diabetes Mellitus – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. - AIH e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – SIM – Série histórica 2016 a 2021. .....	46
Gráfico 14. Doenças do Aparelho Circulatório – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2016 a 2022 (jan./2022).....	47
Gráfico 15. Doenças Respiratórias Crônicas – Taxa de Internação	

Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2016 a 2021.....	48
Gráfico 16. Neoplasias Malignas – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2016 a 2021. ....	49
Gráfico 17. Proporção de óbitos nas Internações por IAM – Série histórica 2010 a 2020. ....	50
Gráfico 18. Sífilis Congênita em menores de 1 ano – Série histórica 2010 a 2021. ....	51
Gráfico 19. Taxa de Incidência de Sífilis em Gestantes (*1.000) – Série histórica 2012 a 2021. ....	52
Gráfico 20. Taxa de Mortalidade Infantil – Série histórica 2010 a 2022 (jan/2022). ....	56
Gráfico 21. Porcentagem de Cobertura de Estratégia de Saúde da Família – Série Histórica 2010 a 2020. ....	66
Gráfico 22. Porcentagem de Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde – Série Histórica 2010 a 2020. ....	66
Gráfico 23. Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB – Série histórica – 2010 a 2021. ....	70
Gráfico 24. Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal – 2010 a 2021. ....	71
Gráfico 25. Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada – 2010/2011/2015.....	71
Gráfico 26. Proporção de Exodontia em Relação aos Procedimentos – 2010/2011/2015/2017.....	71
Gráfico 27. Cobertura de Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família – 2018 a 2021. ....	72
Gráfico 28. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar – Série histórica 2010 a 2022. ....	74
Gráfico 29. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma idade – Série histórica 2010 a 2021. .	80
Gráfico 30. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária – Série histórica 2010 a 2021. ....	80
Gráfico 31. Proporção de análises realizadas em amostras de água para	

consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez – Série histórica 2014 a 2021. ....	83
Gráfico 32. Taxa de Notificação de Agravos (Acidentes e Doenças) Relacionados ao Trabalho – Série histórica 2012 a 2021. ....	86
Gráfico 33. Cobertura Vacinal Febre Amarela – Série histórica 2013 a 2021...	87
Gráfico 34. Cobertura Vacinal Inativada Poliomielite - VIP – Série histórica 2013 a 2021. ....	87
Gráfico 35. Cobertura Vacinal Meningocócica – MENINGO C – Série histórica 2013 a 2021. ....	87
Gráfico 36. Cobertura Vacinal Oral Rotavírus Humano - VORH – Série histórica 2013 a 2021. ....	88
Gráfico 37. Cobertura Vacinal Pentavalente – PENTA – Série histórica 2013 a 2021. ....	88
Gráfico 38. Cobertura Vacinal Pneumocócica Conjugada 10 Valente – PNEUMO 10 – Série histórica 2013 a 2021. ....	88
Gráfico 39. Cobertura Vacinal Tríplice Viral – Série histórica 2013 a 2021. ....	89
Gráfico 40. Total de Notificação de Violência por Ano – Série histórica 2015 a 2021. ....	91
Gráfico 41. Notificação de Violência por Sexo – Compilado 2018 a 2021. ....	91
Gráfico 42. Notificação de Violência por Idade – Compilado 2018 a 2021.....	91
Gráfico 43. Notificação de Violência por Local de Ocorrência – Compilado 2018 a 2021. ....	92
Gráfico 44. Notificação de Violência por Tipo de Violência – Compilado 2018 a 2021. ....	92
Gráfico 45. Total de Notificação de Suicídio por Ano – Série histórica 2012 a 2021. ....	93

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Identificação - 2021.....	23
Quadro 2. População Censo Demográfico 2010 e População Estimada 2021.....	25
Quadro 3. Educação – 2010, 2019 e 2020.....	31
Quadro 4. Trabalho e Rendimento – 2010 e 2019.....	35
Quadro 5. Território e Ambiente – 2010 e 2016.....	38
Quadro 6. Os diferentes sistemas de apoio que compõem as Redes de Atenção à Saúde.....	101
Quadro 7. Exemplos de componentes de um sistema logístico presente na Rede de Atenção à Saúde.....	102
Quadro 8. O Sistema de Governança responsável por gerir a Rede de Atenção à Saúde.....	102

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População total por sexo e cor no município - Barra do Ribeiro/RS - 2013 e 2017. ....	25
Tabela 2. População – Por Raça/Cor Parda, Amarela e Indígena - 2010.....	26
Tabela 3. Estrutura etária da população no município - Barra do Ribeiro/RS - 2000 e 2010. ....	27
Tabela 4. População - Sexo e Faixa Etária – 2020.....	27
Tabela 5. Longevidade e mortalidade, por sexo e cor e situação de domicílio no município - Barra do Ribeiro/RS - 2000 e 2010.....	28
Tabela 6. Outros indicadores de saúde, por sexo e cor, calculados com base nos registros do Ministério da Saúde - Barra do Ribeiro/RS - 2016 e 2017. ....	29
Tabela 7. Rendimento médio das cinco principais culturas por hectare em 2018. ....	30
Tabela 8. Produção agrícola - Cereais, leguminosas e oleaginosas 2007. ....	30
Tabela 9. Produção agrícola – Lavoura Permanente 2020. ....	30
Tabela 10. Produção agrícola – Lavoura Temporária 2020. ....	31
Tabela 11. Situação ocupacional da população de 18 anos ou mais, por sexo e cor no município - Barra do Ribeiro/RS - 2000 e 2010.....	37
Tabela 12. Outros indicadores de renda, por sexo e cor, calculados com base em registros administrativos - Barra do Ribeiro/RS - 2015 e 2016.....	37
Tabela 13. Cobertura de Abastecimento - Série histórica 2017 a 2020.....	39
Tabela 14. Indicadores de Habitação – 2010. ....	40
Tabela 15. Nascidos vivos - Barra do Ribeiro – Série histórica 2016 a 2021. ...	42
Tabela 16. Nascidos Vivos de Baixo Peso – Série histórica 2017 a 2021.....	42
Tabela 17. Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais consultas de Pré-Natal – Série histórica 2017 a 2021.....	43
Tabela 18. Parto Normal no SUS - Barra do Ribeiro – Série histórica 2017 a 2021. ....	44
Tabela 19. Diabetes Mellitus – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2017 a 2021. ....	46
Tabela 20. Doenças do Aparelho Circulatório – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2017 a 2021.....	47

Tabela 21. Doenças Respiratórias Crônicas – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2017 a 2021. ....	48
Tabela 22. Neoplasias Malignas – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2017 a 2021. ....	49
Tabela 23. Proporção de óbitos nas Internações por IAM — Série histórica 2017 a 2021. ....	50
Tabela 24. Sífilis Congênita em menores de 1 ano – Série histórica 2017 a 2021. ....	51
Tabela 25. Taxa de Incidência de Sífilis em Gestantes (*1.000) – Série histórica 2017 a 2021. ....	52
Tabela 26. Taxa Bruta de Mortalidade – Série histórica 2016 a 2021.....	53
Tabela 27. Mortalidade por Sexo – Série histórica 2016 a 2019. ....	53
Tabela 28. Mortalidade por Faixa Etária – Série histórica 2016 a 2019. ....	53
Tabela 29. Mortalidade por Cor/Raça – Série histórica 2016 a 2019. ....	54
Tabela 30. Mortalidade Geral por Capítulo CID-10 – Série histórica 2016 a 2019. ....	54
Tabela 31. Mortalidade Infantil, Fetal e Materna – Série histórica 2017 a 2021. ....	55
Tabela 32. Vulnerabilidade no município - Barra do Ribeiro/RS - 2000 e 2010.	57
Tabela 33. Amostra – Educação população negra (preta e parda) – 2010. ....	59
Tabela 34. Classe de rendimento população negra (preta e parda) – 2010.....	59
Tabela 35. Número de Pessoas Por Sexo e Área – Deficiência Auditiva – 2010. ....	61
Tabela 36. Número de Pessoas Por Sexo e Área - Deficiência Mental/Intelectual – 2010. ....	61
Tabela 37. Número de Pessoas Por Sexo e Área - Deficiência Motora – 2010. ....	61
Tabela 38. Número de Pessoas Por Sexo e Área - Deficiência Visual – 2010.	61
Tabela 39. Relatório quadrimestral de indicadores do Previne Brasil – 2018 a 2021. ....	67
Tabela 40. Cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem - Parâmetros Básicos – Série histórica 2017 a 2021.....	83
Tabela 41. Número de Notificações de Agravos (Acidentes e Doenças)	

Relacionados ao Trabalho – Série histórica 2017 a 2021. ....	85
Tabela 42. Percentual de Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde – Série histórica 2017 a 2020.....	117
Tabela 43. Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob responsabilidade do município, por habitante – Série histórica 2017 a 2020.....	117

## **APRESENTAÇÃO**

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Barra do Ribeiro, compreendendo o período de execução de 2022 a 2025, foi elaborado durante um período de muitos desafios na área da saúde com a pandemia de Covid-19 que exigiu uma dedicação especial de todos os setores da SMS onde nossos esforços estiveram concentrados no enfrentamento à doença.

Mas graças ao empenho da nossa equipe conseguimos finalizar a construção deste importante instrumento de planejamento do SUS, apresentando os direcionamentos da política municipal de saúde com enfoque em áreas que exigem ação imediata do poder público e da sociedade, elaborado a partir da análise situacional foram definidas as diretrizes, os objetivos, as metas e os indicadores a serem alcançados no período de quatro anos.

## INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento central de planejamento para a definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde na esfera municipal de gestão do SUS, para o período de quatro anos, elaborado considerando a análise situacional de saúde de seus moradores, a estrutura, ações, processos de trabalho e políticas de saúde.

Este documento foi elaborado a partir da análise das estratégias e ações já implementadas anteriormente pela gestão, com maior ou menor êxito, apresentando uma proposta de Diretrizes, Objetivos e Metas para o quadriênio 2022 – 2025 sendo uma ferramenta de apoio à tomada de decisões, que serve também para o controle social de gestores, trabalhadores, prestadores e usuários sobre os serviços de saúde ofertados em Barra do Ribeiro.

O Plano Municipal de Saúde 2022 - 2025 têm como referenciais normativas principais: a Lei Federal nº. 8080/1990, o Decreto Federal nº. 7.508/2011, a Lei Complementar nº. 141/2012 e a Portaria Ministerial 2.135/2013.

Pretendemos, com essa ferramenta, avançar na organização da rede de serviços e continuar a entregar mais saúde para os cidadãos de Barra do Ribeiro, tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Quadrimestrais (RDQAs) e nos Relatórios Anuais de Gestão (RAGs) com a participação e controle da comunidade através do Conselho Municipal de Saúde.

## **HISTÓRICO DO MUNICÍPIO**

O município de Barra do Ribeiro teve origem na Charqueada de Antônio Alves Guimarães, instalada na sesmaria que lhe fora concedida por Dom Luís de Vasconcelos e Souza, em 1780. Sua denominação de Charqueada foi substituída pela de Barra, mais tarde para Barra do Ribeiro, devido a sua localização geográfica no encontro do Arroio Ribeiro com o Lago Guaíba.

O povoamento desta região iniciou-se em 1800 com a chegada dos açorianos, predominando o elemento português na formação da população. Em 1874, reinicia-se no RS a corrente migratória que iria atrair para localidades do meio rural do município colônias de poloneses, alemães e italianos, que desta forma tiveram também grande influência na formação étnica da população do município. O município de Barra do Ribeiro emancipou-se de Porto Alegre em 17 de fevereiro de 1959.

O Arroio Ribeiro corta todo o município de sudeste a nordeste, da zona rural a urbana, desembocando no Lago Guaíba, muito utilizado como atracadouro de embarcações de moradores da cidade e pesca amadora (pintado, jundiá, traíra entre outros), é também muito importante na irrigação de lavouras e pecuária. Ao desembocar no 'Guaíba' no verão, forma uma coroa de areia de um lado ao outro das margens, formando assim a 'Barra do Ribeiro'.

## **CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO**

Possui uma área de aproximadamente 731 Km<sup>2</sup>, sendo 24,54% de área urbana e 75,46% de área rural. Está localizado a 56 Km da Capital, Porto Alegre.

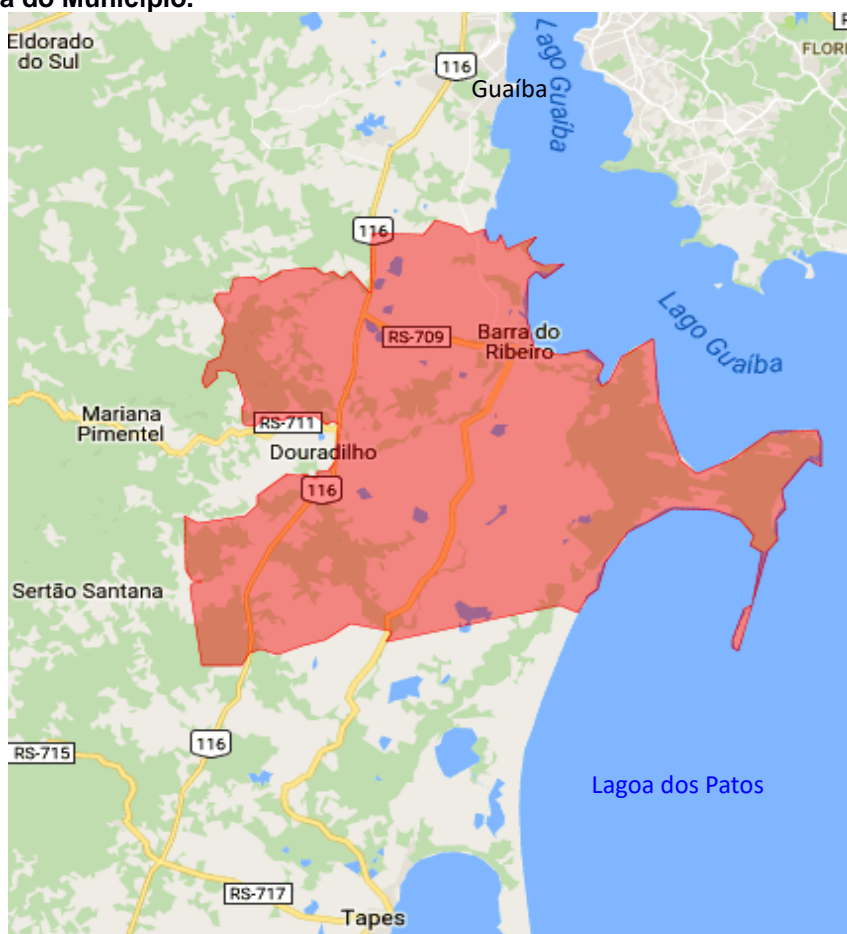
Tem como limites, ao Sul o Município de Tapes e Laguna dos Patos, à Sudeste o Município de Sentinela do Sul, à Oeste com os Municípios de Mariana Pimentel e Sertão Santana, ao Norte o Município de Guaíba e ao Leste o Lago Guaíba.

O município tem uma população de 13.618 habitantes (estimativa IBGE para 2021) sendo 73% residente na área urbana e apenas 27% na área rural.

As localidades da zona urbana compreendem os Bairros Centro, Picada, Tangará, Mate Doce, Três Vendas e Pavão. As localidades da zona rural compreendem os Bairros Passo Grande, Serrinha, Cerro da Cavalhada, Passo da Estância e Douradilho.

O município é acessado através da Rodovia BR 116/RS, no trecho entre Porto Alegre e Pelotas, a qual se liga no Km 319 a ERS-709 - Rodovia Francisco Garcia de Garcia, asfaltada, sua extensão é de 10,8 Km; pela estrada municipal que vai de Barra do Ribeiro a Tapes com 62 km, com pavimentação parcial; e pela estrada municipal que vai de Barra do Ribeiro à Guaíba com 26 km, sem pavimentação até o presente momento.

**Figura 1. Mapa do Município.**



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

## **CARACTERÍSTICAS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

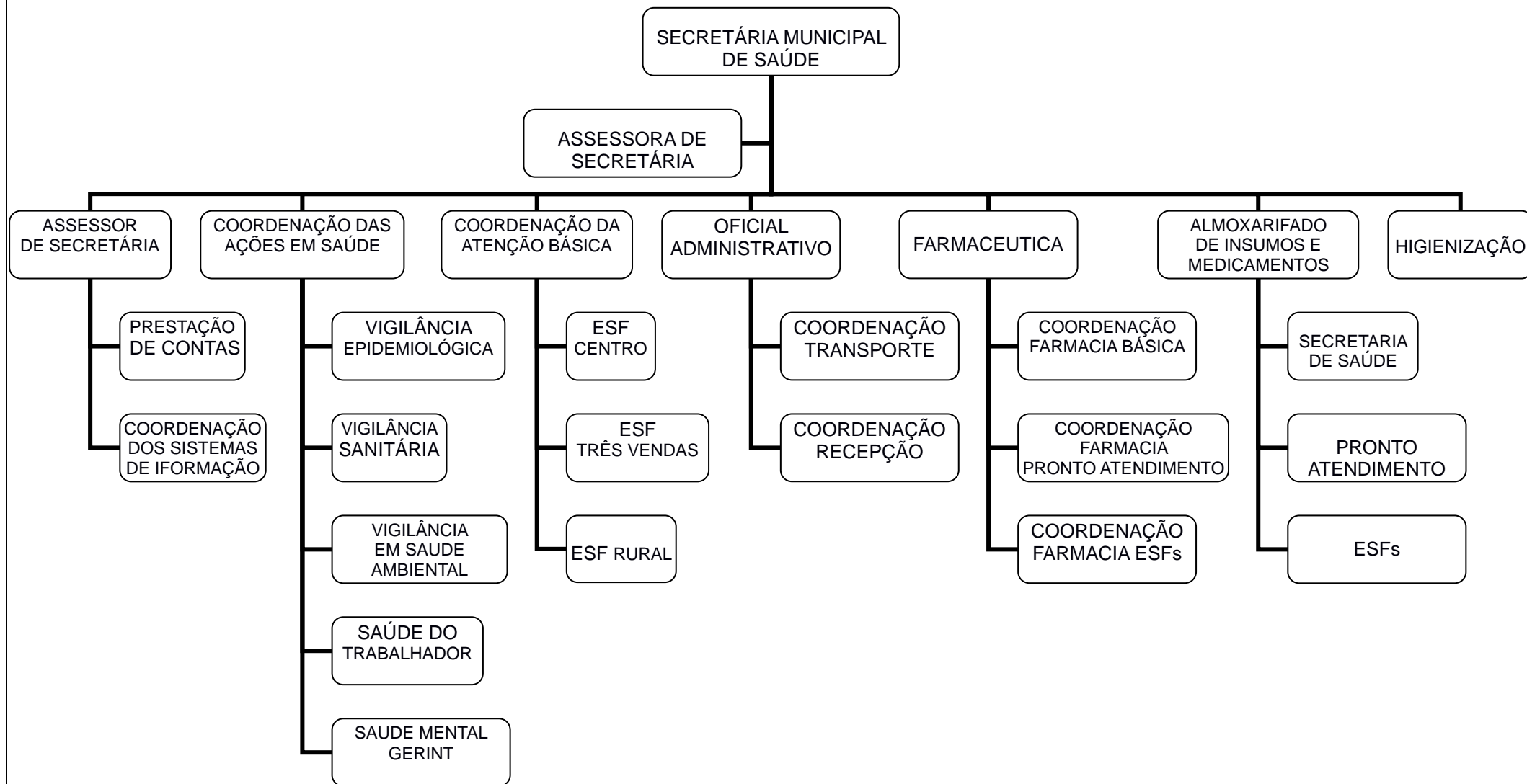
A Secretaria Municipal de Saúde baseia-se na alteração da Lei nº. 1.998/2008, com as Leis nº. 2.051/2009 e nº. 2.336/2017 que dispõem sobre a estrutura administrativa básica dos serviços municipais e das outras providências. Tendo como atribuições básicas planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de Saúde, da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual.

Também é de sua responsabilidade planejar, desenvolver e executar as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, alimentação e nutrição saneamento básico e de saúde do trabalhador.

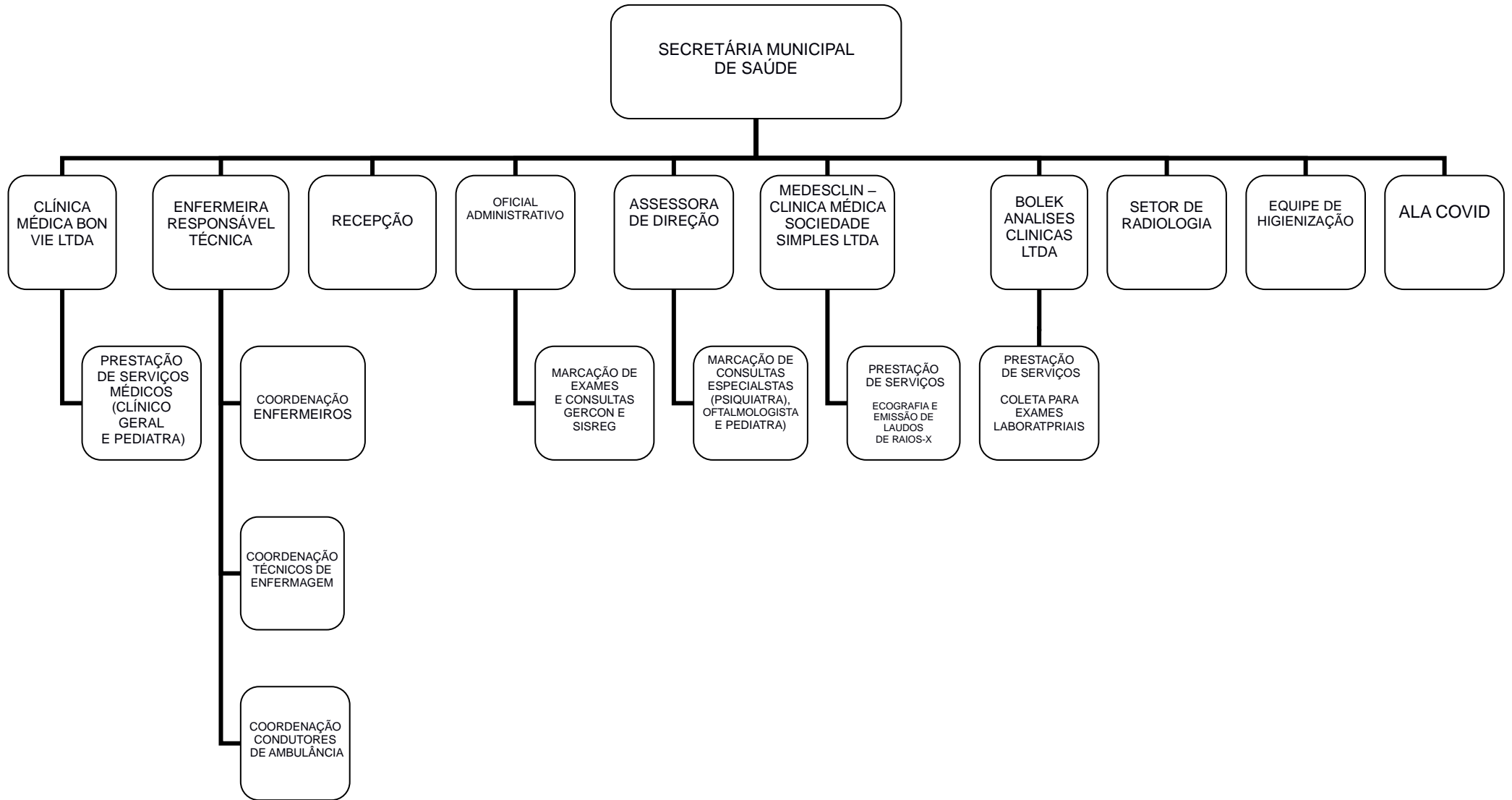
O município está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Recebe do Fundo Nacional e Estadual de Saúde incentivos para a Atenção Básica, Assistência Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Alimentação e Nutrição, Assistência Farmacêutica, Programa de Agentes Comunitários e Pólo Base de Saúde Indígena.

A Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Ribeiro atualmente está localizada na Rodovia Francisco Garcia de Garcia - RS 709, Km 03, Bairro Três Vendas e pode ser contactada através dos seguintes números de telefone: (51) 34822103 – Assessoria Secretaria Municipal de Saúde; (51) 34822133 - Setor de Ações em Saúde; (51) 34822134 – Setor de Transporte e (51) 34822154 – Farmácia Básica. E também através do e-mail: [saude@barradoribeiro.rs.gov.br](mailto:saude@barradoribeiro.rs.gov.br).

# ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



# ORGANOGRAMA PRONTO ATENDIMENTO



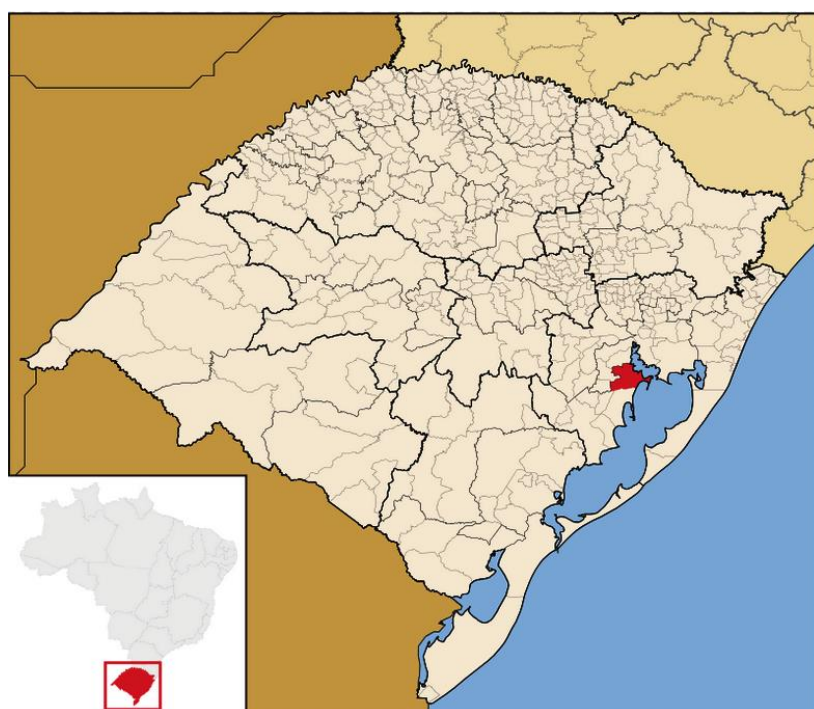
## ORGANIZAÇÃO DO TERRITÓRIO NO MUNICÍPIO

O Decreto Federal nº. 7.508/2011 define o território de saúde a partir de regiões, as quais devem conter, minimamente: “I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde”.

O Município de Barra do Ribeiro tem uma população estimada de 13.618 habitantes (IBGE, estimativa 2021), os serviços de saúde ofertados a esta população através do SUS são distribuídos em 03 Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo elas a ESF 1 – Centro, ESF 2 – Rural e a ESF 3 – Três Vendas, 01 Pronto Atendimento Municipal (PA 24h), 01 Pólo Base de Saúde Indígena, também possuímos 01 Clínica de Fisioterapia e 02 Laboratórios de Análises Clínicas conveniados ao SUS e 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que ainda estão em fase de implantação, sendo o CAPS III e o CAPS AD III.

No Estado do Rio Grande do Sul, Barra do Ribeiro integra a 9ª Região de Saúde - Carbonífera/Costa Doce, a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde e a Macrorregião Metropolitana de Saúde.

**Figura 2. Localização do Município.**



Fonte: Wikipedia.



## **I - ANÁLISE SITUCIONAL**

Esta análise situacional consiste em um processo que visa à identificação, formulação e priorização dos problemas, na realidade do Município de Barra do Ribeiro, oferecendo uma descrição transversal da situação de saúde da população e da estrutura, ações, processos de trabalho e políticas dos serviços de saúde.

A identificação dos problemas será feita com base em indicadores do meio ambiente na relação com a saúde da população, dados epidemiológicos adicionais e detalhamento das políticas públicas, instrumentos valiosos para a gestão e avaliação, destinando-se a produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, como base prática para identificar as condições de saúde da população, fatores determinantes e condicionantes de saúde e situação da gestão em saúde, além de estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas, constituindo-se, assim, insumo para o estabelecimento de políticas e prioridades mais ajustadas às necessidades de saúde.

### **1. NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO**

#### **1.1. PERFIL DEMOGRÁFICO**

##### **1.1.1. Panorama Demográfico**

De acordo com as estimativas de 2021, a população do município de Barra do Ribeiro era de 13.618 pessoas, sendo composta, em sua maioria, por mulheres e brancos.

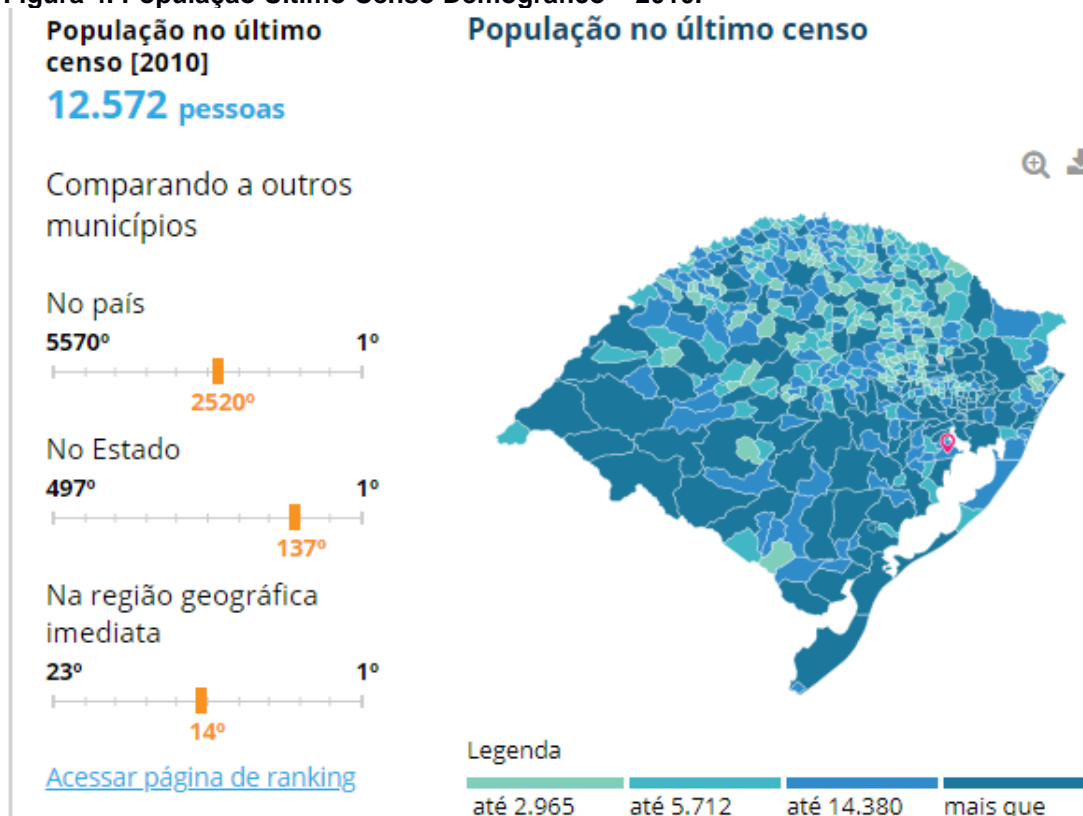
Entre 2013 e 2017, a população do município registrou um aumento de 1,63%. No mesmo período, o estado do Rio Grande do Sul registrou um aumento de 1,42%.

Quadro 2. População Censo Demográfico 2010 e População Estimada 2021.

POPULAÇÃO	
População estimada [2021]	<b>13.618</b> pessoas
População no último censo [2010]	<b>12.572</b> pessoas
Densidade demográfica [2010]	<b>17,25</b> hab/km <sup>2</sup>

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Figura 4. População Último Censo Demográfico – 2010.



Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Tabela 1. População total por sexo e cor no município - Barra do Ribeiro/RS - 2013 e 2017.

	População 2013	% do Total 2013	População 2017	% do Total 2017
<b>População Total</b>	13.150	100,00	13.365	100,00
<b>Mulher</b>	6.610	50,27	6.718	50,27
<b>Homem</b>	6.540	49,73	6.647	49,73
<b>Negro</b>	1.819	13,83	1.849	13,84
<b>Branco</b>	11.076	84,23	11.257	84,23

Obs.: Não foram consideradas as categorias de cor/raça amarela e indígena.

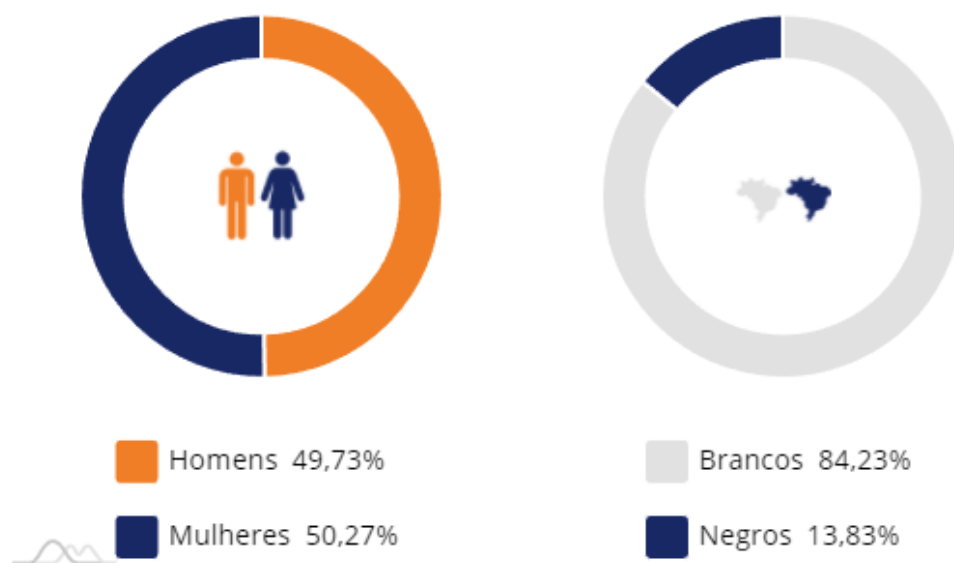
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

**Tabela 2. População – Por Raça/Cor Parda, Amarela e Indígena - 2010.**

	<b>População 2010</b>	<b>% do Total 2010</b>
<b>Pop. Total</b>	12.572	100,00
<b>Parda</b>	929	7,39
<b>Amarela</b>	17	0,13
<b>Indígena</b>	227	1,80

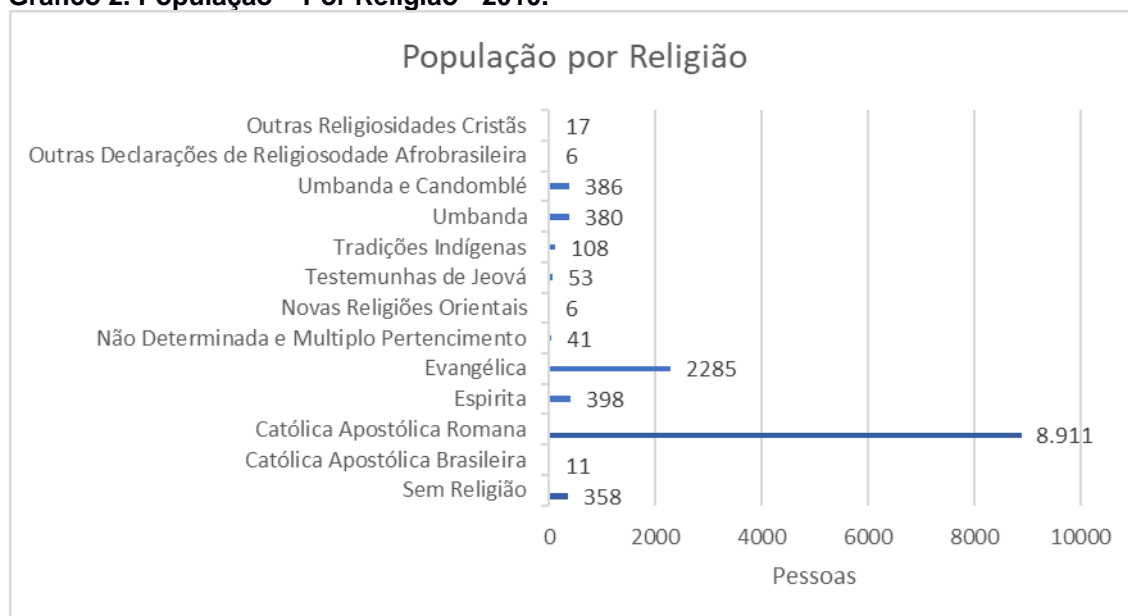
Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**Gráfico 1. População por sexo e cor no município – Barra do Ribeiro/RS - 2017.**



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

**Gráfico 2. População – Por Religião - 2010.**



Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

### 1.1.2. Estrutura Etária

Segundo as informações do Censo Demográfico, a razão de dependência (população de menos de 15 anos e população de 65 anos e mais) no município passou de 54,09%, em 2000, para 49,06% em 2010, e a proporção de idosos, de 8,59% para 10,56%.

Já no Estado, a razão de dependência passou de 49,83% para 43,18%, e a proporção de idosos, de 7,05% para 9,26% no mesmo período.

**Tabela 3. Estrutura etária da população no município - Barra do Ribeiro/RS - 2000 e 2010.**

<b>Estrutura Etária</b>	<b>População 2000</b>	<b>% do Total 2000</b>	<b>População 2010</b>	<b>% do Total 2010</b>
<b>Menos de 15 anos</b>	3.140	26,51	2.811	22,36
<b>15 a 64 anos</b>	7.680	64,84	8.434	67
<b>População de 65 anos ou mais</b>	1.025	8,65	1.327	09
<b>Razão de dependência</b>	54,09	-	49,06	10,56
<b>Taxa de envelhecimento</b>	8,59	-	10,56	-

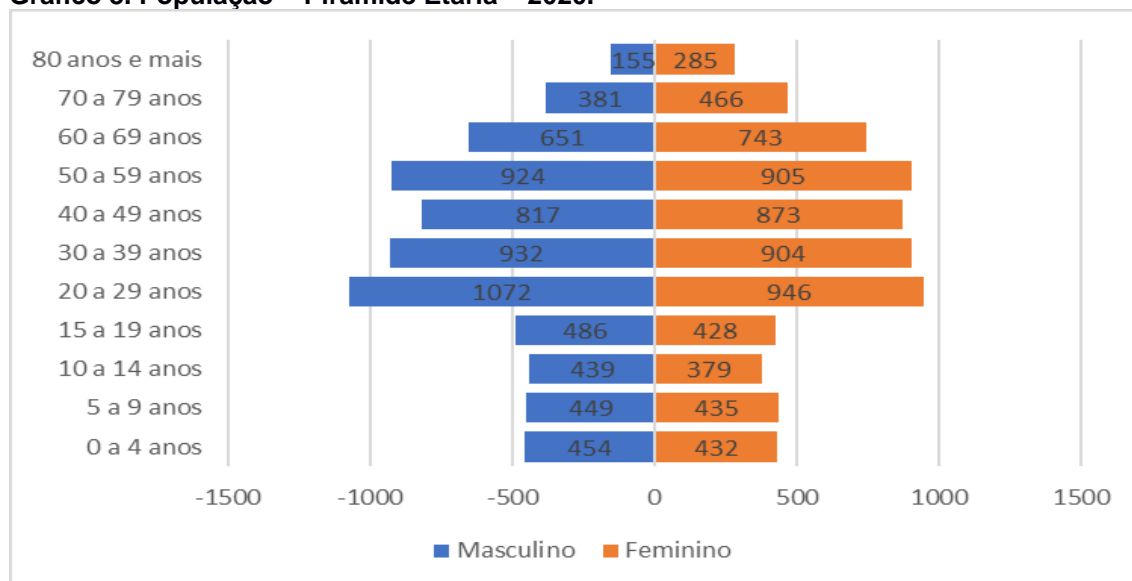
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

**Tabela 4. População - Sexo e Faixa Etária – 2020.**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
<b>0 a 4 anos</b>	454	432	886
<b>5 a 9 anos</b>	449	435	884
<b>10 a 14 anos</b>	439	379	818
<b>15 a 19 anos</b>	486	428	914
<b>20 a 29 anos</b>	1.072	946	2.018
<b>30 a 39 anos</b>	932	904	1.836
<b>40 a 49 anos</b>	817	873	1.690
<b>50 a 59 anos</b>	924	905	1.829
<b>60 a 69 anos</b>	651	743	1.394
<b>70 a 79 anos</b>	381	466	847
<b>80 anos e mais</b>	155	285	440
<b>Total</b>	<b>6.760</b>	<b>6.796</b>	<b>13.556</b>

Fonte: DigiSUS - Relatório Anual de Gestão 2021.

**Gráfico 3. População – Pirâmide Etária – 2020.**



Fonte: DigiSUS - Relatório Anual de Gestão 2021.

### 1.1.3. Longevidade e Mortalidade

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do IDHM e faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável, Saúde e Bem-estar. O valor dessa variável no município era de 73,20 anos, em 2000, e de 74,32 anos, em 2010. No Rio Grande do Sul a esperança de vida ao nascer era 73,22 anos em 2000, e de 75,38 anos, em 2010.

A taxa de mortalidade infantil, definida como o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade para cada mil nascidos vivos, passou de 16,70 por mil nascidos vivos em 2000 para 13,70 por mil nascidos vivos em 2010 no município. No Estado, essa taxa passou de 16,71 para 12,38 óbitos por mil nascidos vivos no mesmo período.

Segundo dados do IBGE em 2019 a taxa de mortalidade infantil média na cidade foi de 19,87 para 1.000 nascidos vivos.

**Tabela 5. Longevidade e mortalidade, por sexo e cor e situação de domicílio no município - Barra do Ribeiro/RS - 2000 e 2010.**

Indicadores	Total 2000	Total 2010
Mortalidade Infantil	16,70	13,70
Esperança de Vida ao Nascer	73,20	74,32

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Com a taxa observada em 2010 e evidenciada na tabela acima, o município não cumpre ainda com a meta 3.2 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 12 óbitos por mil nascidos vivos em 2030.

**Tabela 6. Outros indicadores de saúde, por sexo e cor, calculados com base nos registros do Ministério da Saúde - Barra do Ribeiro/RS - 2016 e 2017.**

<b>Indicadores</b>	<b>Total 2016</b>	<b>Total 2017</b>	<b>Negros 2017</b>	<b>Branco 2017</b>	<b>Mulheres 2017</b>	<b>Homens 2017</b>
Taxa bruta de mortalidade	7,81	7,78	0,60	6,43	3,52	4,26
Taxa de mortalidade por doenças não transmissíveis	473,12	381,59	29,93	329,22	172,09	209,50
Taxa de mortalidade infantil	6,25	18,40	-	16,53	12,50	24,10
Taxa de incidência de AIDS	15,02	7,48	0,00	7,48	0,00	7,48
Taxa de mortalidade por acidente de trânsito	22,53	29,93	-	14,96	7,48	22,45
Taxa de mortalidade por suicídio	7,51	7,48	-	7,48	-	7,48
% de internações por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado	0,65	0,29	0,00	0,37	0,25	0,35
% de meninas de 10 a 14 anos de idade que tiveram filhos	1,88	2,45	4,00	2,08	-	-
% de adolescentes de 15 a 17 anos de idade que tiveram filhos	16,25	18,40	24,00	17,71	-	-

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

## 1.2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES

### 1.2.1. Produção Agrícola

Mostra o valor da produção agrícola, área plantada, área colhida, produtividade por hectare e percentual da área territorial com plantação por tipo de lavoura.

**Tabela 7. Rendimento médio das cinco principais culturas por hectare em 2018.**

Cultura	Rendimento Médio por Hectare
Arroz (em casca)	R\$ 5.211,00
Soja (em grão)	R\$ 3.460,00
Batata-doce	R\$ 11.640,00
Milho (em grão)	R\$ 1.100,00
Mandioca	R\$ 11.833,00

Fonte: SEBRAE - Perfil das Cidades Gaúchas

**Tabela 8. Produção agrícola - Cereais, leguminosas e oleaginosas 2007.**

Produto Agrícola	Área Colhida ha.	Área Plantada ha.	Quantidade Produzida t	Rendimento Médio da Produção Kg/ha.	Valor da Produção (x 1000) R\$
Arroz (em casca)	12.518	12.700	84.772	6.772	34.118,00
Feijão (grão)	11	13	8	727	6,00
Mamona (baga)	1	1	1	1.000	1,0
Milho (grão)	100	100	150	1.500	42,00
Soja (grão)	200	200	464	2.320	193,00

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**Tabela 9. Produção agrícola – Lavoura Permanente 2020.**

Produto Agrícola	Quantidade Produzida t	Valor da Produção (x 1000) R\$	Área Destinada à Colheita ha.	Área Colhida ha.	Rendimento Médio Kg/ha.
Azeitona	34	56,00	48	48	708
Caqui	7	18,00	1	1	7.000
Goiaba	10	21,00	1	1	10.000
Laranja	93	93,00	25	25	3.720
Limão	2	2,00	1	1	2.000
Pêra	15	23,00	2	2	7.500
Pêssego	13	46,00	6	6	2.167
Tangerina	82	66,00	8	8	10.250
Uva	104	164,00	25	25	4.160

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Tabela 10. Produção agrícola – Lavoura Temporária 2020.

Produto Agrícola	Quantidade Produzida t	Valor da Produção (x 1000) R\$	Área Plantada ha.	Área Colhida ha.	Rendimento Médio kg/ha.
Arroz (com casca)	99.638	101.844,00	12.486	12.486	7.980
Batata-Doce	6.144	7.771,00	640	640	9.600
Feijão (grão)	2	8,00	6	6	333
Fumo (folha)	22	161,00	20	20	1.100
Mandioca	1.275	1.583,00	100	100	12.750
Melancia	650	523,00	40	40	16.250
Melão	64	84,00	15	15	4.267
Milho (grão)	350	331,00	250	250	1.400
Soja (grão)	8.261	13.738,00	6.100	5.620	1.470
Tomate	4	12,00	1	1	4.000

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

## 1.2.2. Educação

Quadro 3. Educação – 2010, 2019 e 2020.

EDUCAÇÃO	
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	94,2 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]	5,1
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]	4,1
Matrículas no ensino fundamental [2020]	1.536 matrículas
Matrículas no ensino médio [2020]	326 matrículas
Docentes no ensino fundamental [2020]	90 docentes
Docentes no ensino médio [2020]	33 docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2020]	10 escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio [2020]	2 escolas

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

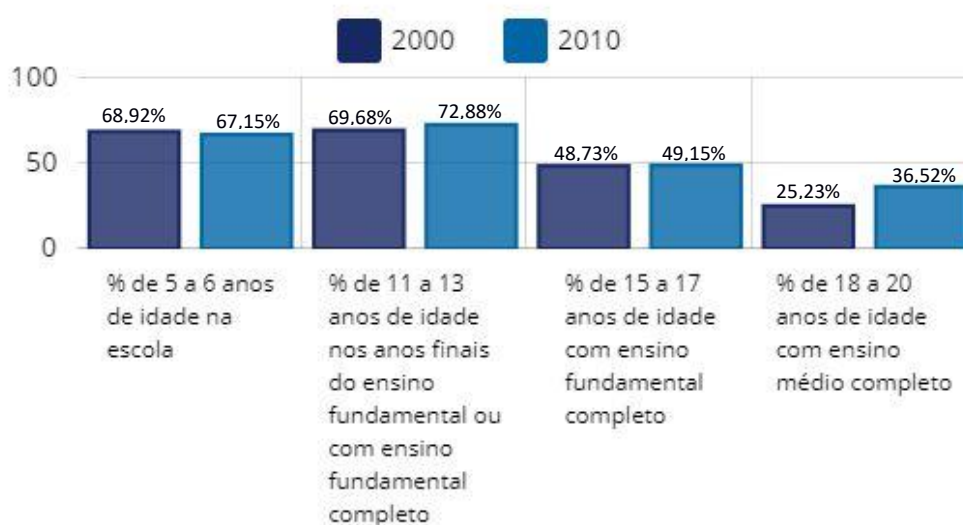
Fluxo escolar de crianças e jovens:

O IDHM Educação é composto por cinco indicadores. Quatro deles se referem ao fluxo escolar de crianças e jovens, buscando medir até que ponto estão frequentando a escola na série adequada à sua idade. O quinto indicador refere-se à escolaridade da população adulta. A dimensão Educação,

além de ser uma das três dimensões do IDHM, faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável – Educação de Qualidade.

No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 67,15%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos, frequentando os anos finais do ensino fundamental, era de 72,88%. A proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 49,15%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 36,52%.

**Gráfico 4. Fluxo Escolar por Faixa Etária - Barra do Ribeiro - RS – 2000 e 2010.**



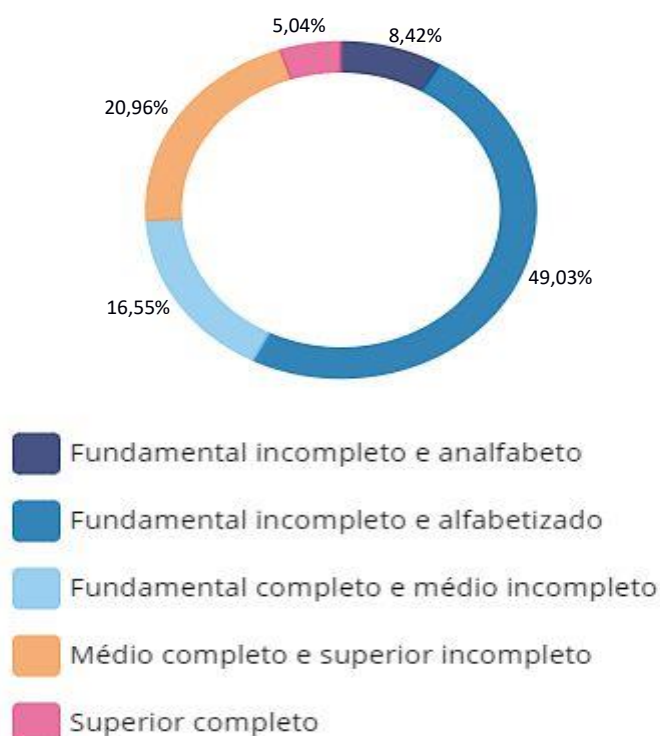
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Escolaridade da população adulta:

Outro indicador que compõe o IDHM Educação e mede a escolaridade da população adulta é o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador reflete defasagens das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 30,30% para 46,50, no município, e de 41,90% para 56,29%, no Estado.

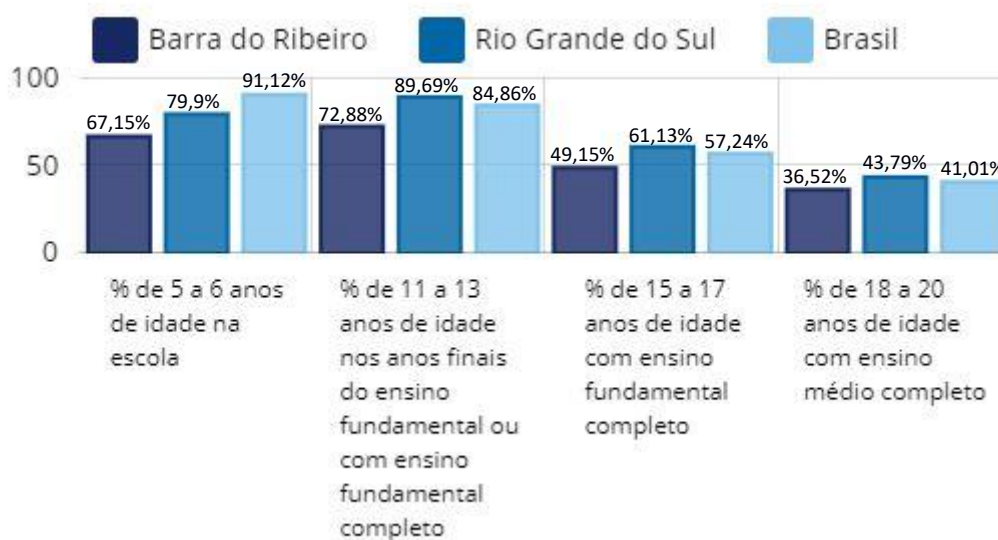
Em 2010, considerando-se a população de 25 anos ou mais de idade no município de Barra do Ribeiro, 8,42% eram analfabetos, 42,55% tinham o ensino fundamental completo, 26,00% possuíam o ensino médio completo e 5,04%, o superior completo. No Estado esses percentuais eram, respectivamente, 5,44%, 52,14%, 35,43% e 11,28%.

**Gráfico 5. Escolaridade da população de 25 anos ou mais de idade no município - Barra do Ribeiro/RS – 2010.**



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

**Gráfico 6. Fluxo Escolar por Faixa Etária - Barra do Ribeiro/Rio Grande do Sul/Brasil – 2010.**

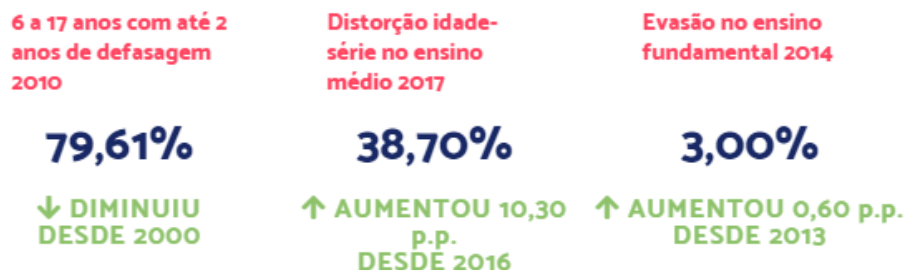


Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Em 2000, 79,89% da população de 6 a 17 anos estavam cursando o ensino básico regular com menos de dois anos de defasagem idade-série. Em 2010, esse percentual era de 79,61%.

A taxa de Distorção idade-série no ensino médio no município era de 28,40%, em 2016, e passou para 38,70%, em 2017. Por sua vez, a taxa de evasão no fundamental foi de 2,40%, em 2013, para 3,00%, em 2014. A taxa de evasão no ensino médio foi de 16,30%, em 2013, e, em 2014, de 15,40%.

Figura 5. Defasagem, Distorção e Evasão.



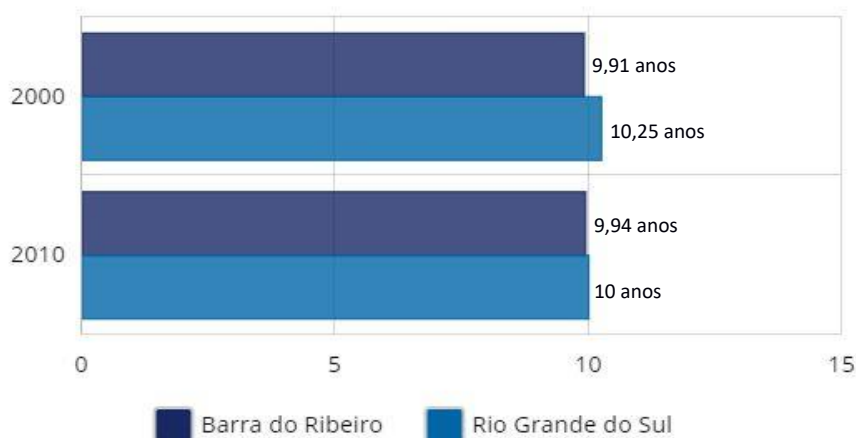
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Expectativa de anos de estudo:

O indicador Expectativa de anos de estudo sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, ele indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência terá completado ao atingir a idade de 18 anos.

No município, esse indicador registrou 9,91 anos, em 2000, e 9,94 anos, em 2010, enquanto na UF registrou 10,25 anos e 10,00 anos, respectivamente.

Gráfico 7. Expectativa de anos de estudo no município - Barra do Ribeiro/RS - e no Rio Grande do Sul - 2000 e 2010.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

### 1.2.3. Trabalho e Renda

Quadro 4. Trabalho e Rendimento – 2010 e 2019.

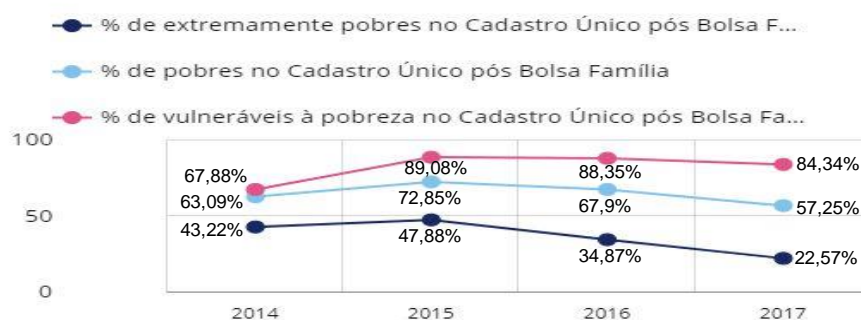
TRABALHO E RENDIMENTO	
Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2019]	2,0 salários mínimos
Pessoal ocupado [2019]	2.322 pessoas
População ocupada [2019]	17,2 %
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo [2010]	32,7 %

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Em 2019, o salário médio mensal era de 2.0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 17.2%. Na comparação com os outros municípios do estado Barra do Ribeiro ocupava as posições 397 de 497 e 293 de 497, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficávamos na posição 2034 de 5570 e 1817 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 32.7% da população nessas condições, o que o colocava na posição 200 de 497 dentre as cidades do estado e na posição 4111 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Os valores da renda per capita mensal registrados, em 2000 e 2010, evidenciam que houve crescimento da renda no município entre os anos mencionados. A renda per capita mensal no município era de R\$ 519,61, em 2000, e de R\$ 589,16, em 2010, a preços de agosto de 2010.

Gráfico 8. Evolução das proporções de extremamente pobres, pobres e vulneráveis à pobreza inscritas no Cadastro Único após o bolsa família no município - 2014 a 2017.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Foram consideradas extremamente pobres, pobres e vulneráveis à pobreza as pessoas com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$ 70,00, R\$140,00 e R\$255,00 (valores a preços de 01 de agosto de 2010), respectivamente. Dessa forma, em 2000, 5,05% da população do município eram extremamente pobres, 16,73% eram pobres e 43,13% eram vulneráveis à pobreza; em 2010, essas proporções eram, respectivamente, de 4,56%, 11,24% e 32,66%.

Analisando as informações do Cadastro Único (CadÚnico) do Governo Federal, a proporção de pessoas extremamente pobres (com renda familiar per capita mensal inferior a R\$ 70,00) inscritas no CadÚnico, após o recebimento do Bolsa Família passou de 43,22%, em 2014, para 22,57%, em 2017. Já a proporção de pessoas pobres (com renda familiar per capita mensal inferior a R\$ 140,00), inscritas no cadastro, após o recebimento do Bolsa Família, era de 63,09%, em 2014, e 57,25%, em 2017. Por fim, a proporção de pessoas vulneráveis à pobreza (com renda familiar per capita mensal inferior a R\$ 255,00), também inscritas no cadastro, após o recebimento do Bolsa Família, era de 67,88%, em 2014, e 84,34%, em 2017.

#### **1.2.4. Desemprego**

Na análise dos dados do Censo Demográfico, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais, ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa no município, passou de 65,01% para 61,35%. Ao mesmo tempo, a taxa de desocupação nessa faixa etária, isto é, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada, passou de 13,73% para 7,36%.

No município, o grau de formalização entre a população ocupada de 18 anos ou mais de idade passou de 62,92%, em 2000, para 63,00%, em 2010.

**Gráfico 9. Situação ocupacional da população de 18 anos ou mais de idade no município - Barra do Ribeiro/RS - 2010.**



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

**Tabela 11. Situação ocupacional da população de 18 anos ou mais, por sexo e cor no município - Barra do Ribeiro/RS - 2000 e 2010.**

Situação de Ocupação	Total 2000	Total 2010
Taxa de Atividade – 18 anos ou mais de idade	65,01	61,35
Taxa de desocupação – 18 anos ou mais de idade	13,73	7,36
Grau de formalização dos ocupados – 18 anos ou mais	62,92	63,00
Nível Educacional dos Ocupados	Total 2000	Total 2010
% dos ocupados com ensino fundamental completo	37,36	52,01
% dos ocupados com ensino médio completo	22,81	32,36
Rendimento dos Ocupados	Total 2000	Total 2010
% dos ocupados com rendimento de até 1 salário mínimo (de agosto/2010)	46,32	23,09
% dos ocupados com rendimento de até 2 salários mínimo (de agosto/2010)	76,63	78,84

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

**Tabela 12. Outros indicadores de renda, por sexo e cor, calculados com base em registros administrativos - Barra do Ribeiro/RS - 2015 e 2016.**

Indicadores de Registro Administrativos	Total 2015	Total 2016	Negros 2016	Branços 2016	Mulheres 2016	Homens 2016
Produto Interno Bruto per capita (PIB per capita anual, em mil R\$ de agosto/2010)	16,08	15,65	-	-	-	-
Participação da Indústria no Valor Adicionado	9,32	9,18	-	-	-	-
% de pessoas inscritas no Cadastro Único que recebem Bolsa Família	62,09	60,20	65,04	56,07	62,08	57,71

% de extremamente pobres no Cadastro Único pós Bolsa Família (com renda domiciliar per capita mensal inferior à R\$ 70,00 de agosto/2010)	34,87	22,57	21,41	17,12	23,17	21,77
% de pobres no Cadastro Único pós Bolsa Família (com renda domiciliar per capita mensal inferior à R\$ 140,00 de agosto/2010)	67,90	57,25	58,27	52,77	58,72	55,30
% de vulneráveis à pobreza no Cadastro Único pós Bolsa Família (com renda domiciliar per capita mensal inferior à R\$ 255,00 de agosto/2010)	88,35	84,34	86,18	82,49	85,42	82,91

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Figura 6. Renda, Pobreza e Desigualdade de 2000 para 2010.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

O índice de Gini no município passou de 0,54, em 2000, para 0,48, em 2010, indicando, portanto, houve redução na desigualdade de renda.

#### O que é Índice de Gini?

O índice de Gini é uma das medidas de desigualdade de renda. Seu valor pode variar entre 0 e 1 e, quanto maior, maior a desigualdade de renda existente.

### 1.2.5. Saneamento (água, esgoto e resíduos)

Quadro 5. Território e Ambiente – 2010 e 2016.

TERRITÓRIO E AMBIENTE	
Área da unidade territorial [2021]	729,316 km <sup>2</sup>
Esgotamento sanitário adequado [2010]	75 %
Arborização de vias públicas [2010]	94,8 %
Urbanização de vias públicas [2010]	13,7 %

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A destinação final dos rejeitos é um grande problema para a maioria dos municípios do Brasil. Esses rejeitos quando eliminados de forma inadequada produzem poluição, contaminação e desperdício de recursos naturais. Para os municípios de pequeno porte, onde as receitas são muito baixas e a falta de qualificação de recursos humanos a destinação adequada dos resíduos sólidos urbanos é um desafio.

Nosso município possui uma gestão de resíduos sólidos urbanos precária, tendo uma geração de resíduos per capita de 0,4 kg/hab/dia, possui coleta de lixo em dias alternados na zona urbana e quinzenal/semanal nos aglomerados urbanos dentro das áreas rurais, sendo coletado aproximadamente 5,0 ton/dia, e tendo como destinação final um aterro sanitário no município de Minas do Leão, que localiza-se a 70 km de distância de Barra do Ribeiro.

Existe no município uma Cooperativa de Recicladores que realizam a coleta seletiva separando o lixo por componentes, principalmente papelão, latinhas de alumínio e embalagens plásticas (PET), são coletados por mês cerca de 4 toneladas de material reciclável, estes materiais são coletados de lixeira em lixeira das propriedades particulares e vias públicas sendo transportados em carroças até a sede da Cooperativa.

**Tabela 13. Cobertura de Abastecimento - Série histórica 2017 a 2020.**

<b>Ano</b>	<b>População (IBGE)</b>	<b>População Abastecida pela CORSAN</b>	<b>População Abastecida por Outras Formas</b>
<b>2017</b>	13.316	11.143 (83,68%)	2.173 (16,32%)
<b>2018</b>	13.365	11.463 (85,77%)	1.902 (14,23%)
<b>2019</b>	13.423	11.872 (88,44%)	1.551 (11,56%)
<b>2020</b>	13.491	11.966 (88,69%)	1.525 (11,31%)

Fonte: SISAGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano.

### **1.2.6. Ambiente e Habitação**

Apresenta 75% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 94.8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 13.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 104 de 497, 110 de 497 e 323 de 497, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 1167 de 5570, 945 de 5570 e 2400 de 5570, respectivamente.

O abastecimento de água na área urbana realizado pela Companhia Riograndense de saneamento - CORSAN que capta água no lago Guaíba e realiza o tratamento desta na ETA (Estação de Tratamento de Água) do município, já o abastecimento na área rural é proveniente de captação de água subterrânea (poços artesianos) e também de vertentes naturais.

O município não possui sistema de coleta e tratamento de esgoto, o, mesmo é lançado na rede de drenagem urbana, há um projeto de rede e tratamento de esgoto elaborado pela CORSAN que foi iniciado, porém no momento este projeto encontra-se parado. O sistema para tratamento do esgoto existente no momento é através de fossas sépticas e sumidouros e/ou filtros anaeróbicos, os quais são obrigatórios para a aprovação de projetos de construção civil e emissão de Habite-se.

A utilização dos recursos fluviais é feita através do aproveitamento das águas para a irrigação das plantações de arroz, também existindo em suas margens diversos lavadores de batata-doce, que utilizam as águas para o beneficiamento do produto que ocupa grande destaque na agricultura do município.

Ao cuidado dos mananciais há pouca preocupação por parte dos beneficiados em conter os perigos da erosão dos solos assoreando-os, bem como dar o devido destino a embalagens de agrotóxicos, que muitas vezes são vistas nas margens dos arroios.

**Tabela 14. Indicadores de Habitação – 2010.**

<b>Indicador</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>
Total de domicílios	3.060	1.201
<b>Abastecimento de Água</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>
Rede geral	99%	11%
Poço ou nascente na propriedade	1%	75%
Outra forma de abastecimento	0%	14%
Água da chuva Armazenada em cisterna	0%	0%

<b>Destinação do Lixo</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>
Coletado por serviço de limpeza	100%	68%
Coletado em caçamba de serviço de limpeza	0%	5%
Queimado na propriedade	0%	21%
Enterrado na propriedade	0%	3%
Jogado em terreno baldio ou logradouro	0%	0%
Jogado em rio, lago ou mar	0%	0%
Outro destino	0%	3%
<b>Domicílios Sem Banheiro</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>
Domicílios sem banheiro nem sanitário de uso exclusivo dos moradores	100%	94%
Domicílios com banheiro nem sanitário de uso exclusivo dos moradores	0%	3%
Domicílios com sanitário	0%	3%
<b>Esgotamento Sanitário</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>
Rede geral de esgoto ou pluvial	85%	6%
Fossa séptica	7%	23%
Fossa rudmentar	6%	61%
Vala	2%	6%
Rio, lago ou mar	0%	0%
Outro escoadouro	0%	1%
Não tinham	0%	3%

Fonte: InfoSanbas

### **1.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

#### **1.3.1. Nascimento**

##### **1.3.1.1. Nascidos vivos**

O DATASUS desenvolveu o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) visando reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Sua implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todas as Unidades da Federação.

Estes dados possibilitam subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido.

O acompanhamento da evolução das séries históricas do permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema.

**Tabela 15. Nascidos vivos - Barra do Ribeiro – Série histórica 2016 a 2021.**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Nascidos vivos</b>	160	163	152	151	127	146

Fonte: Portal BI Público.

### **1.3.1.2. Baixo Peso ao Nascer**

Percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas. É a primeira medida de peso do recém-nascido, devendo ser feita, preferencialmente, durante a primeira hora de vida.

O baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intrauterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil.

É um preditor da sobrevivência infantil. Quanto menor o peso ao nascer, maior a possibilidade de morte precoce. Valores abaixo de 10% são aceitáveis internacionalmente, embora a proporção encontrada nos países desenvolvidos varie em torno de 6%. Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil.

Usado para analisar variações geográficas e temporais da população, apoiar iniciativas orientadas para as intervenções nutricionais e avaliação das condições orgânicas e condutas de risco (tabagismo, alcoolismo e outras) da gestante, subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil.

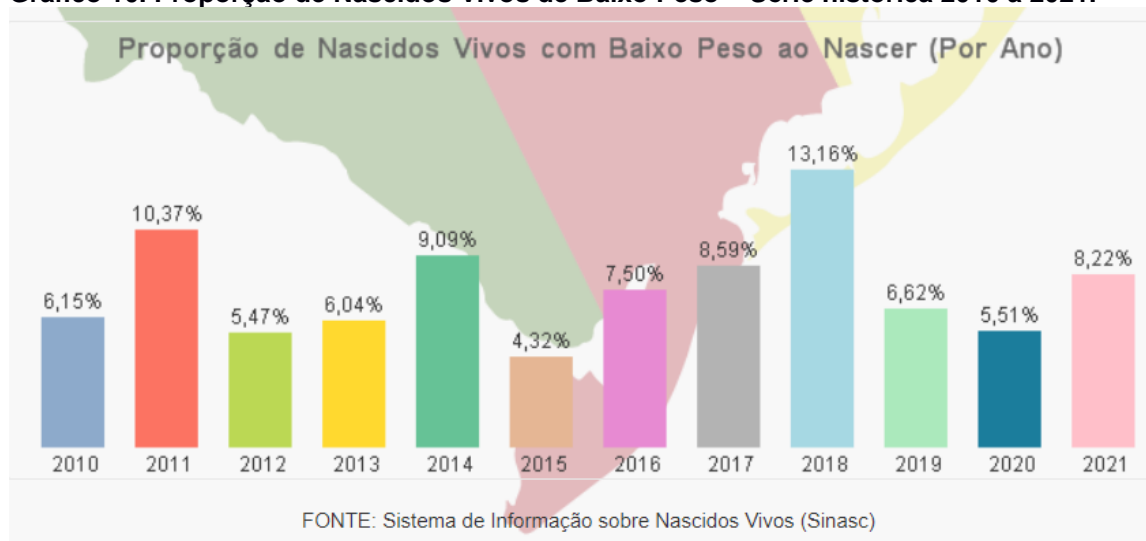
No Município verifica-se que na sua grande maioria os Nascidos Vivos de Baixo Peso são provenientes de partos prematuros.

**Tabela 16. Nascidos Vivos de Baixo Peso – Série histórica 2017 a 2021.**

Ano	Total de Nascimentos	Baixo Peso ao Nascer
2017	163	14
2018	152	20
2019	151	10
2020	127	7
2021	146	12

Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 10. Proporção de Nascidos Vivos de Baixo Peso – Série histórica 2010 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

### 1.3.1.3. Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais consultas de Pré-Natal

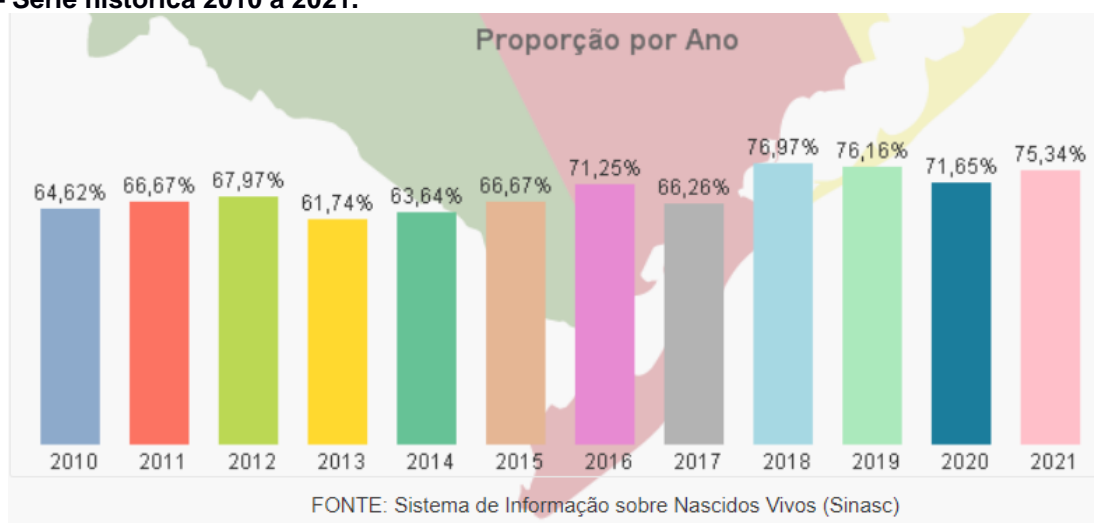
O Percentual de nascidos vivos de mães residentes que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal, em determinado município e período, em relação ao total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo município e período mede a cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribui na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como: a mortalidade materna e infantil e nº. de casos de sífilis congênita. Nível de Agregação da população do Município.

**Tabela 17. Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais consultas de Pré-Natal – Série histórica 2017 a 2021.**

Ano	Total de Nascimento	Nascidos de Mães com 7 ou mais consultas de Pré-Natal
2017	163	108
2018	152	117
2019	151	115
2020	127	91
2021	146	110

Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 11. Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais consultas de Pré-Natal – Série histórica 2010 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

#### 1.3.1.4. Parto Normal

Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, analisando as variações geográficas e temporais da proporção de partos normais (procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal), identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

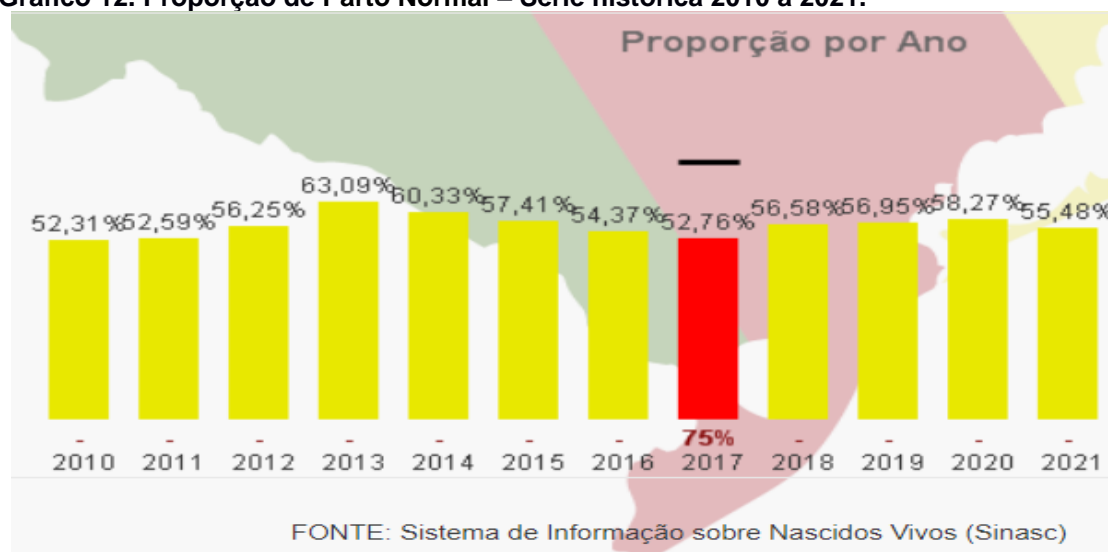
Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de Saúde.

**Tabela 18. Parto Normal no SUS - Barra do Ribeiro – Série histórica 2017 a 2021.**

Ano	Total de Nascimento	Partos Normais
2017	163	86
2018	152	86
2019	151	86
2020	127	74
2021	146	81

Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 12. Proporção de Parto Normal – Série histórica 2010 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996).

As normas nacionais estabelecem limites percentuais, por estado, para a realização de partos cesáreos, bem como critérios progressivos para o alcance do valor máximo de 25% para todos os estados.

### **1.3.2. Morbidade**

#### **1.3.2.1. Diabetes**

No Brasil, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), informam que cerca de 16 milhões de pessoas sofrem de Diabetes Mellitus, com crescimento da taxa de incidência em 61,8% nos últimos dez anos.

A doença pode começar a afetar o organismo dez anos antes mesmo de o paciente suspeitar dos sintomas. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável e a obesidade são os grandes fatores responsáveis pelo aumento de prevalência do diabetes.

O diabetes é marcado pela cronicidade da glicemia elevada que resulta em distúrbios do metabolismo dos lipídeos, carboidratos e proteínas, modificando a geração e a secreção da insulina. Esta enfermidade é responsável por complicações como cardiopatias, cegueira, problemas renais e amputação. Divide-se em dois tipos: Tipo 1 onde o pâncreas deixa subitamente de produzir insulina, geralmente ocorre na adolescência. No tipo 2 o organismo não responde à insulina como devia criando a chamada "resistência à insulina".

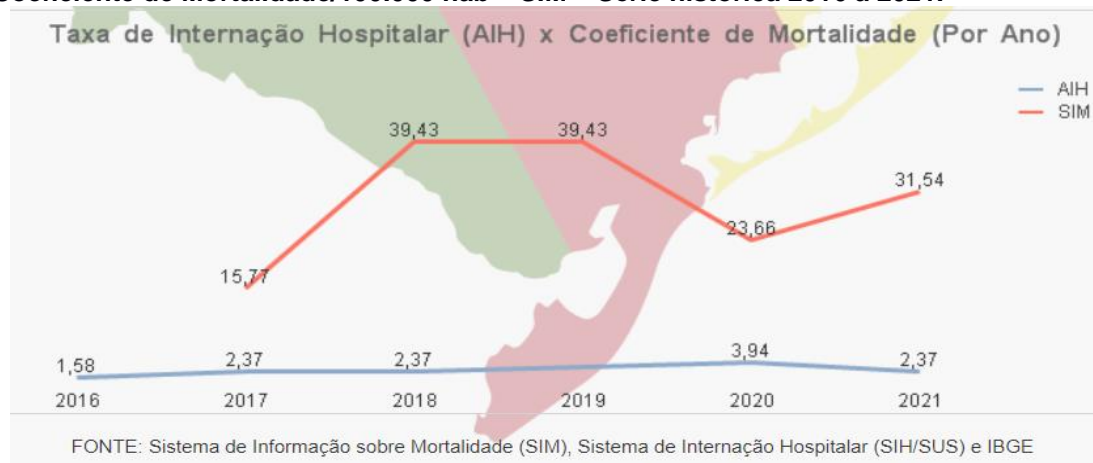
A doença gera grande impacto econômico para os sistemas de saúde e a sociedade, devido ao tratamento e às complicações desencadeadas, como a doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações de membros inferiores. Tudo pode ser evitado ou minorado com diagnóstico precoce, tratamento oportuno e adequado e educação para o autocuidado.

**Tabela 19. Diabetes Mellitus – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2017 a 2021.**

Ano	Total de Internações Hospitalares	Total de óbitos	Taxa de Internação Hospitalar	Coeficiente de Mortalidade
2017	3	2	2,37	15,77
2018	3	5	2,37	39,43
2019	0	5	0,00	39,43
2020	5	3	3,94	23,66
2021	3	4	2,37	31,54

Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 13. Diabetes Mellitus – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. - AIH e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – SIM – Série histórica 2016 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

### 1.3.2.2. Doenças do Aparelho Circulatório

Nosso sistema circulatório é um importante mecanismo de transporte que, além de conduzir o sangue, também possui a missão de distribuir oxigênio, nutrientes e fluido linfático por todo o corpo.

Mas quando há algo errado no funcionamento desse complexo sistema (composto pelo coração, veias, artérias, vasos linfáticos, etc.), geralmente ocasionado por doenças, os demais órgãos do corpo podem ficar comprometidos, gerando diversas complicações.

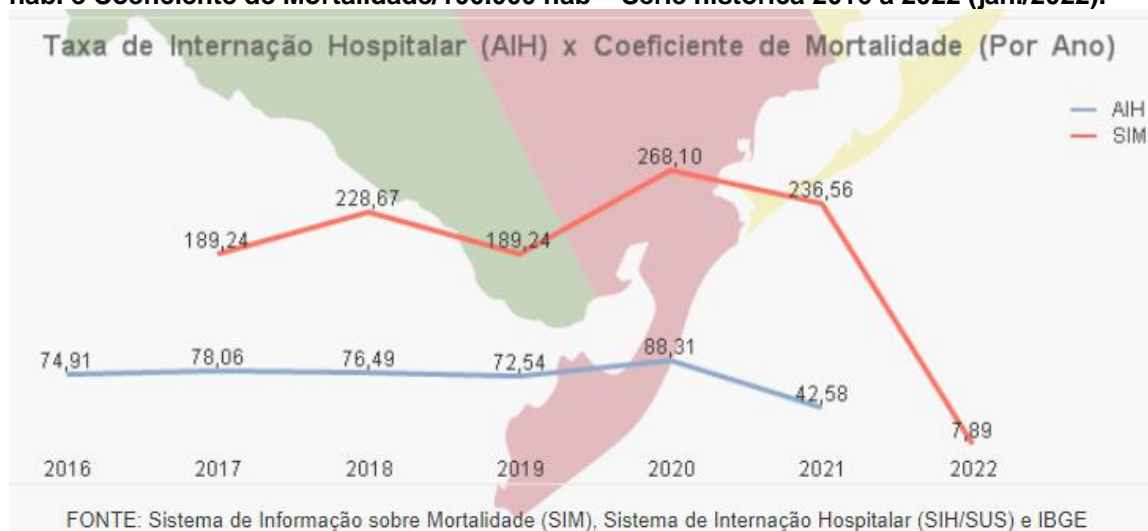
As principais doenças do sistema circulatório são Hipertensão Arterial, Aneurisma, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Varizes, Arritmia, Insuficiência Venosa Crônica, Angina, Doença Vascular Periférica, Síndrome de Coronariana Aguda, Endocardite e Taquicardia.

**Tabela 20. Doenças do Aparelho Circulatório – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2017 a 2021.**

Ano	Total de Internações Hospitalares	Total de óbitos	Taxa de Internação Hospitalar	Coeficiente de Mortalidade
2017	99	24	78,06	189,24
2018	97	29	76,49	228,67
2019	92	24	72,54	189,24
2020	112	34	88,31	268,10
2021	54	30	42,58	236,56

Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 14. Doenças do Aparelho Circulatório – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2016 a 2022 (jan./2022).**



Fonte: Portal BI Público.

### 1.3.2.3. Doenças Respiratórias Crônicas

Doenças respiratórias crônicas são doenças crônicas tanto das vias aéreas superiores como das inferiores. A maioria dessas doenças são preveníveis e incluem a asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Representam um dos maiores problemas de saúde mundial.

Centenas de milhões de pessoas de todas as idades sofrem dessas doenças e de alergias respiratórias em todos os países do mundo e mais de 500 milhões delas vivem em países em desenvolvimento. As DRC estão aumentando em prevalência particularmente entre as crianças e os idosos. Afetam a qualidade de vida e provocam incapacidade nos indivíduos afetados, causando grande impacto econômico e social.

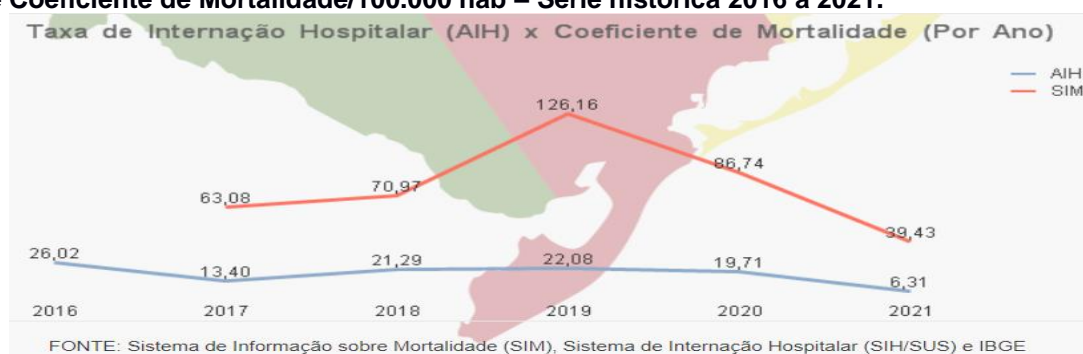
A rinite alérgica pode ser considerada a doença de maior prevalência entre as doenças respiratórias crônicas e problema global de saúde pública, acometendo cerca de 20 a 25% da população em geral. Embora com sintomas de menor gravidade, está entre as dez razões mais frequentes de atendimento primário à saúde.

**Tabela 21. Doenças Respiratórias Crônicas – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2017 a 2021.**

Ano	Total de Internações Hospitalares	Total de óbitos	Taxa de Internação Hospitalar	Coeficiente de Mortalidade
2017	17	8	13,40	63,08
2018	27	9	21,29	70,97
2019	28	16	22,08	126,16
2020	25	11	19,71	86,74
2021	8	5	6,31	39,43

Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 15. Doenças Respiratórias Crônicas – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2016 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

### 1.3.2.4. Neoplasias Malignas

Popularmente conhecida como câncer, a Neoplasia maligna pode ter cura, desde que seja diagnosticada precocemente e tratada de acordo com as melhores práticas clínicas.

Atualmente, existem tratamentos capazes de curar cerca de um terço dos tipos de câncer, principalmente nos casos de câncer de mama, colo do útero, boca e cólon.

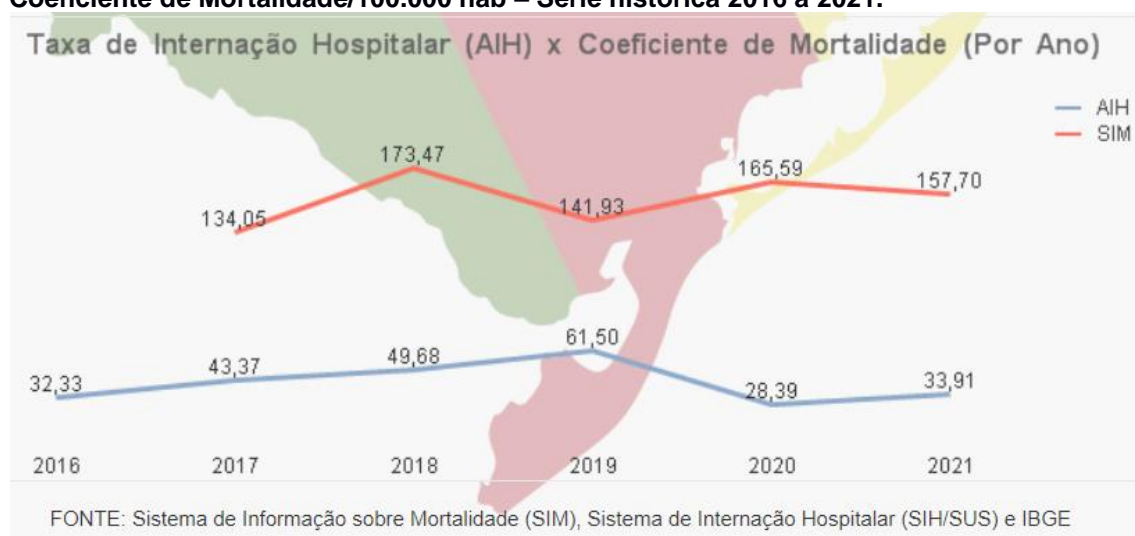
De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (Inca) os tipos mais comuns de câncer são: Câncer de Pele, Câncer de próstata, Câncer de cólon e reto, Câncer de pulmão, Câncer de mama e Câncer de estômago.

**Tabela 22. Neoplasias Malignas – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2017 a 2021.**

Ano	Total de Internações Hospitalares	Total de óbitos	Taxa de Internação Hospitalar	Coeficiente de Mortalidade
2017	55	17	43,37	134,05
2018	63	22	49,68	173,47
2019	78	18	61,50	141,93
2020	36	21	28,39	165,59
2021	43	20	33,91	157,70

Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 16. Neoplasias Malignas – Taxa de Internação Hospitalar/10.000 hab. e Coeficiente de Mortalidade/100.000 hab – Série histórica 2016 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

### 1.3.2.5. Óbitos nas Internações por IAM

Mede o risco de morrer por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), após a internação por tal causa. Expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada. Como o bom prognóstico da atenção ao IAM está diretamente relacionado ao tempo decorrido entre o início do evento e a assistência, esse indicador mede também, indiretamente, a qualidade e presteza do diagnóstico e da atenção pré-hospitalar.

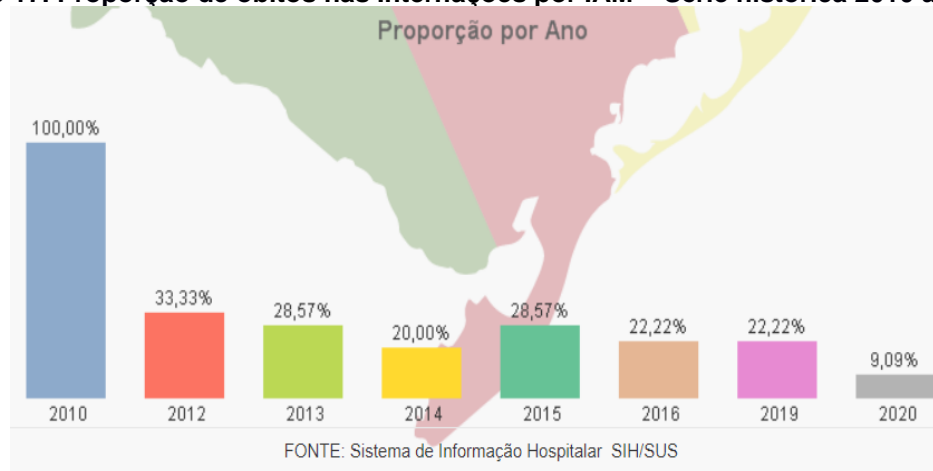
Analisa variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade das internações por infarto agudo do miocárdio em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Aponta a necessidade de estudos específicos da qualidade da atenção pré-hospitalar. Subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às doenças do aparelho circulatório.

**Tabela 23. Proporção de óbitos nas Internações por IAM — Série histórica 2017 a 2021.**

Ano	Total de Internações Hospitalares	Total de óbitos	Proporção de Óbitos
2017	6	0	0,00%
2018	5	0	0,00%
2019	9	2	22,22%
2020	11	1	9,09%
2021	3	0	0,00%

Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 17. Proporção de óbitos nas Internações por IAM – Série histórica 2010 a 2020.**



Fonte: Portal BI Público.

### 1.3.2.6. Sífilis Congênita

A sífilis é uma infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*, transmitida principalmente por via sexual. 90% das pacientes que têm sífilis adquirem a doença por meio da relação desprotegida, 45% dos brasileiros sexualmente ativos declaram dispensar o preservativo na hora do sexo.

Sífilis Congênita é a transmissão da doença de mãe para filho, quando a bactéria *Treponema pallidum* atravessa a barreira placentária infectando o feto. A infecção é grave e pode causar má-formação do feto, aborto ou morte do bebê, quando este nasce gravemente doente. Por isso, é importante fazer o teste para detectar a sífilis durante o pré-natal e, quando o resultado é positivo, tratar corretamente a mulher e seu parceiro. Só assim se consegue evitar a transmissão da doença.

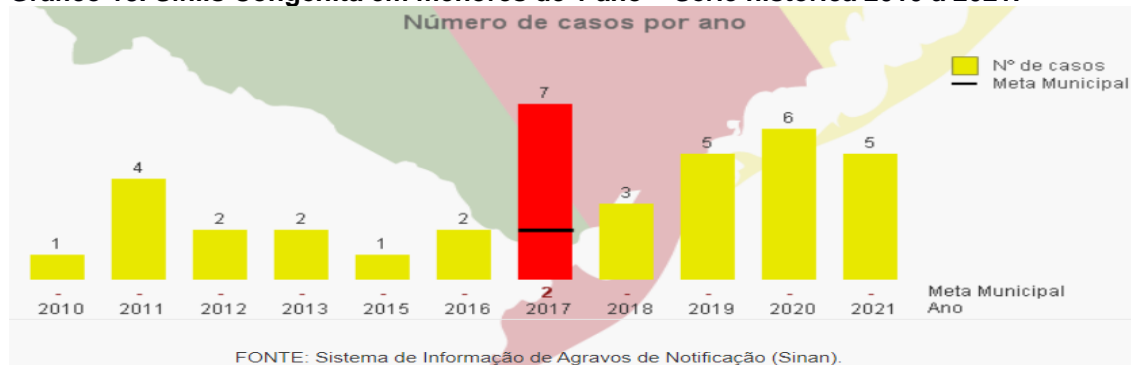
Na maioria dos casos, os sinais e sintomas estão presentes já nos primeiros meses de vida. Ao nascer, a criança pode ter pneumonia, feridas no corpo, cegueira, dentes deformados, problemas ósseos, surdez ou deficiência mental. Em alguns casos, a sífilis pode ser fatal.

Tabela 24. Sífilis Congênita em menores de 1 ano – Série histórica 2017 a 2021.

Ano	Total de Nascimentos	Nº. de Casos de Sífilis Congênita	Percentual de Sífilis Congênita
2017	163	7	4,29%
2018	152	3	1,97%
2019	151	5	3,31%
2020	127	6	4,72%
2021	146	5	3,42%

Fonte: Portal BI Público.

Gráfico 18. Sífilis Congênita em menores de 1 ano – Série histórica 2010 a 2021.



Fonte: Portal BI Público.

### 1.3.2.7. Sífilis em Gestantes

Em 2005, a taxa de diagnóstico de sífilis em gestantes no Brasil era menor do que 01 caso a cada 1000 nascidos vivos. A edição do Boletim Epidemiológico de Sífilis, publicado em 2015 pelo Ministério da Saúde (MS), aponta que, no ano de 2013, esse índice subiu para 7,4 casos a cada 1000 nascidos vivos.

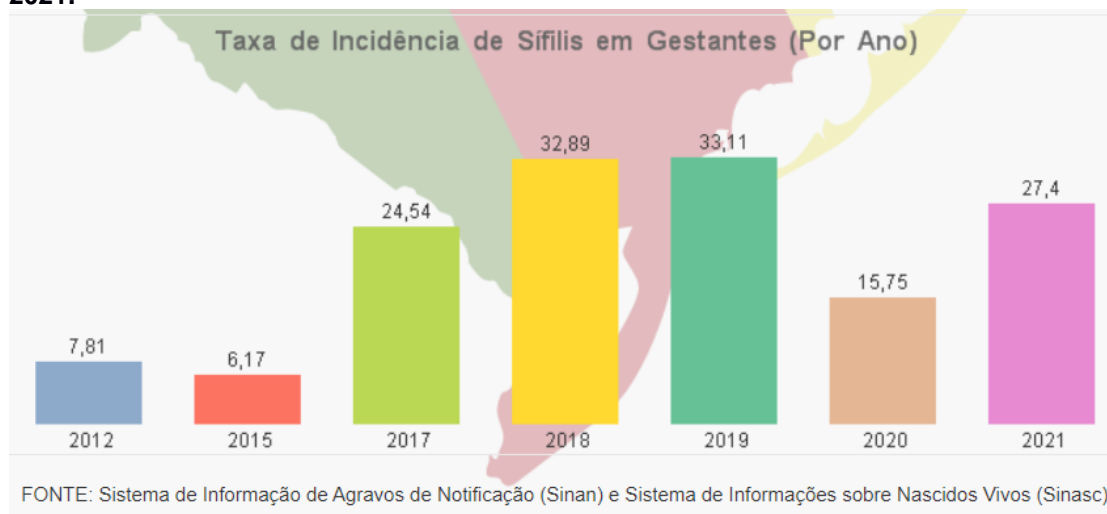
O diagnóstico se dá por meio do exame de sangue e deve ser pedido no primeiro trimestre da gravidez. O recomendado é refazer o teste no 3º trimestre da gestação e repeti-lo logo antes do parto, já na maternidade. Quem não fez pré-natal, deve realizar o teste antes do parto. O maior problema da sífilis é que, na maioria das vezes, as mulheres não sentem nada e só vão descobrir a doença após o exame.

**Tabela 25. Taxa de Incidência de Sífilis em Gestantes (\*1.000) – Série histórica 2017 a 2021.**

Ano	Total de Nascimentos	Nº. de Casos de Sífilis em Gestantes	Taxa de Sífilis em Gestantes
2017	163	4	24,54
2018	152	5	32,89
2019	151	5	33,11
2020	127	2	15,75
2021	146	4	27,4

Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 19. Taxa de Incidência de Sífilis em Gestantes (\*1.000) – Série histórica 2012 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

### 1.3.3. Mortalidade

#### 1.3.3.1. Mortalidade Geral

Número de óbitos, expresso por mil habitantes, ocorridos na população geral, em determinado período. Expressa a intensidade da ocorrência anual de mortes em determinada população.

A taxa bruta de mortalidade é influenciada pela estrutura da população, por sexo e idade, por sua vez, condicionada por fatores socioeconômicos; para se comparar populações, torna-se necessária a padronização das taxas brutas de mortalidade.

Tabela 26. Taxa Bruta de Mortalidade – Série histórica 2016 a 2021.

Ano	População Total Estimada	Nº. de Óbitos	Taxa Bruta de Mortalidade
2016	13.263	104	7,8
2017	13.316	104	7,8
2018	13.365	114	8,5
2019	13.423	104	7,7
2020	13.491	133	9,9
2021	13.556	142	10,5

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / Portal BI Público.

Tabela 27. Mortalidade por Sexo – Série histórica 2016 a 2019.

Ano	Nº. Total de Óbitos	Nº. de Óbitos Masculinos	Nº. de Óbitos Femininos	Ignorado
2016	104	55	49	0
2017	104	57	47	0
2018	114	62	52	0
2019	104	60	44	0

Fonte: TABNET DATASUS.

Tabela 28. Mortalidade por Faixa Etária – Série histórica 2016 a 2019.

Faixa Etária	2016	2017	2018	2019
Menor de 1 ano	1	3	1	3
1 a 4 anos	1	-	-	-
5 a 9 anos	-	-	1	1
10 a 14 anos	-	2	-	-
15 a 19 anos	-	1	1	2
20 a 29 anos	3	2	2	6
30 a 39 anos	2	5	5	1
40 a 49 anos	7	4	5	1

<b>50 a 59 anos</b>	13	11	12	8
<b>60 a 69 anos</b>	21	16	21	22
<b>70 a 79 anos</b>	24	25	28	22
<b>80 anos e mais</b>	32	35	37	38
<b>Idade ignorada</b>	-	-	1	-

Fonte: TABNET DATASUS.

Tabela 29. Mortalidade por Cor/Raça – Série histórica 2016 a 2019.

<b>Cor/Raça</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Branca</b>	87	86	91	76
<b>Preta</b>	10	5	8	8
<b>Amarela</b>	-	1	-	-
<b>Parda</b>	2	3	8	11
<b>Indígena</b>	2	5	3	3
<b>Ignorado</b>	3	4	4	6

Fonte: TABNET DATASUS.

Tabela 30. Mortalidade Geral por Capítulo CID-10 – Série histórica 2016 a 2019.

<b>Capítulo CID-10</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Cap. I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	3	5	4	2
<b>Cap. II - Neoplasmas [tumores]</b>	12	17	23	18
<b>Cap. III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários</b>	3	3	-	-
<b>Cap. IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas</b>	9	5	5	6
<b>Cap. V - Transtornos mentais e comportamentais</b>	1	1	1	-
<b>Cap. VI - Doenças do sistema nervoso</b>	4	7	6	4
<b>Cap. VII - Doenças do olho e anexos</b>	-	-	-	-
<b>Cap. VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide</b>	-	-	-	-
<b>Cap. IX - Doenças do aparelho circulatório</b>	34	24	29	24
<b>Cap. X - Doenças do aparelho respiratório</b>	21	16	17	22
<b>Cap. XI - Doenças do aparelho digestivo</b>	1	2	2	2
<b>Cap. XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	-	-	-	-
<b>Cap. XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo</b>	-	-	-	-
<b>Cap. XIV - Doenças do aparelho geniturinário</b>	-	-	1	-
<b>Cap. XV - Gravidez parto e puerpério</b>	-	-	1	-

<b>Cap. XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal</b>	1	1	1	3
<b>Cap. XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas</b>	-	4	-	-
<b>Cap. XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte</b>	4	3	12	12
<b>Cap. XIX - lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.</b>	-	-	-	-
<b>Cap. XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade</b>	11	16	12	11

Fonte: TABNET DATASUS.

### 1.3.3.2. Mortalidade Infantil, Fetal e Materna

No Brasil, a vigilância do óbito infantil, fetal e materno é uma experiência que vem se aprimorando continuamente. A partir do fortalecimento dos sistemas de informação em saúde, como o Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), a vigilância pode encontrar as evidências necessárias para subsidiar o desenvolvimento das políticas públicas em saúde e, conseqüentemente, aprimorar a atenção à saúde em todo o país.

**Tabela 31. Mortalidade Infantil, Fetal e Materna – Série histórica 2017 a 2021.**

<b>Mortalidade</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Infantil</b>	3	1	3	2	0
<b>Fetal</b>	0	0	2	4	0
<b>Materna</b>	0	1	0	0	0

Fonte: Portal BI Público.

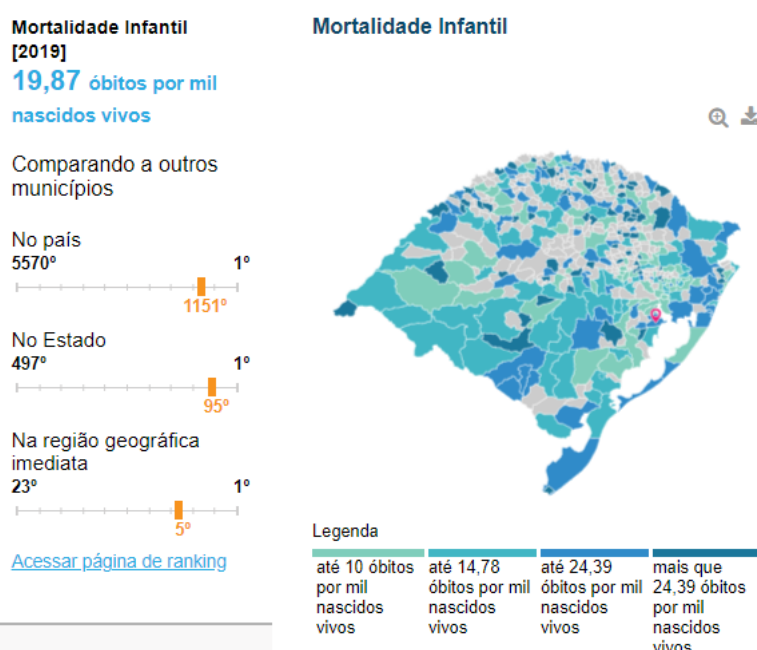
Mortalidade infantil consiste na morte de crianças no primeiro ano de vida e é a base para calcular a taxa de mortalidade infantil, que estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em altas (50 ou mais), médias (20-49) e baixas (menos de 20).

Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições

de vida. Taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos.

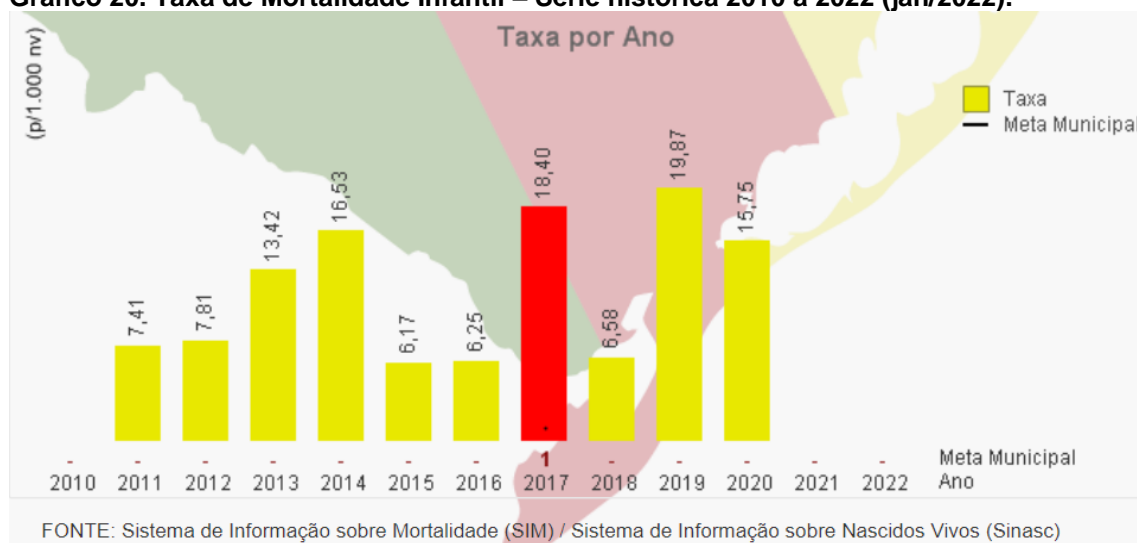
A taxa de mortalidade infantil média em 2019 era de 19,87 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido à diarreias são de 0,3 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 95 de 497 e 324 de 497, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1151 de 5570 e 3907 de 5570, respectivamente.

**Figura 7. Mortalidade Infantil – Barra do Ribeiro - 2019.**



Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**Gráfico 20. Taxa de Mortalidade Infantil – Série histórica 2010 a 2022 (jan/2022).**



Fonte: Portal BI Público.

A Mortalidade Fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independente da duração da gestação, indica o óbito o fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária. Guarda uma estreita relação com a assistência prestada, sendo que as mesmas circunstâncias e etiologia influenciam as condições do feto e da criança nos primeiros dias de vida.

A Organização Mundial de Saúde – OMS define morte Materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qual quer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

#### **1.4. SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS GRUPOS POPULACIONAIS ESPECÍFICOS E VULNERÁVEIS**

A Vulnerabilidade Social diz respeito à suscetibilidade à pobreza, e é expressa por variáveis relacionadas à renda, à educação, ao trabalho e à moradia das pessoas e famílias em situação vulnerável. Para estas quatro dimensões de indicadores mencionadas, destacam-se os resultados apresentados na tabela a seguir:

**Tabela 32. Vulnerabilidade no município - Barra do Ribeiro/RS - 2000 e 2010.**

<b>Crianças e Jovens</b>	<b>Total 2000</b>	<b>Total 2010</b>
% de crianças de 0 a 5 anos de idade que não frequentam a escola	82,65	65,00
% de 15 a 24 anos de idade que não estudam nem trabalham em domicílios vulneráveis à pobreza	14,60	11,01
% de crianças com até 14 anos de idade extremamente pobres	9,03	9,35
<b>Adultos</b>	<b>Total 2000</b>	<b>Total 2010</b>
% de pessoas de 18 anos ou mais sem ensino fundamental completo e em ocupação informal	50,02	39,16
% de mães chefes de família, sem fundamental completo e com pelo menos um filho menor de 15 anos de idade	12,68	18,43

% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	2,50	2,08
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e que gastam mais de uma hora até o trabalho	-	0,84
<b>Condição de Moradia</b>	<b>Total 2000</b>	<b>Total 2010</b>
% da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada	95,51	96,75

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

A situação da vulnerabilidade social no município pode ser analisada pela dinâmica de alguns indicadores: houve crescimento no percentual de crianças extremamente pobres, que passou de 9,03% para 9,35%, entre 2000 e 2010; o percentual de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos, no mesmo período, passou de 12,68% para 18,43%.

Neste mesmo período, é possível perceber que houve redução no percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza, que passou de 14,60% para 11,01%.

Por último, houve crescimento no percentual da população em domicílios com banheiro e água encanada no município. Em 2000, o percentual era de 95,51% e, em 2010, o indicador registrou 96,75%.

#### **1.4.1. População Negra**

A população autodeclarada negra (pretos e pardos) de Barra do Ribeiro totaliza 1.688 pessoas, segundo o censo demográfico de 2010 realizado pelo IBGE, o que representa 12,68% dos habitantes do município.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) surge como resposta do Ministério da Saúde para as situações de iniquidades históricas que acompanham a população negra em nosso país. Em 10 de novembro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a PNSIPN e, em 13 de maio de 2009, o Ministério da Saúde a instituiu por meio da Portaria MS/GM nº. 992.

Esta população apresenta condições de alta vulnerabilidade social e econômica devido à consequências do racismo vivenciado nos espaços de

convivência social, inclusive nos espaços públicos, em que ocorrem o racismo institucional, o que dificulta o acesso a serviços de saúde de forma qualificada.

Grande parte da população negra do município é analfabeta ou tem apenas o nível fundamental incompleto e tem um rendimento de até 1/8 de salário mínimo, conforme amostras do Censo IBGE do ano de 2010.

**Tabela 33. Amostra – Educação população negra (preta e parda) – 2010.**

<b>Nível de instrução</b>	<b>% de pessoas</b>
<b>Sem instrução e fundamental incompleto</b>	16,13
<b>Fundamental completo e médio incompleto</b>	9,78
<b>Médio completo e superior incompleto</b>	9,29
<b>Superior completo</b>	7,71

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**Tabela 34. Classe de rendimento população negra (preta e parda) – 2010.**

<b>Classe de rendimento</b>	<b>% de pessoas</b>
<b>Sem rendimento</b>	13,54
<b>Até 1/8 de salário mínimo</b>	24,29
<b>Mais de 1/8 a 1/4 de salário mínimo</b>	21,60
<b>Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo</b>	16,59
<b>Mais de 1/2 a 1 salário mínimo</b>	13,50
<b>Mais de 1 a 2 salários mínimos</b>	13,09
<b>Mais de 2 a 3 salários mínimos</b>	3,32
<b>Mais de 3 a 5 salários mínimos</b>	5,82
<b>Mais de 5 a 10 salários mínimos</b>	2,23
<b>Mais de 10 salários mínimos</b>	0,00

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

#### **1.4.2. População do Campo**

A população do campo representa 27% da população total do município e é formada na sua maioria por agricultores familiares, e trabalhadores rurais assalariados.

A Secretaria Municipal de Saúde realiza, em parceria com a Emater de Barra do Ribeiro e as Associações de Moradores das Zonas Rurais, atividades com o objetivo de promover a saúde atuando diretamente com as

comunidades rurais, de forma educativa, desenvolvendo temas de promoção da saúde, sendo eles:

- Promoção da Saúde Bucal: Realização de palestras e escovação para os alunos das escolas rurais;
- Promove encontros, junto com demais parceiros, em datas relativas aos temas de saúde ao longo do ano;
- Promove ações de educação: Prevenção de doenças, de drogas ilícitas e vacinação, através reuniões e visitas nas localidades rurais;
- Educação alimentar e cidadania alimentar: Trabalha temas referentes à alimentação saudável, uso de plantas bioativas (resgate, identificação e uso das plantas), higiene e preparo dos alimentos para boa saúde do corpo;
- Saneamento básico: Proteção de fontes (cuidados com a água) e reaproveitamento da matéria orgânica (compostagem);
- Promover a qualidade de vida e prevenção em saúde estimulando atividades físicas e de convívio.

#### **1.4.3. Pessoa com Deficiência**

No Brasil, 23,9% da população (45,6 milhões de pessoas) têm algum tipo de deficiência. Em Barra do Ribeiro, 4.569 pessoas (36,34% da população residente) têm pelo menos uma deficiência auditiva, mental/intelectual, motora ou visual (IBGE, 2010).

Em 2010 das deficiências, a visual era a que apresentava o valor mais expressivo 18,82% da população (2.366 pessoas). A segunda maior deficiência era a motora 7,39% da população (1.116 pessoas). Já o percentual de pessoas com deficiência auditiva era de 7,07% (889 pessoas). Quanto à doença mental ou intelectual, os que se declararam com doença mental somaram 7,57% da população residente (198 pessoas).

Temos em nosso município uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE - Escola Especial Nossa Senhora Imaculada Conceição, que atende usuários com Deficiência Intelectual; Deficiência Física; Deficiência Auditiva; Surdez; Baixa Visão; Cegueira; Deficiência Múltipla;

Condutas Típicas (autismo e/ou dificuldades na comunicação e na conduta).  
Realiza Atendimento Educacional; Educação de Jovens e Adultos; Clínico-  
Terapêutico; Estimulação Precoce; Educação Especial.

**Tabela 35. Número de Pessoas Por Sexo e Área – Deficiência Auditiva – 2010.**

<b>Tipo de Deficiência - Auditiva</b>				
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>	
<b>Área</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>
<b>Não consegue de modo algum</b>	06	00	41	00
<b>Grande dificuldade</b>	106	38	61	07
<b>Alguma dificuldade</b>	210	110	241	69

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**Tabela 36. Número de Pessoas Por Sexo e Área - Deficiência Mental/Intelectual – 2010.**

<b>Tipo de Deficiência - Mental /Intelectual</b>				
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>	
<b>Área</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>
	59	52	72	15

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**Tabela 37. Número de Pessoas Por Sexo e Área - Deficiência Motora – 2010.**

<b>Tipo de Deficiência - Motora</b>				
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>	
<b>Área</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>
<b>Não consegue de modo algum</b>	26	00	52	14
<b>Grande dificuldade</b>	108	37	186	13
<b>Alguma dificuldade</b>	149	121	286	123

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**Tabela 38. Número de Pessoas Por Sexo e Área - Deficiência Visual – 2010.**

<b>Tipo de Deficiência - Visual</b>				
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>	
<b>Área</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>
<b>Não consegue de modo algum</b>	18	04	26	04
<b>Grande dificuldade</b>	202	63	256	21
<b>Alguma dificuldade</b>	476	287	770	240

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

#### **1.4.4. População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT**

Nos últimos anos a saúde da população LGBT vem ganhando espaço no SUS através da utilização do nome social no Cartão SUS e a inclusão do campo orientação sexual e identidade de gênero na ficha de cadastro individual do e-SUS, ferramentas importantes para se conhecer e quantificar a população LGBT que busca os serviços de saúde.

A notificação de violência motivada por homofobia, lesbofobia e transfobia foi incluída no SINAN em 2014, devido à vulnerabilidade deste grupo as violências.

A população LGBT, devido à discriminação, apresenta maior risco de desenvolver algum tipo de sofrimento psíquico, tais como uso abusivo de álcool e outras drogas, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e suicídio. Também é necessário um olhar atento para as complicações decorrentes do uso indiscriminado de hormônios, anabolizantes e silicone industrial.

A atenção integral à saúde LGBT está prevista na Portaria GM/MS nº. 2.836/2011 e na Portaria Estadual nº. 343/2014 que instituem, respectivamente, as Políticas Nacional e Estadual de Saúde para a população LGBT. Ambas visam, entre outras questões, a promoção da equidade no SUS, a ampliação do acesso da população LGBT aos serviços de saúde e o enfrentamento do preconceito, da discriminação e da violência.

Em Barra do Ribeiro não temos dados estatísticos suficientes referentes a esta população, pois muitos não assumem a orientação sexual e identidade de gênero no momento do cadastro individual do e-SUS.

#### **1.4.5. População Indígena**

A população indígena de Barra do Ribeiro totalizava 202 pessoas, segundo o censo demográfico de 2010 realizado pelo IBGE, o que representa 1,52% dos habitantes do município.

Em nosso município a população da Comunidade Indígena é pertencente à etnia Mbya Guarani e está dividida em 05 aldeias, sendo elas

Tekoa Porã, Guapoy, Yvy Poty, Nhu Poty e Kaaguy Porã. Em Barra do Ribeiro possuímos um Pólo-Base, a Unidade de Saúde Indígena Tekoa Porã localizada na localidade Coxilha da Cruz no bairro Douradilho, que possui uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) composta por médico, odontólogo, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde indígenas. Essas EMSIs buscam se adaptar à realidade dos povos indígenas e suas especificidades étnicas e culturais.

O Pólo-Base de saúde indígena presta atendimento à população indígena nos acampamentos e aldeias situados nos seguintes municípios: Barra do Ribeiro, Sentinela do Sul, Camaquã e Tapes.

Nos acampamentos são realizadas consultas médicas, consultas de enfermagem e consultas odontológicas, conforme cronograma. Também são realizadas palestras, vacinação e escovação supervisionada, com aplicação de flúor.

Os programas desenvolvidos junto à população são: Alcoolismo, Saúde da Mulher, DST/AIDS, Hipertensão Arterial e Diabetes, Carência Nutricional, Imunizações e Tuberculose.

Toda essa estrutura compõe o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, estrutura interligada ao SUS com objetivo de ampliar o acesso dos indígenas à atenção básica através de serviços diferenciados, com recursos humanos preparados para atuar em contextos interculturais e em conformidade com as demandas de saúde desses povos. Apesar da organização da atenção básica, quando demandado os serviços de média e alta complexidade o acesso segue o mesmo processo da população não indígena. Isso faz com que, por vezes, as especificidades étnicas e culturais não sejam observadas.

## **2. CAPACIDADE INSTALADA X OFERTA E COBERTURA DE AÇÕES E SERVIÇOS**

### **2.1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA**

### **2.1.1. Cobertura de ESF**

A Atenção Primária no município de Barra do Ribeiro está organizada por meio de Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde - SUS. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

I - Atuar no território, desenvolvendo relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinal do cuidado. Realizar cadastramento e acompanhamento domiciliar, análise da situação de saúde no município, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente ao processo de saúde-doença da população.

II - Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias, sendo um espaço de construção de cidadania, estimulando a participação popular.

III - Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação, fortalecendo os espaços de educação permanente.

IV - Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e organização.

No município está implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Programa Saúde da Família – PSF, atualmente Barra do Ribeiro possui três Equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF, sendo elas a ESF 01 – Centro, ESF 02 – Rural e ESF 03 – Três Vendas, duas localizam-se na zona urbana, área centro e bairro três vendas, a outra na zona rural, localidade Passo da Estância, mas que também realiza atendimento nas localidades Serrinha e Douradilho uma vez na semana,

atingindo um total de aproximadamente 80% de cobertura de atendimento à população.

As equipes de ESF são formadas por Médicos Clínicos Gerais, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Vacinadores e Agentes Comunitários de Saúde. Somam-se a estes profissionais uma gama de colaboradores como Farmacêutico, Ginecologista, Fisioterapeuta, Psicóloga, Psiquiatra e Odontóloga. Estes profissionais atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade. Executam desde intervenção curativa individual, até ações em saúde pública: saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, vacinação, profilaxia de doenças, ações de caráter social, como violência, transtornos mentais e uso de drogas.

Barra do Ribeiro possui, atualmente, 22 micro áreas e para o atendimento de população específica na Atenção Primária em Saúde (APS) existe no município um Pólo Base de Saúde Indígena (com posto de saúde independente e equipe de saúde independente mas que utiliza muito dos serviços da unidade básica).

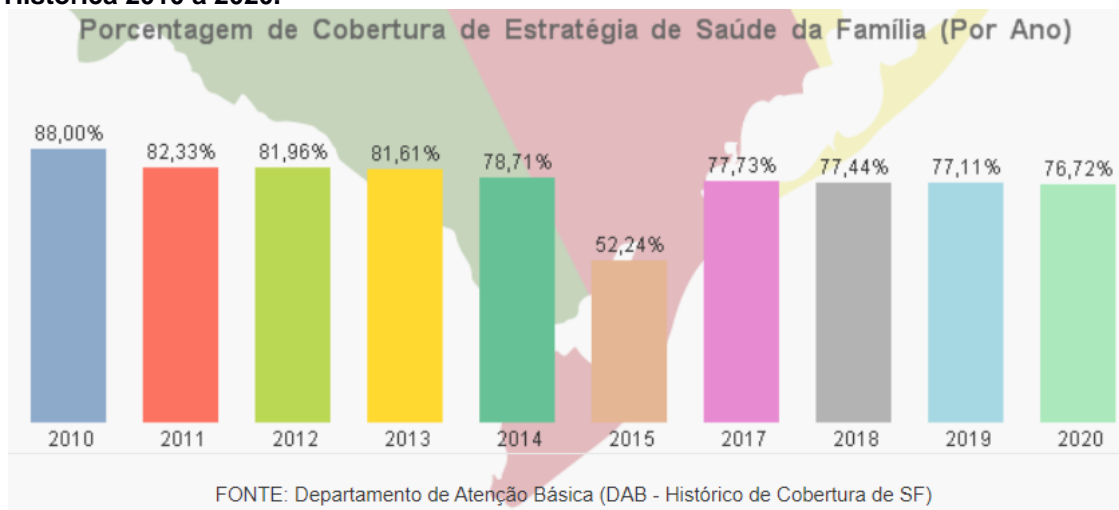
A vinculação dos cidadãos às Equipes de Saúde da APS se dá preferencialmente por área adscrita pelo endereço de residência dos mesmos. O acesso de não residente no território de uma unidade de saúde é limitado ao acesso por demanda espontânea de urgência. Além disso, a forma de agendamento de consultas e atendimentos é realizada de forma presencial e por telefone.

Atualmente utilizamos o e-SUS Atenção Primaria (e-SUS APS), as ESF Centro e ESF Três Vendas já estão totalmente informatizadas sendo disponibilizado computadores para os profissionais que trabalham na assistência à saúde e recepção da unidade, a ESF Rural por estar localizada na Zona Rural do Município ainda tem alguns problemas de sinal de internet, mas já está equipada com computadores para os profissionais.

O Agente de Saúde é responsável pelo cadastramento e atualização de todos os cadastros individuais (pessoais) e de domicílio de suas respectivas micro áreas. Também devem realizar visitas periódicas a toda a população sob sua gerência, especialmente população de risco (gestantes, crianças, deficientes, doentes crônicos, acamados....).

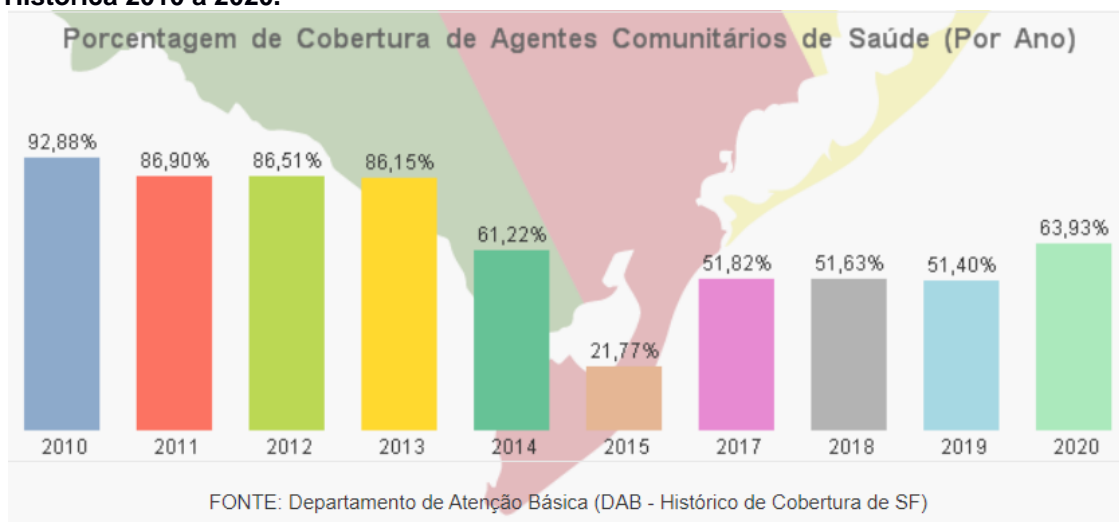
Todo o trabalho realizado pelo agente de saúde, assim como os demais profissionais é informado através do sistema e-SUS gerando relatórios de produção e dados para o Ministério da Saúde.

**Gráfico 21. Porcentagem de Cobertura de Estratégia de Saúde da Família – Série Histórica 2010 a 2020.**



Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 22. Porcentagem de Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde – Série Histórica 2010 a 2020.**



Fonte: Portal BI Público.

### 2.1.2. Programa Previne Brasil

O Previne Brasil é um Programa Federal instituído através da portaria nº. 2.979 de 12 de novembro de 2019, que estabeleceu um novo modelo de financiamento e de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Esse novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada (cadastro de pessoas), pagamento por desempenho (indicadores de saúde) e incentivo para ações estratégicas (credenciamento/adesão a programas e ações do Ministério da Saúde).

Os Indicadores do Previne Brasil para o ano de 2022 são:

1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação.

2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.

3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.

4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS.

5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada.

6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

**Tabela 39. Relatório quadrimestral de indicadores do Previne Brasil – 2018 a 2021.**

<b>Indicador</b>	<b>2018 Q1</b>	<b>2018 Q2</b>	<b>2018 Q3</b>	<b>2019 Q1</b>	<b>2019 Q2</b>	<b>2019 Q3</b>	<b>2020 Q1</b>	<b>2020 Q2</b>	<b>2020 Q3</b>	<b>2021 Q1</b>	<b>2021 Q2</b>	<b>2021 Q3</b>
<b>Pré-Natal (6 consultas)</b>	14%	14%	32%	7%	7%	7%	7%	14%	7%	19%	30%	22%
<b>Pré-Natal (Sífilis e HIV)</b>	21%	14%	54%	21%	43%	25%	29%	7%	18%	26	30%	44%
<b>Gestante Saúde Bucal</b>	21%	14%	54%	21%	43%	25%	29%	7%	18%	26%	30%	26%
<b>Cobertura Citopatológico</b>	8%	11%	13%	13%	13%	13%	12%	11%	12%	11%	11%	13%
<b>Cobertura Pólio e Penta</b>	65%	52%	50%	72%	65%	23%	52%	100%	100%	38%	32%	23%

<b>Hipertensão (PA Aferida)</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%	23%	28%
<b>Diabetes (Hemoglobina Glicada)</b>	1%	1%	0%										15%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica.

### 2.1.3. Contratos e Convênios de Prestação de Serviços – SUS (Sistema Único de Saúde)

No Município de Barra do Ribeiro os serviços de exames laboratoriais pelo SUS são oferecidos através do Laboratório Hemocel, conveniado ao SUS, e Laboratório Bolek, através do Consorcio Centro Sul, em média são realizados 6.000 exames laboratoriais mensais. Estes exames são solicitados conforme prescrição médica e autorizados nas Unidades de Saúde.

O Serviço de Fisioterapia pelo SUS é realizado atualmente pela Clínica de Fisioterapia Integrare conveniada ao SUS, que realiza 25 atendimentos por mês. Em setembro de 2021 foi criada a Sala de Fisioterapia no Pronto Atendimento Municipal com uma fisioterapeuta contratada pelo Município realizando em torno de 20 atendimentos a cada quinzena, em março de 2022 foi realizada a ampliação dos atendimentos com a chegada de novos equipamentos existindo a possibilidade de até triplicar o número de atendimentos para a população. Com a Pandemia de COVID-19 esta demanda teve um grande aumento com os atendimentos pós COVID-19.

Também disponibilizamos através de profissionais contratados pelo Município atendimentos em Ginecologia atendendo 64 pacientes ao mês, Oftalmologia realizados 80 atendimentos ao mês e Psiquiatria atendendo 120 pacientes ao mês. Em setembro de 2021 foi realizada a contratação de uma Psicologia para realizar um trabalho com pacientes e familiares nos os atendimentos pós COVID-19.

O atendimento em Pediatria é realizado através de profissional terceirizado que realiza 144 atendimentos no mês. Também através de profissional terceirizado são realizados em torno de 300 exames de ecografia ao mês e a emissão de laudos de raios-x, os raios-x são feitos por técnicos de radiologia contratados pelo Município por demanda espontânea.

Os pacientes são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os atendimentos em cada uma destas especialidades são

realizados no Pronto Atendimento Municipal. Estes atendimentos proporcionam aos usuários do serviço básico de saúde uma melhor qualidade de vida.

#### **2.1.4. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB**

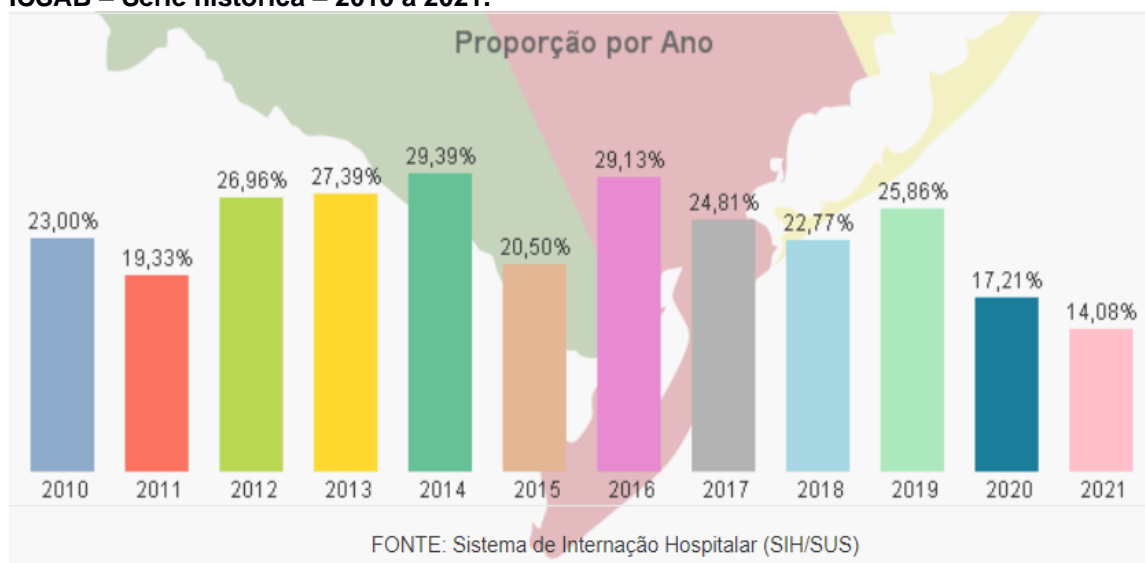
A Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária é definida pela Portaria nº. 221, de 17 de abril de 2008, é utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Lista dos grupos de condições sensíveis à atenção primária:

- Grupo 1 – Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis;
- Grupo 2 – Gastroenterites Infeciosas e complicações;
- Grupo 3 – Anemia;
- Grupo 4 – Deficiências Nutricionais;
- Grupo 5 – Infecções de ouvido, nariz e garganta;
- Grupo 6 – Pneumonias bacterianas;
- Grupo 7 – Asma;
- Grupo 8 – Doenças pulmonares;
- Grupo 9 – Hipertensão;
- Grupo 10 – Angina;
- Grupo 11 – Insuficiência Cardíaca;
- Grupo 12 – Doenças Cerebrovasculares;
- Grupo 13 – Diabetes mellitus;
- Grupo 14 – Epilepsias;
- Grupo 15 – Infecção no Rim e Trato Urinário;
- Grupo 16 – Infecção da pele e tecido subcutâneo;
- Grupo 17 – Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos;
- Grupo 18 – Úlcera gastrointestinal;
- Grupo 19 – Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto.

**Gráfico 23. Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB – Série histórica – 2010 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

### 2.1.5. Saúde Bucal

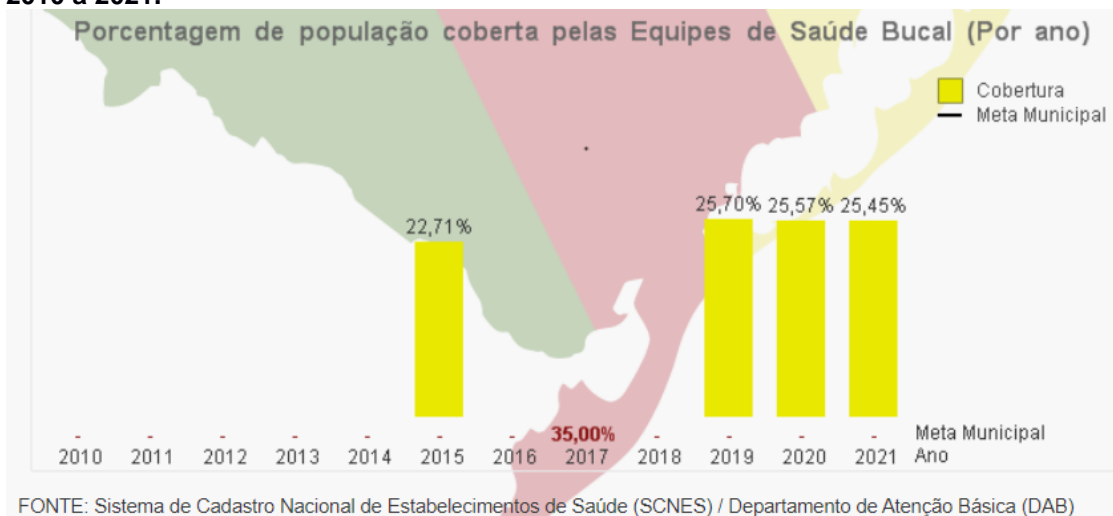
A atenção à saúde bucal deve considerar tanto as diferenças sociais quanto às peculiaridades culturais, ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa.

A base do programa consiste no atendimento à população urbana e rural, dando ênfase a informação, prevenção tratamento curativo de cárie e das doenças periodontais e aplicação de flúor.

O município conta com um consultório odontológico para atender pacientes das três Estratégias de Saúde da Família (ESF), e um consultório indígena localizado na Aldeia Coxilha da Cruz.

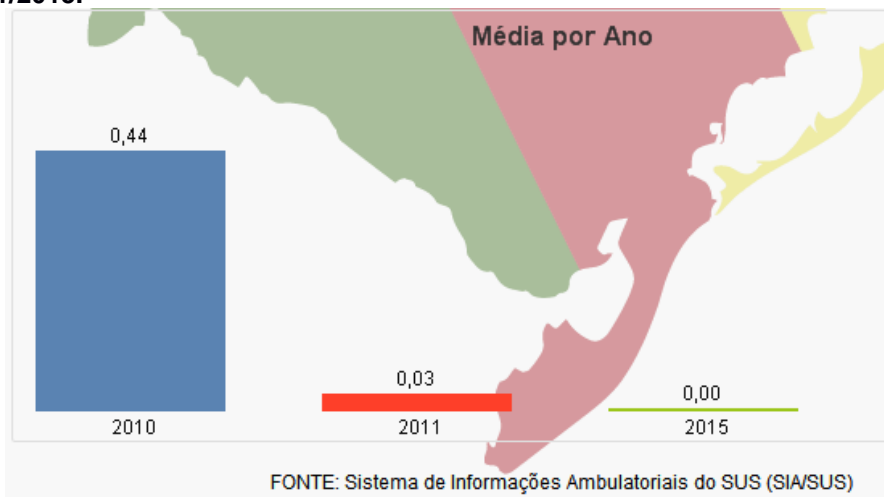
A ampliação e qualificação das ações de saúde bucal também se fazem através do agente comunitário de saúde (ACS), especialmente durante as visitas domiciliares, e através de trabalhos realizados com crianças e adolescentes no Programa Saúde na Escola.

**Gráfico 24. Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal – 2010 a 2021.**



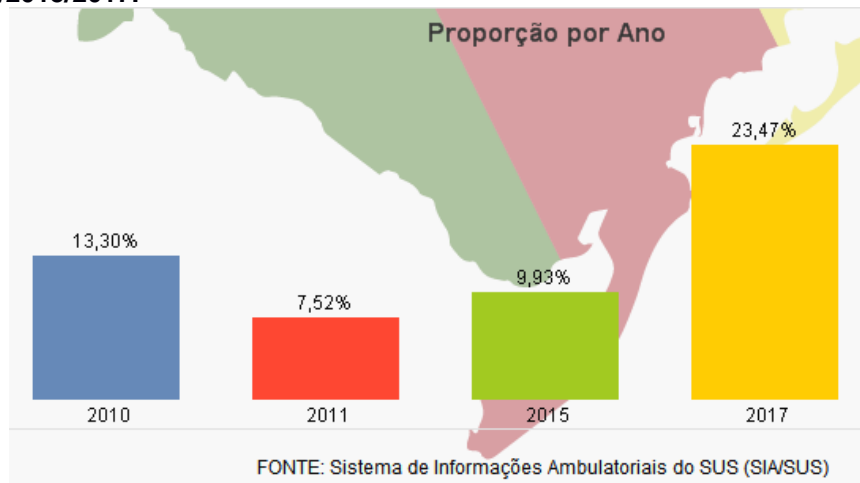
Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 25. – Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada – 2010/2011/2015.**



Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 26. Proporção de Exodontia em Relação aos Procedimentos – 2010/2011/2015/2017.**



Fonte: Portal BI Público.

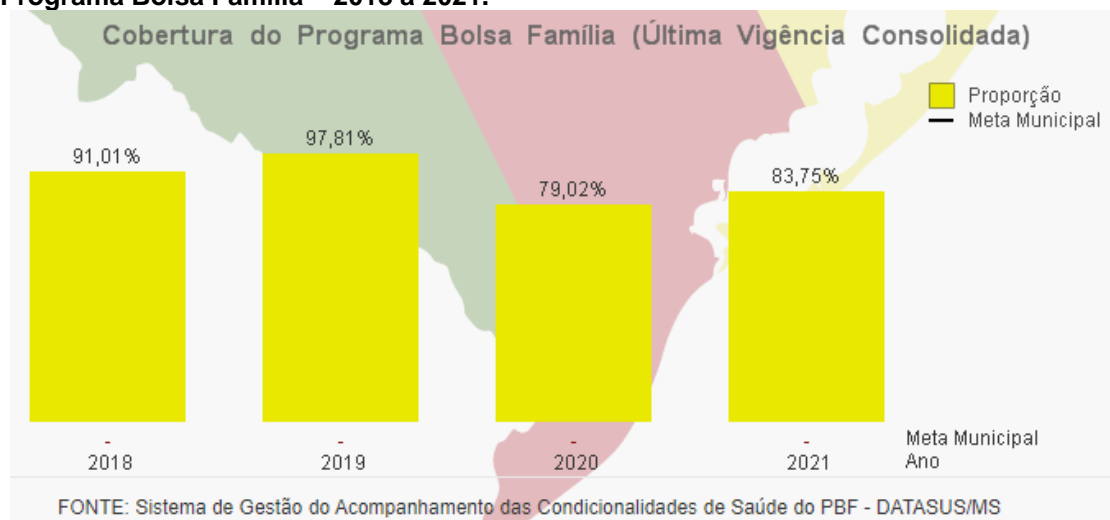
### 2.1.6. Programa Bolsa Família

A gestão e o acompanhamento das condicionalidades do PBF envolvem diferentes setores (saúde, educação e assistência social).

O Programa Bolsa Família na Saúde contempla famílias com crianças menores de sete anos e/ou gestantes nos municípios brasileiros. O Programa Bolsa-Família (PBF) faz parte do Plano Brasil sem Miséria, que tem como objetivos erradicar a extrema pobreza no Brasil por meio da elevação da renda familiar *per capita*, da ampliação do acesso aos serviços públicos e da inclusão produtiva.

O objetivo na área da saúde é realizar o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família, por meio da garantia dos serviços da Atenção Básica que visam ao cumprimento do calendário básico de vacinação e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de sete anos, realização de pré-natal e puerpério para gestantes, e participação em atividades educativas sobre aleitamento e alimentação saudável.

**Gráfico 27. Cobertura de Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família – 2018 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

### 2.1.7. Transversalidade da Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da 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, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

A vigilância em saúde engloba quatro vigilâncias: Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador.

#### **2.1.7.1. Vigilância Epidemiológica**

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

A Vigilância Epidemiológica realiza acompanhamentos, investigações, notificações, controle e prevenção de doenças e de fatores que podem influenciar nas condições de saúde da população de forma individual e coletiva.

O registro dos dados epidemiológicos é feito nos Sistemas de Informações disponíveis:

- **SINASC** - Sistema de Informação de Nascidos Vivos;
- **SIM** - Sistema de Informação de Mortalidade;
- **SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, sendo esse referente às doenças de Notificação Compulsórias (DNC) tais como Aids, Sífilis, Tuberculose, Hanseníase, Varicela, Leptospirose, HPV, etc.;
- **SI-PNI** - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações;
- **MDDA** - Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas;
- **GAL** - Gerenciador de Ambientes Laboratoriais;
- **GUD** - Gerenciamento de Usuários com Deficiência.

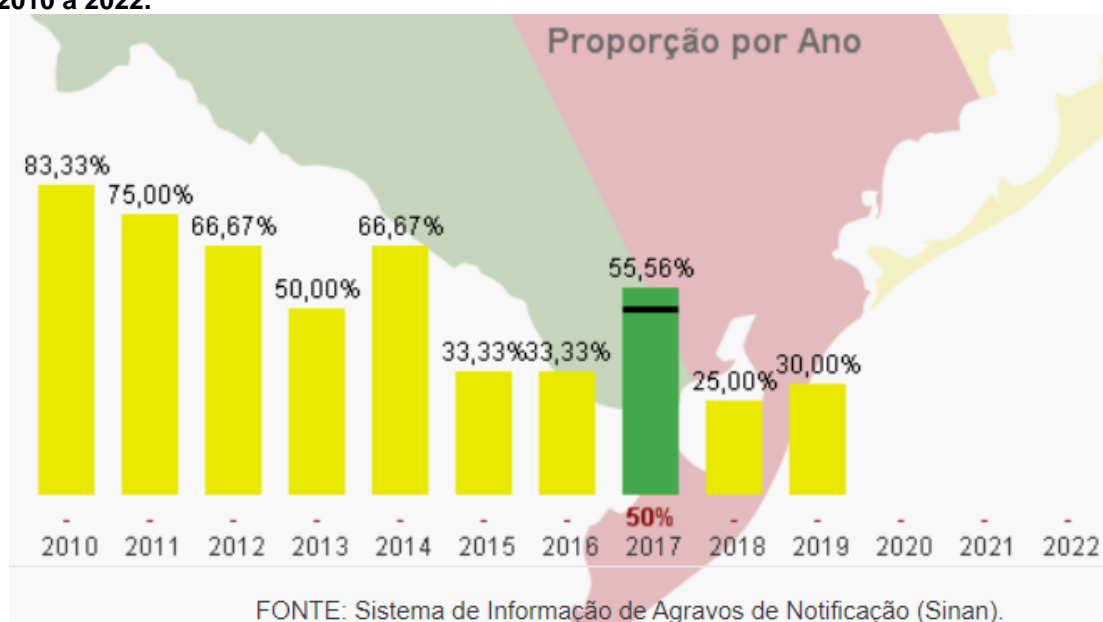
##### **2.1.7.1.1. Programa de Controle da Tuberculose - PCT**

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível que pode ser pulmonar afetando os pulmões ou extrapulmonar atingindo outros locais, como pleura, gânglios, meninges, intestino e sistema osteoarticular. A doença é curável. Anualmente são notificados cerca de 6 milhões de novos

casos em todo o mundo, levando mais de um milhão de pessoas a óbito. O surgimento da AIDS e o aparecimento de focos de tuberculose resistente aos medicamentos agravam ainda mais esse cenário.

Em nosso município as ações de controle da tuberculose são realizadas desde o ano 2000, nas ESFs são realizados diagnóstico, tratamento e acompanhamento mensal dos pacientes do município. Temos implantado o Tratamento Diretamente Observado (TDO) que consiste na tomada da medicação pelo paciente de segunda a sexta feira na presença de um profissional de saúde, podendo ser feita essa supervisão no serviço de saúde ou no domicílio do paciente. A implantação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) contribuiu para a diminuição do índice de abandono.

**Gráfico 28. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar – Série histórica 2010 a 2022.**



As informações para os anos de 2021 e 2022 são parciais. A coorte se encerra 9 meses após o encerramento do ano.

Fonte: Portal BI Público.

#### **2.1.7.1.2. Programa Gerenciamento Usuários Com Deficiências – GUD**

Programa Gerenciamento de Usuários com Deficiência do SUS - GUD tem por missão organizar os dados das pessoas com deficiência física ou mental, além de prestar informações sobre custos e distribuição de materiais. Os pacientes são cadastrados no sistema e acompanhados pela Secretaria Municipal de Saúde.

O Programa se divide em módulos sendo eles Estomia, Materiais Especiais (fraldas) e Oxigenoterapia onde os pacientes recebem os materiais necessários que são entregues mensalmente pela Secretária Municipal de Saúde, todo material é fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Conforme Resolução Nº. 305/21 – CIB/RS em 01 de outubro de 2021, o sistema GUD teve a funcionalidade Materiais Especiais (fraldas) inativada, passando a ser adquiridas com recursos relativos ao componente sociodemográfico do PIAPS, os quais são administrados pelos Municípios, nos termos das normas que regem o Programa.

#### **2.1.7.1.3. GAL - Gerenciador de Ambiente Laboratorial**

O Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL tem como objetivo informatizar o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública das Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde Ambiental, proporcionando o gerenciamento das rotinas, o acompanhamento das etapas para realização dos exames/ensaios e a obtenção de relatórios de produção epidemiológicos e analíticos.

Sempre que surgem casos suspeitos de Doenças de Notificação Compulsórias (DNC) a Vigilância Epidemiológica encaminha amostras para serem analisadas no LACEN/RS - Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, também são encaminhadas amostras para acompanhamento dos pacientes de casos confirmados, auxiliando nas tomadas de decisões epidemiológicas e na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Através do GAL também são encaminhadas ao LACEN/RS amostras de água de consumo humano para análise de potabilidade e alimentos para investigação de surtos alimentares.

#### **2.1.7.1.4. Programa Rede Cegonha**

A rede de cuidado materno-infantil, Rede Cegonha, foi instituída no âmbito do SUS através da Portaria nº. 1.459 de 2011 e tem como princípios fundamentais oportunizar o acesso, a cobertura e a qualidade do pré-natal, a

melhoria da assistência ao parto, puerpério e cuidados à criança, assim como a qualificação da rede de cuidados à mulher, com a ampliação dos direitos reprodutivos, atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, o direito da criança ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável.

Em nosso Município as gestantes fazem o acompanhamento de pré-natal nas Estratégia de Saúde da Família (ESF) onde são realizados os testes rápidos de gravidez, sífilis e de HIV, a unidade de saúde também realiza o encaminhamento das gestantes para realizarem os demais exames necessários durante a gestação e fazer o acompanhamento pós-parto da mãe e do bebê.

#### **2.1.7.1.5. Programa Tabagismo**

Com a publicação da Portaria nº. 571/GM/MS de 05 de abril de 2013, foram revogadas a Portaria nº 1.035/GM/MS de 31 de maio de 2004 e a Portaria nº 442/SAS/MS de 13 de agosto de 2004, atualizando as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da outras providências.

A Rede de Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS, que se encontra em pleno funcionamento em todo o país, não possui um protocolo clínico como referência. Dessa forma, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicou no Diário Oficial da União (DOU) do dia 22 de junho de 2016 a Portaria nº. 761/SAS/MS de 21 junho de 2016 que valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina constante no anexo II da Portaria nº 442/SAS/MS de 13 de agosto de 2004. Este Protocolo terá vigência até que seja publicado um novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina, em fase de elaboração, adequando às orientações metodológicas e aprovado pela CONITEC.

O Tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados

à Saúde (CID-10, 1997) e é a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo.

O INCA é o órgão do Ministério da Saúde responsável pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e pela articulação da Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, em parceria com Estados, Municípios e Distrito Federal. A Rede foi organizada, seguindo a lógica de descentralização do SUS, sendo a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde nosso orientador nas políticas e ações do Programa, e o Município na gestão da assistência aos pacientes.

As Estratégias de Saúde da Família disponibilizam o tratamento de tabagismo com base nas diretrizes do PNCT que está sob a coordenação e gerenciamento da Divisão de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do INCA e do Ministério da Saúde. Com a Pandemia de COVID-19 os grupos foram suspensos e os pacientes passaram a ser atendidos de forma individual nas ESFs.

As ações educativas, legislativas e econômicas desenvolvidas vêm gerando uma diminuição da aceitação social do tabagismo, fazendo com que um número cada vez maior de pessoas queira parar de fumar, evidenciando a importância de priorizar o tratamento do fumante como uma estratégia fundamental no controle do tabagismo.

#### **2.1.7.1.6. Teste Rápido**

Testes rápidos são aqueles cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em, no máximo, 30 minutos. Além disso, são de fácil execução e não necessitam de estrutura laboratorial.

Os testes rápidos são, primariamente, recomendados para testagens presenciais. Em nosso município são feitos com amostra de sangue total obtida por punção da polpa digital.

O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e das Hepatites Virais (DIHAV) fornece, atualmente, testes rápidos para a triagem e/ou o diagnóstico de HIV, Sífilis e hepatites B e C.

O diagnóstico em adultos e crianças através do teste rápido pode ser realizado por qualquer profissional de saúde desde que tenha sido capacitado. Após a realização do teste é emitido um laudo diagnóstico sigiloso e realizado os devidos encaminhamentos.

Os serviços de Atenção Básica devem ser estruturados para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de DST, HIV, sífilis e hepatites B e C às unidades de referência. São muito amplas as possibilidades de ação, no âmbito dos serviços de Atenção Básica, no que se refere ao manejo desse grupo de agravos.

As ações da Atenção Básica devem incluir:

- a) Atividades educativas para promoção à saúde e prevenção.
- b) Aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência.
- c) Diagnóstico precoce das DST, infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C.
- d) Tratamento adequado da grande maioria das DST.
- e) Encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto.
- f) Prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV.
- g) Manejo adequado dos indivíduos em uso indevido de drogas.

#### **2.1.7.1.7. SISPRENATAL**

Nossas equipes atualmente utilizam o e-SUS AB não tendo mais que utilizar o SISPRENATAL WEB para o envio das informações referentes ao pré-natal e puerpério de nossas gestantes.

#### **2.1.7.1.8. SISCAN**

O SISCAN é uma versão em plataforma web que integra os sistemas SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero) e SISMAMA (Sistema de Informação do Câncer de Mama). É integrado ao CADWEB, permitindo a identificação dos usuários pelo número do Cartão SUS

e a atualização automática de seu histórico de seguimento. Os operadores do sistema CADWEB são responsáveis pelo acesso e manutenção dos dados de identificação dos profissionais, que serão identificados e suas ações rastreadas. O acesso dos dados individualizados dos usuários do SUS deverá ser controlado mediante:

I - Identificação obrigatória do profissional, trabalhador ou agente de saúde que acessar o sistema;

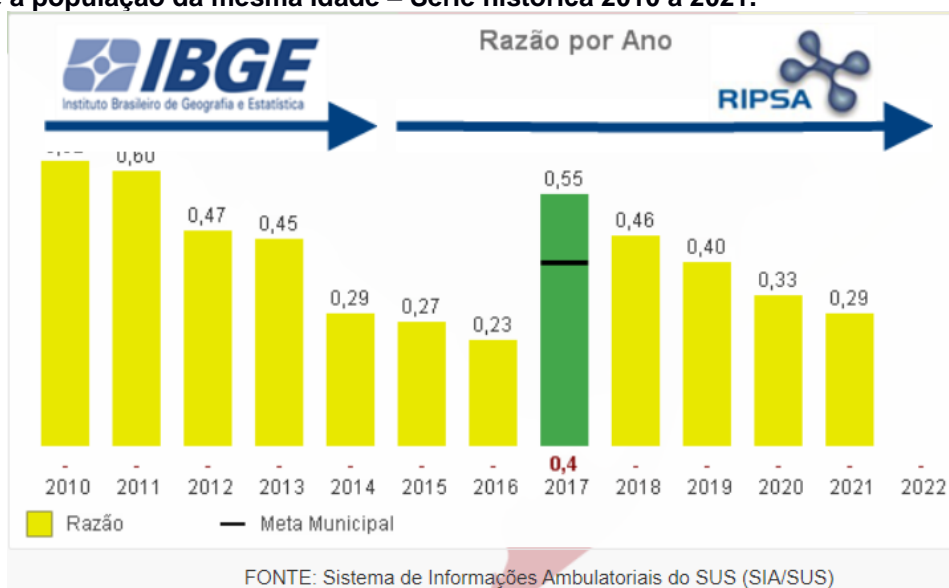
II – Local, data e horário do acesso realizado, ou de sua tentativa, mesmo sem sucesso.

O sistema também é integrado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que permite aos profissionais dos estabelecimentos de saúde habilitados para coleta, solicitação e emissão de laudos de exames estarem automaticamente disponíveis no sistema como responsáveis por essas ações. Para tanto, é fundamental que todos os Prestadores de Serviço e Unidades de Saúde mantenham o cadastro de funcionários atualizados no CNES, informando corretamente o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) do profissional.

O SISCAN disponibiliza, em tempo real, as informações inseridas no sistema pela internet. No momento em que a Unidade de Saúde fizer a solicitação do exame pelo SISCAN, esta ficará visível para o Prestador incluir o resultado. Quando o laudo estiver liberado pelo Prestador de Serviço, a Unidade de Saúde solicitante poderá visualizá-lo. Ao final da competência, quando o Prestador encerrá-la, automaticamente as informações epidemiológicas serão exportadas para a Base Nacional no DATASUS.

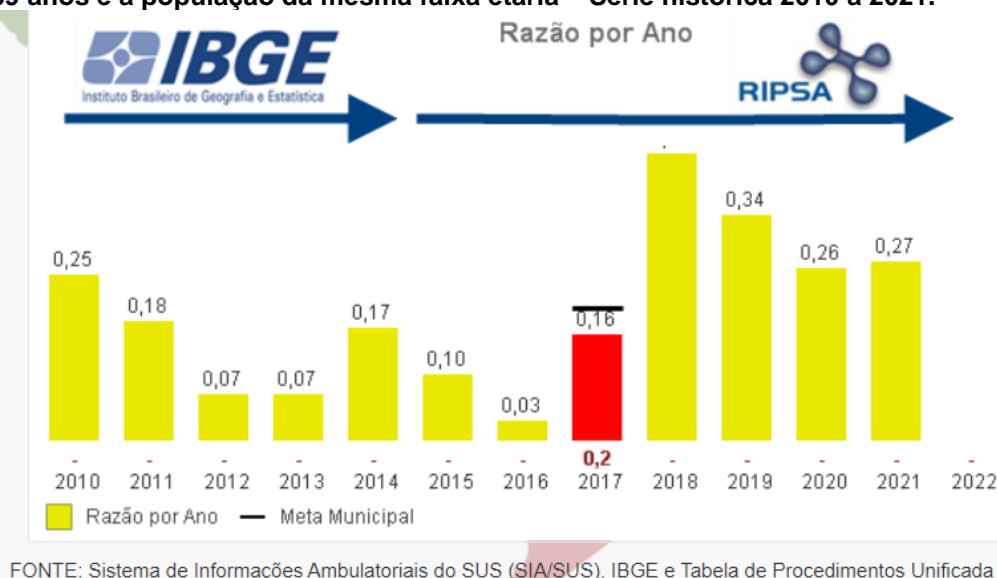
Este recurso permitirá que a Unidade de Saúde agilize a rotina no seu processo de trabalho, entretanto é importante ter claro que o recurso de disponibilizar o laudo pela internet não é uma assinatura eletrônica e não substitui o laudo impresso e assinado. A base do SISCAN conterà todos os exames realizados na rede SUS e a atualização do histórico de seguimento será automática.

**Gráfico 29. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma idade – Série histórica 2010 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 30. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária – Série histórica 2010 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

### 2.1.7.1.9. DST/AIDS

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos.

São transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de camisinha masculina ou feminina, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão de uma IST pode acontecer, ainda,

da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação.

O tratamento das pessoas com IST melhora a qualidade de vida e interrompe a cadeia de transmissão dessas infecções. O atendimento e o tratamento são gratuitos nos serviços de saúde do SUS.

A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passa a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas.

#### **2.1.7.1.10. Política de Educação Permanente em Saúde**

Seguimos instituído o plano de educação continuada, com as ESFs e Pronto Atendimento, onde foi estabelecido um cronograma de atividades e espaços interno de reuniões de equipe. Atualmente acontecem reuniões semanais nas ESFs onde se reúnem todos os integrantes da equipe e na oportunidade são debatidas as atividades e avaliações comuns a todos como planejamento de ações pré-estabelecidas, encaminhamentos, entre outros. Sempre que ocorrem capacitações/reuniões/encontros organizadas pela 1ª CRS os profissionais participam presencialmente ou de forma remota transmitindo as informações e conhecimentos a toda a equipe, conforme necessário.

#### **2.1.7.2. Vigilância Sanitária - VISA**

Vigilância Sanitária é o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos 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 a saúde, abrangendo:

I - Controle de bens de consumo que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;

II - Controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A VISA exige o cumprimento das normas estabelecidas pelos três entes federados: Municipal, Estadual e Federal para proteger a saúde da população através dos atos administrativos da visa que podem ser:

- Educativos: Educação à população e ao setor regulado;
- Preventivos: Fiscalização, vistoria, autorização, licença e notificação. Objetivando adequar o comportamento à lei;
- Repressivos: Interdição de atividade e apreensão de produtos;
- Infração Sanitária: O não cumprimento das normas sob as quais foi concedida a licença gera a lavratura de Auto de Infração e abertura de Processo Administrativo Sanitário (PAS) pela VISA contra o autuado.

A VISA atua por solicitação, denúncia, rotina ou monitoramento, surto ou queixa técnica.

Outras ações realizadas pela Vigilância Sanitária são a investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos - DTA, em parceria com a Vigilância Epidemiológica, e também o Programa VIGIÁGUA.

#### **2.1.7.2.1. Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano – VIGIÁGUA**

O VIGIAGUA consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente, como parte integrante das ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos transmitidos pela água.

O VIGIÁGUA é um programa que faz o monitoramento e vigilância da qualidade da água utilizada para consumo humano, através da análise físico-química e microbiológica da água que abastece a população, essa água pode ser do Sistema Público de Abastecimento CORSAN (SAA - Sistema de Abastecimento de Água) ou de soluções alternativas (SAI – Solução Alternativa Individual e SAC – Solução Alternativa Coletiva), proveniente de fontes ou poços utilizados normalmente na zona rural.

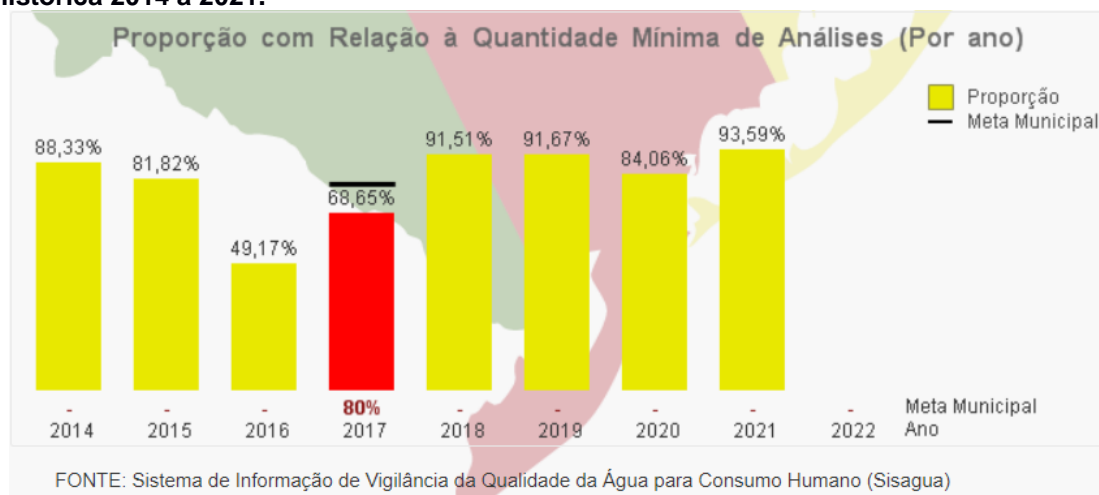
Em nosso município são coletadas mensalmente 10 amostras de água em diferentes pontos da cidade, que são refrigeradas e encaminhadas ao LACEN/RS - Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, os formulários de coleta que acompanham as amostras são cadastrados no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL. Após a liberação dos laudos estes são digitados no SISAGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano.

**Tabela 40. Cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem - Parâmetros Básicos – Série histórica 2017 a 2021.**

Parâmetro	Quantitativo mínimo de análises - Anual	Nº. de amostras analisadas e % de cumprimento de diretriz nacional do plano de amostragem				
		2017	2018	2019	2020	2021
<b>Turbidez</b>	120	90 75,00%	120 100%	118 98,33%	109 90,83%	117 97,50%
<b>Coliformes Totais/E.coli</b>	120	88 73,33%	117 97,50%	120 100,00%	109 90,83%	117 97,50%
<b>Fluoreto</b>	60	90 150,00%	120 200,00%	120 200,00%	190 181,67%	117 195,00%
<b>Residual Desinfetante</b>	120	98 56,67%	91 75,83%	90 75,00%	83 69,07%	102 85,00%

Fonte: SISAGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano.

**Gráfico 31. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez – Série histórica 2014 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

### **2.1.7.3. Vigilância Ambiental**

A Vigilância em Saúde Ambiental consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

É responsável pelo acompanhamento e controle das doenças transmitidas ao homem através dos animais, zoonoses. Na Barra do Ribeiro estão estruturados dois Programas nesta área, o controle das doenças causadas pelo *Aedes aegypti* (Dengue, Zika vírus, Chikungunya e Febre Amarela) e de combate aos vetores da Doença de Chagas.

#### **2.1.7.3.1. Controle Vetorial do *Aedes aegypti***

O controle das doenças causadas pelo *Aedes aegypti* é realizado através de visitas em armadilhas, Pontos Estratégicos (PE) em cemitério, borracharia, rodoviária, ferro velho, etc., Pesquisa Vetorial Especial (PVE) que são inspeções realizadas por solicitações da comunidade e Levantamento de Índices (L.I.) que são visitas periódicas a domicílios para orientação e eliminação de possíveis criadouros de mosquito e acúmulo de água parada, e o Levantamento de Índice Rápido do *Aedes Aegypti* (LIRA a). Recentemente também foi criado o Programa Nacional de Enfrentamento a Microcefalia (PNEM).

As amostras de vetores coletadas são encaminhadas ao LACEN/RS - Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e as informações relativas aos laudos de amostras de controle vetorial, são digitadas no município.

Até o momento não foram encontradas larvas do *Aedes Aegypti* em nosso município, apenas do *Aedes albopictus* considerada a segunda espécie como vetor do vírus da dengue, portanto o município é considerado não infestado.

### 2.1.7.3.2. Combate aos Vetores da Doença de Chagas

A Doença de Chagas é uma doença infecciosa causada pelo *Trypanosoma cruzi*, conhecido como barbeiro. As medidas de controle são dirigidas ao combate do vetor, o diagnóstico da doença é realizado através do recolhimento de amostras de sangue de pessoas suspeitas solicitado pelo médico e encaminhado ao LACEN/RS, também é encaminhado o inseto quando localizado.

### 2.1.7.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador

Segundo a Lei nº. 8.080/90, entende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina 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.

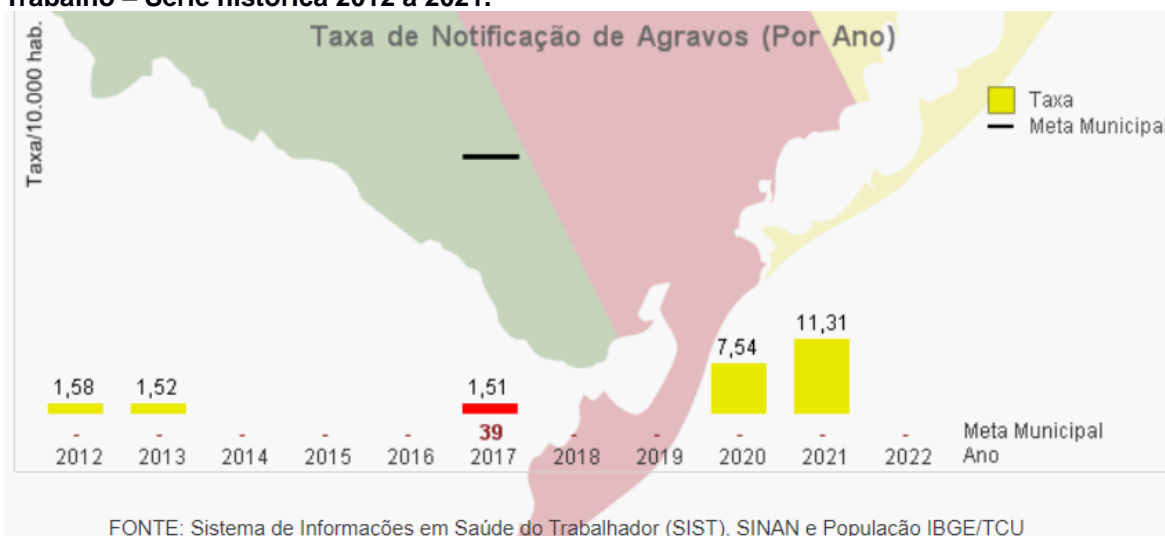
Em Barra do Ribeiro realizamos a Notificação/investigação dos Acidentes de Trabalhos Graves através do SINAN (Sistema Nacional de Notificação de Agravos) e os demais acidentes de trabalho através da RINA (Relatório Individual de Notificação de Agravos). Também são realizados trabalhos de prevenção.

**Tabela 41. Número de Notificações de Agravos (Acidentes e Doenças) Relacionados ao Trabalho – Série histórica 2017 a 2021.**

Ano	Número de Notificações
2017	2
2018	0
2019	0
2020	10
2021	15

Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 32. Taxa de Notificação de Agravos (Acidentes e Doenças) Relacionados ao Trabalho – Série histórica 2012 a 2021.**



**Fonte: Portal BI Público.**

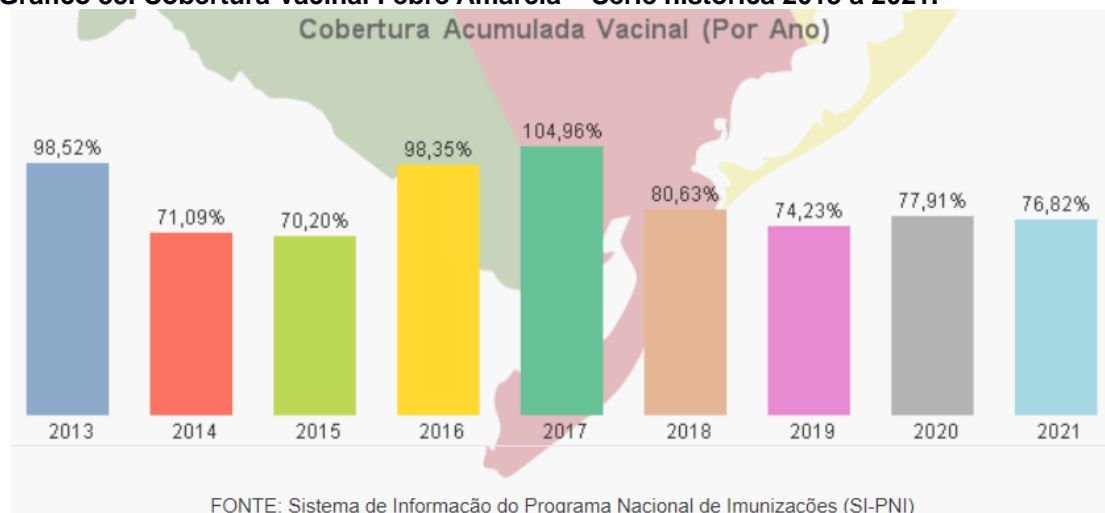
Podemos observar um grande aumento no número de notificações nos anos de 2020 e 2021, este fato é devido ao trabalho de incentivo aos trabalhadores de informarem no momento do atendimento que o agravo é relacionado ao ambiente de trabalho, pois muitos trabalhadores têm receio de prestar esta informação.

#### **2.1.7.5. Cobertura Vacinal**

Corresponde ao percentual de pessoas vacinadas e potencialmente protegidas contra determinada doença. Os dados que geram o numerador da cobertura vacinal provem dos Estabelecimentos de Saúde (salas de vacina) que registram as doses administradas no Boletim de doses aplicadas de vacinas.

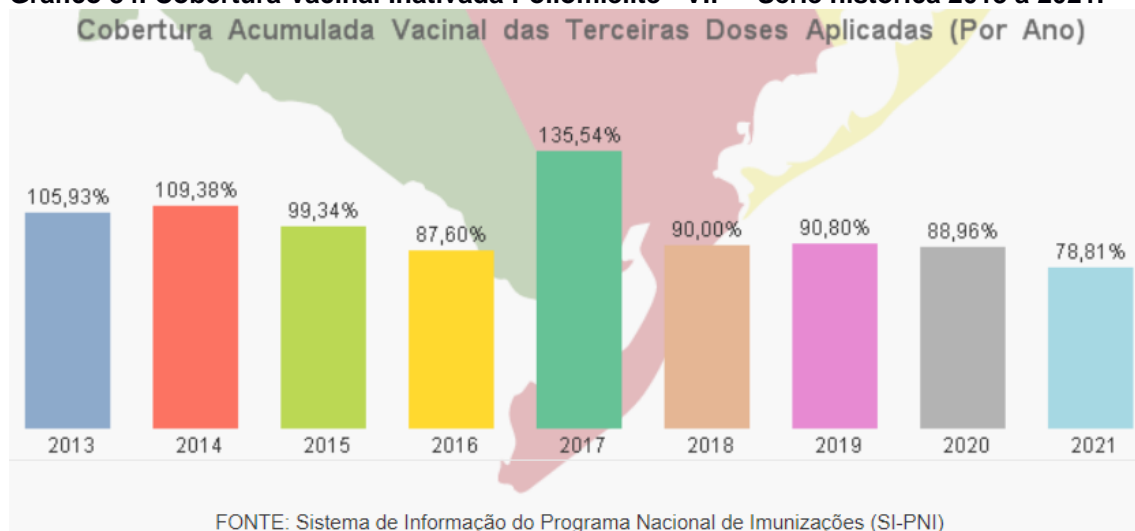
Atualmente possuímos duas Salas de Vacinas, uma na ESF Centro e a outra na ESF Três Vendas.

**Gráfico 33. Cobertura Vacinal Febre Amarela – Série histórica 2013 a 2021.**



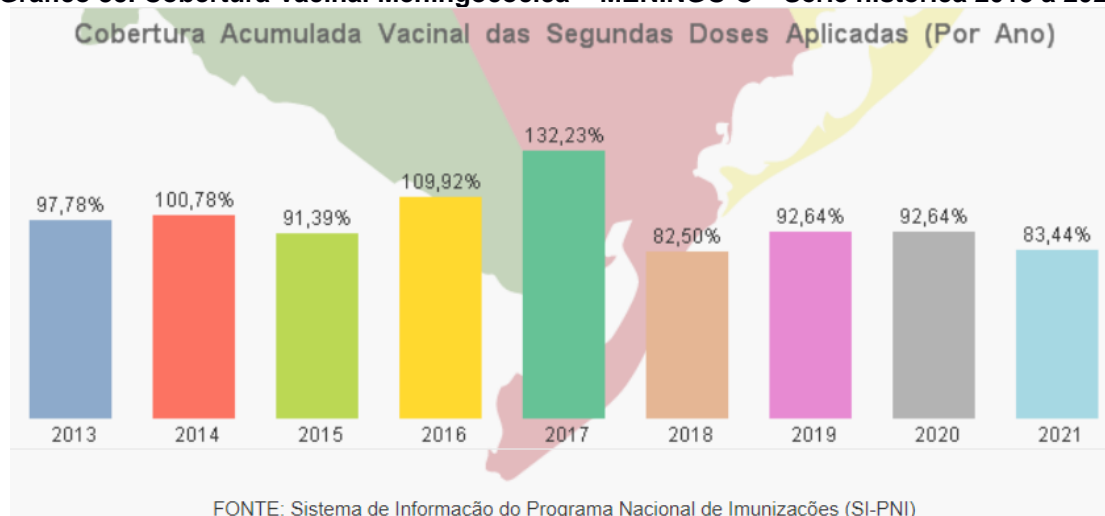
Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 34. Cobertura Vacinal Inativada Poliomielite - VIP – Série histórica 2013 a 2021.**



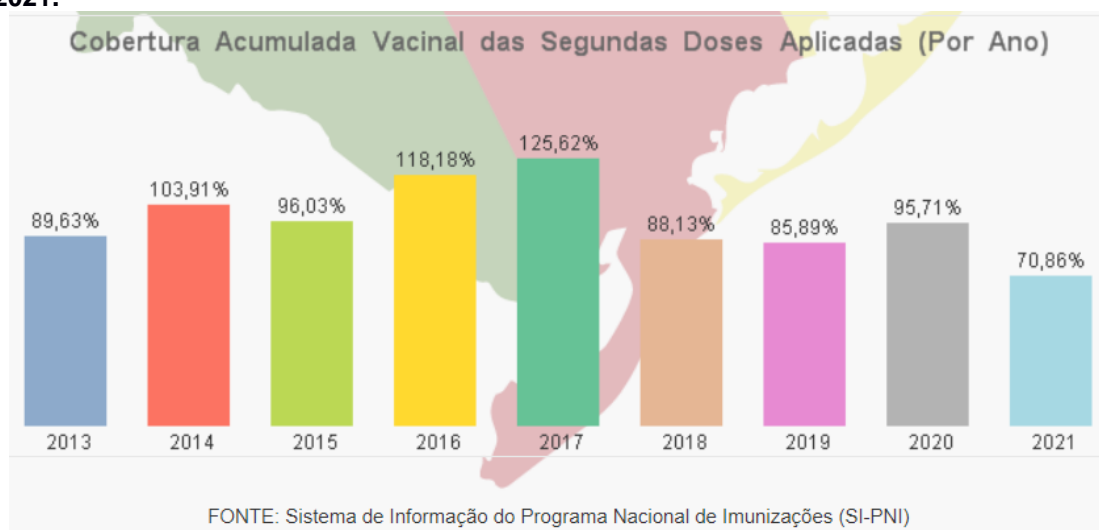
Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 35. Cobertura Vacinal Meningocócica – MENINGO C – Série histórica 2013 a 2021.**



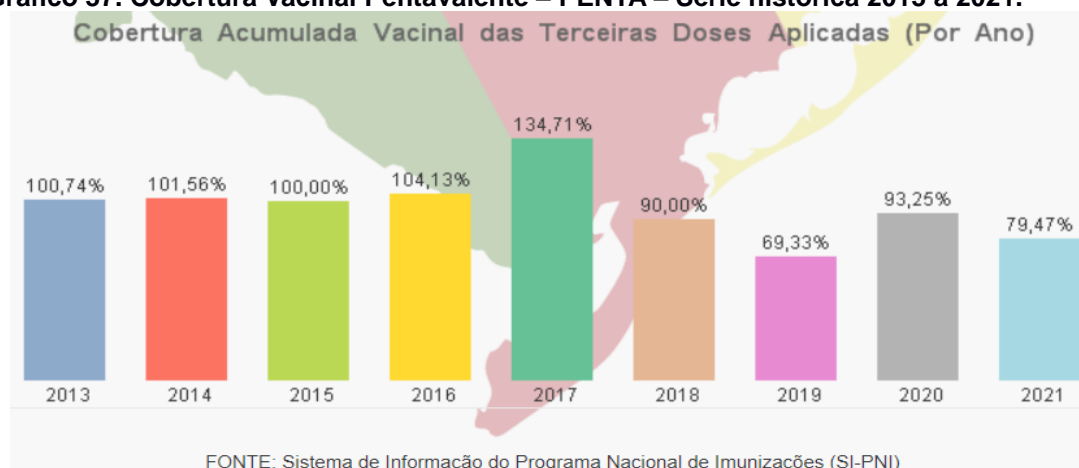
Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 36. Cobertura Vacinal Oral Rotavírus Humano - VORH – Série histórica 2013 a 2021.**



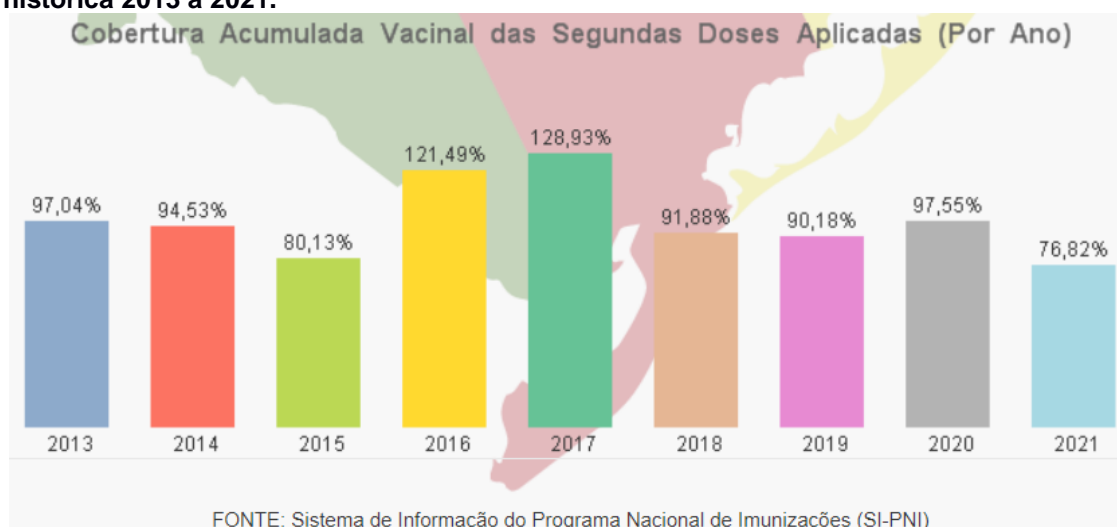
Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 37. Cobertura Vacinal Pentavalente – PENTA – Série histórica 2013 a 2021.**



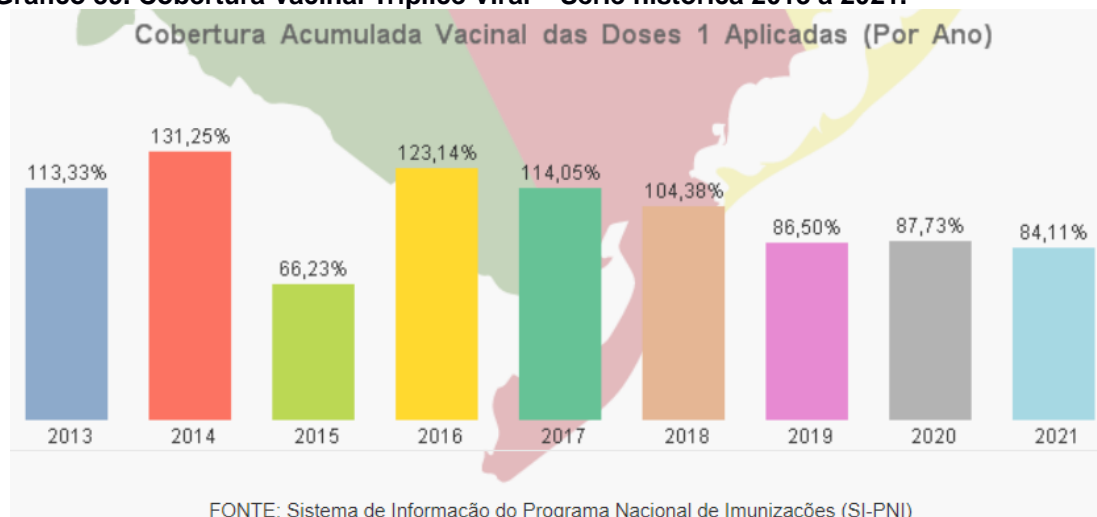
Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 38. Cobertura Vacinal Pneumocócica Conjugada 10 Valente – PNEUMO 10 – Série histórica 2013 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 39. Cobertura Vacinal Tríplice Viral – Série histórica 2013 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

#### **2.1.7.6. Atenção à Saúde Mental**

Tem por objetivo oferecer atendimento psiquiátrico e psicológico, a nível ambulatorial, para crianças, adolescentes e adultos da comunidade. Atende encaminhamentos via Estratégia Saúde da Família (ESF), Conselho Tutelar e Ordens Judiciais. A Equipe técnica é formada por um psiquiatra e duas psicólogas.

Atividades desenvolvidas pelo setor de saúde mental:

- Acolhimento a pacientes e familiares que buscam o serviço de psicologia para atendimento ou em busca de informações;
- Atendimento psicológico a pacientes encaminhados pelos demais profissionais da equipe de atenção básica ou que tenham sido atendidos por outros serviços e encaminhados para atendimento psicológico;
- Atendimento em grupo: Grupo de Arte Terapia, Grupo Flor de Liz (pacientes com transtornos depressivos e ansiosos), Grupo de Orientação a Família (para familiares de crianças e adolescentes em atendimento) e Grupo para Familiares de Dependentes Químicos;
- Realização de encaminhamentos para outras especialidades sempre que se avalie necessário – profissionais da equipe de atenção básica, psiquiatra, neurologista, entre outros que se julgue pertinente;
- Acolhimento de pacientes em sofrimento psíquico grave ou usuários de álcool e outras drogas e encaminhamento para internações psiquiátricas

- e comunidades terapêuticas;
- Acompanhamento psicológico aos egressos de internações psiquiátricas ou por uso de álcool e drogas, bem como de suas famílias (individual familiar e grupal);
  - Participação em reuniões de equipe e reunião da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a nível local e regional, buscando articular a rede de saúde mental as demais políticas públicas e com demais segmentos da sociedade;
  - Participação em atividades de educação permanente.

As internações psiquiátricas são realizadas através do cadastro na Central de Regulação do Estado, após a liberação da vaga, a Secretaria Municipal da Saúde disponibiliza veículo para conduzir o paciente e o familiar para internação.

#### **2.1.7.7. Violência**

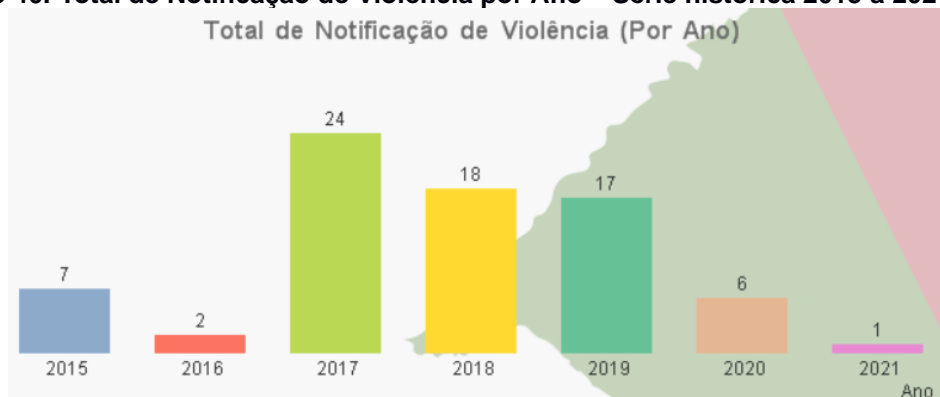
A violência é classificada como o uso intencional da força física ou poder, que pode resultar em ferimentos, morte, dano psicológico, privação, além de prejudicar o desenvolvimento. Com relação à criança e ao adolescente, a violência é considerada uma grave violação de direitos, impossibilitando-os de se desenvolverem em condições saudáveis.

Muitos estudos têm verificado que indivíduos expostos a diferentes formas de violência ao longo de seu desenvolvimento apresentam risco aumentado para o surgimento de transtornos ou psicopatologias. Entre os efeitos negativos da violência sobre o desenvolvimento do indivíduo, pode-se citar a baixa autoestima, baixo senso de autoeficácia, comportamento agressivo, sintomas internalizantes e externalizantes, podendo ocasionar quadros psicopatológicos como depressão, ansiedade, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), transtornos alimentares, comportamento antissocial e comportamento suicida.

Dentre as muitas formas de violência, a violência intrafamiliar e a violência vivenciada em contextos extrafamiliares, como a comunidade e a

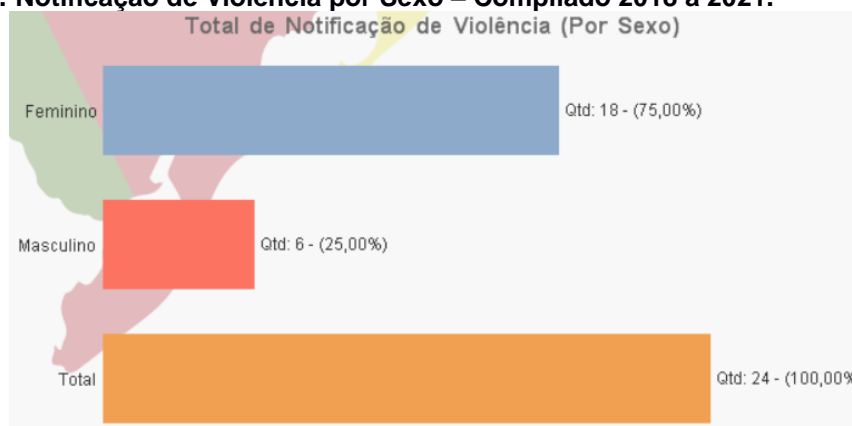
escola, têm chamado a atenção da mídia, autoridades, professores e pesquisadores devido à alta prevalência e repercussões destes problemas não apenas no Brasil, mas em diversos países.

**Gráfico 40. Total de Notificação de Violência por Ano – Série histórica 2015 a 2021.**



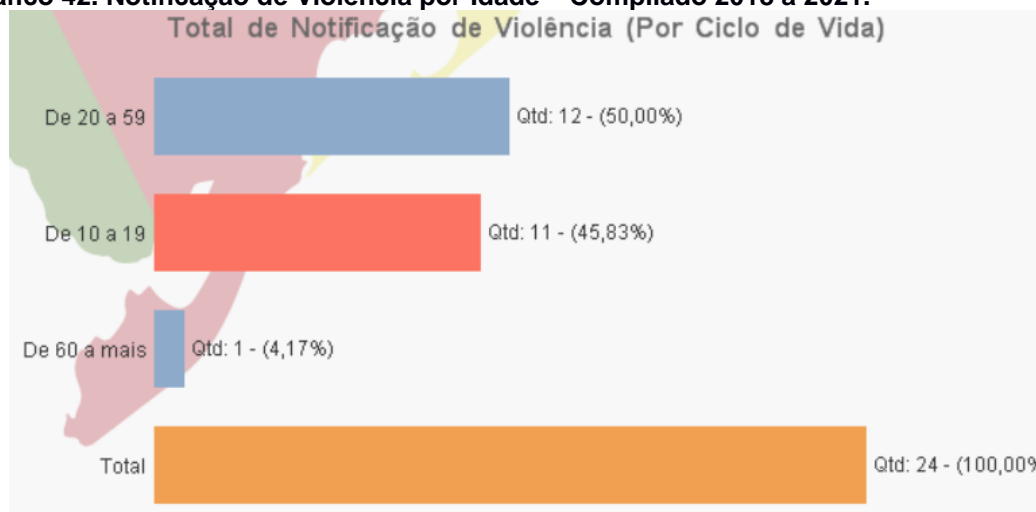
Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 41. Notificação de Violência por Sexo – Compilado 2018 a 2021.**



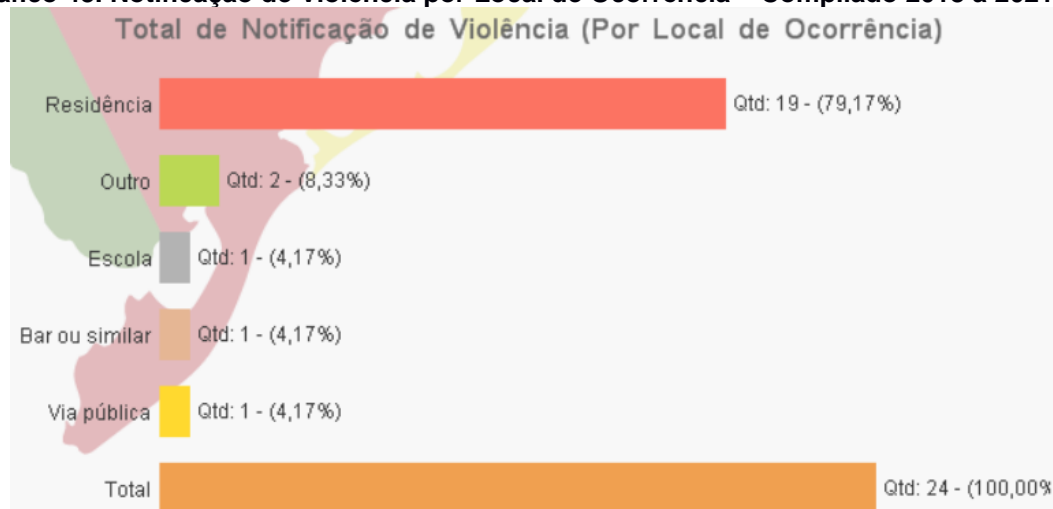
Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 42. Notificação de Violência por Idade – Compilado 2018 a 2021.**



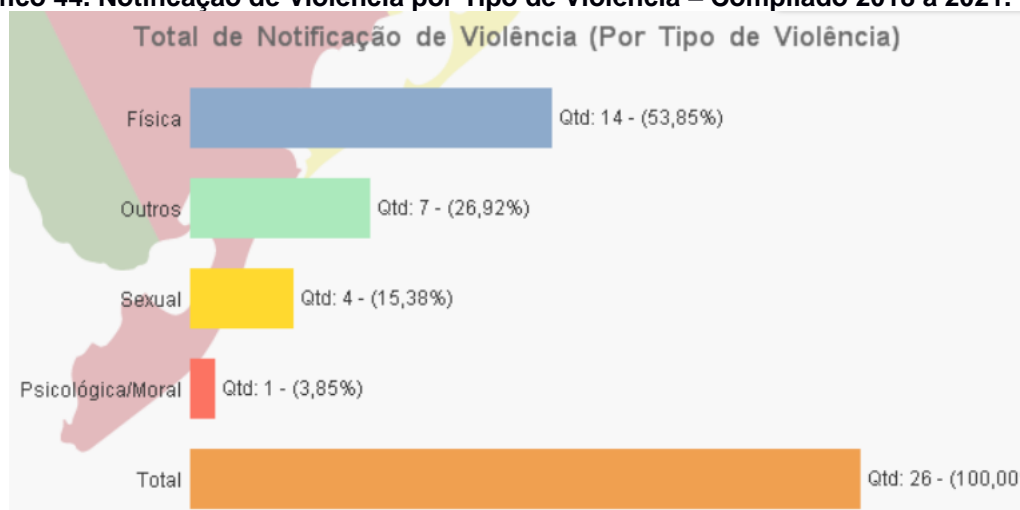
Fonte: Portal BI Público.

**Gráfico 43. Notificação de Violência por Local de Ocorrência – Compilado 2018 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

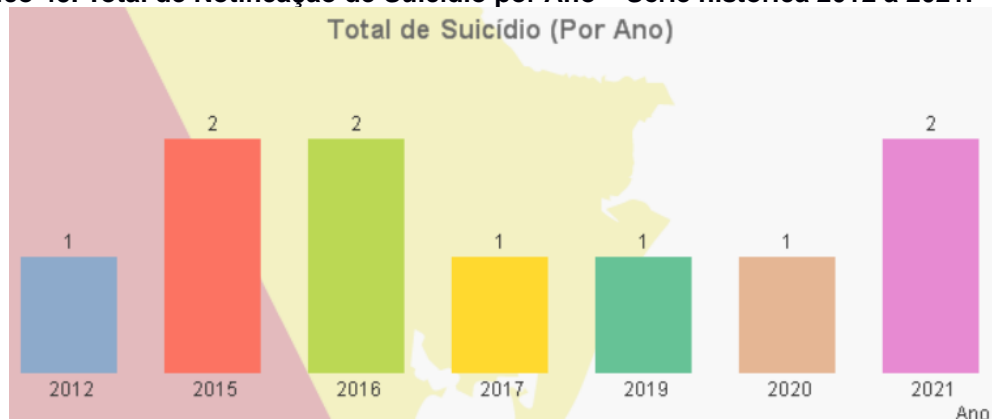
**Gráfico 44. Notificação de Violência por Tipo de Violência – Compilado 2018 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

O suicídio constitui-se, atualmente, em um problema de saúde pública mundial, pois está, em muitos países, entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos e é a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos. A cada ano, aproximadamente um milhão de pessoas morrem devido ao suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos. O índice mundial de suicídio é estimado em torno de 16 a cada 100 mil habitantes, variando de acordo com o sexo, idade e país. Nos últimos 45 anos, as taxas de suicídio aumentaram cerca de 60% em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, doença mental, depressão, desordens relacionadas ao álcool (alcoolismo), abuso, violência, perdas, história de tentativa de suicídio, bem como a “bagagem” cultural e social representam os maiores fatores de risco ao suicídio.

**Gráfico 45. Total de Notificação de Suicídio por Ano – Série histórica 2012 a 2021.**



Fonte: Portal BI Público.

## **2.2. ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA**

### **2.2.1. Consultas Especializadas**

Os serviços especializados ambulatoriais devem prestar atenção complementar à Atenção Primária, proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ou assistência, com tecnologia compatível à sua capacidade de resolução. Devem estar integrados à rede de atenção e ainda inseridos em linhas de cuidado, podendo utilizar metodologias que apoiem e/ou ampliem a capacidade resolutiva da Atenção Primária.

O Município utiliza os Sistemas GERCON (Sistema de Gerenciamento de Consultas) e SISREG (Sistema de Regulação) para o agendamento de consultas e exames especializados no SUS.

O agendamento é realizado mediante documento de referência e contra referência (encaminhado da unidade de saúde pelo médico e/ou profissional de saúde), algumas especialidades solicitam mais documentos e exames. E de acordo com as regulamentações, pactuações e contratos em vigor, promovendo o acesso universal e equânime dos pacientes dentro de um processo de ordenamento da fila de espera, conforme a prioridade e os recursos disponíveis.

#### **2.2.1.1. GERCON - Sistema de Gerenciamento de Consultas**

Esta ferramenta permite mais equidade no atendimento à população, na medida em que é possível priorizar, através da informatização,

as situações mais graves e urgentes e não apenas por simples ordem de entrada no sistema.

São solicitados ao estado através deste sistema especialidades de baixa, média e alta complexidade para as especialidades que não possuímos no município, tais como:

- Cardiologia;
- Cirurgia geral;
- Cirurgia plástica;
- Cirurgia vascular (Alta complexidade);
- Dermatologia;
- Endocrinologia;
- Gastroenterologia;
- Genética;
- Ginecologia (Gestantes, alta complexidade e planejamento familiar);
- Hematologia;
- Infectologia;
- Nefrologia;
- Neurologia (Adulto e pediátrico);
- Oftalmologia (Alta complexidade);
- Oncologia;
- Otorrinolaringologia;
- Quimioterapia;
- Radiologia;
- Reumatologia;
- Traumatologia e ortopedia (Alta complexidade), e
- Urologia (Alta complexidade).

O agendamento destas especialidades é feito conforme o grau de urgência de acordo com os protocolos do sistema.

### **2.2.1.2. SISREG - Sistema de Regulação**

É um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

Os exames disponibilizados por este sistema são:

- Audiometria;
- Cateterismo;
- Cintilografia de miocárdio;
- Cintilografia óssea;
- Cintilografia renal;
- Ecocardiografia;
- Eletroencefalograma em sono induzido;
- Mamografia;
- Teste de esforço ou teste ergométrico, e
- Tomografia computadorizada.

As especialidades disponibilizadas por este sistema são:

- Bucomaxilo;
- Cirurgia geral;
- Cirurgia vascular;
- Ginecologia;
- Proctologia;
- Traumatologia e ortopedia, e
- Urologia.

### **2.2.2. Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade**

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a

disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA):

- Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
- Cirurgias ambulatoriais especializadas;
- Procedimentos traumato-ortopédico;
- Ações especializadas em odontologia;
- Patologia clínica;
- Anatomopatologia e citopatologia;
- Radiodiagnóstico;
- Exames ultrassonográficos;
- Diagnose;
- Fisioterapia;
- Terapias especializadas;
- Próteses e órteses, e
- Anestesia.

Temos como definição de alta complexidade o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são:

- Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise);
- Assistência ao paciente oncológico;
- Cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica;
- Procedimentos da cardiologia intervencionista;

- Procedimentos endovasculares extracardíacos;
- Laboratório de eletrofisiologia;
- Assistência em traumatologia-ortopedia;
- Procedimentos de neurocirurgia;
- Assistência em otologia;
- Cirurgia de implante coclear;
- Cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
- Cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- Procedimentos em fissuras lábio-palatais;
- Reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- Procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
- Assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
- Assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
- Cirurgia reprodutiva;
- Genética clínica
- Terapia nutricional;
- Distrofia muscular progressiva;
- Osteogênese imperfeita, e
- Fibrose cística e reprodução assistida.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia.

### **2.2.3. Referências para os Serviços**

Ao procurar o serviço do SUS mais próximo de sua casa, que pode ser a Unidade Básica ou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cada usuário estará tendo acesso também à Rede Integral de Saúde no Rio Grande

do Sul. Planejada para operacionalizar as Políticas de Saúde que prevê atendimento continuado em Linhas de Cuidado, traçando a trajetória do usuário do SUS por outros níveis do sistema, que forem necessários, como consultas especializadas, exames e até internações e cirurgias. É baseada na Política de Humanização do SUS.

Atualmente as referências hospitalares para os Serviços que representam pontos de atenção secundária e terciária nas Redes de Atenção e que e suas respectivas Altas Complexidades estão em fase de reestruturação, e posteriormente será publicada nova Resolução.

#### **2.2.4. Leitos Hospitalares**

Em Barra do Ribeiro não possuímos Hospitais, o acesso aos leitos hospitalares são feitos através da Central de Regulação do Estado. O acesso do usuário aos serviços do SUS é realizado a partir da identificação da necessidade do usuário, os recursos necessários para a assistência à sua saúde no tempo oportuno.

A central recebe a solicitação de uma vaga a partir do médico do Pronto Atendimento Municipal que não possui leitos para internação. A equipe médica da central classifica o risco através de informações sobre as condições clínicas, exames complementares e diagnóstico médico, e procura na rede do SUS, junto ao estabelecimento de referência, pelo serviço que atenda as necessidades do paciente. Identificada à vaga, o leito é reservado e disponibilizado ao solicitante.

#### **2.2.5. Assistência Farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica é uma política de saúde garantida pela Lei nº. 8.080/90 em seu artigo 6º, pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

A Assistência Farmacêutica (AF) é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a

produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

O Município de Barra do Ribeiro conta com 01 farmácia e 03 drogarias privadas. Dessas, 02 atendem ao Programa Aqui tem Farmácia Popular, com distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão, diabetes e asma.

A Assistência Farmacêutica na SMS é representada pelos dispensários na Farmácia Básica Municipal localizada na Secretaria Municipal de Saúde, realizando atendimentos aos usuários para a distribuição de medicamentos fornecidos pelo município e pelo estado.

#### **2.2.5.1. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME**

A RENAME é elaborada atendendo aos princípios fundamentais do SUS, isto é, a universalidade, a equidade e a integralidade, configurando-se como a relação dos medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas e indicados para os tratamentos das doenças e agravos que acometem a população brasileira. Seus fundamentos estão estabelecidos em atos normativos pactuados entre as três esferas de gestão do SUS. Com isso, a concepção, a sistematização e a harmonização da RENAME devem sempre ser realizadas de forma democrática e articulada. A lista deve ser construída a partir de uma avaliação que considere as informações de eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, entre outros aspectos, obtidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica - CBAF é constituído por uma relação de medicamentos e uma de insumos farmacêuticos voltados aos principais agravos e programas de saúde da Atenção Básica.

### **2.2.5.2. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME**

A Farmácia Básica Municipal mantém em estoque os remédios da lista básica, definida na Relação Municipal de Medicamentos – REMUME (Anexo I), em acordo com as normas do Ministério da Saúde. São fornecidos, inclusive, medicamentos de controle especial, medicamentos pertencentes aos protocolos ou que possuam alguma especificidade. Também fazem parte da Lista do REMUME de Barra do Ribeiro os medicamentos de uso ambulatorial utilizados nas unidades de saúde e insumos.

### **2.3. NÍVEL INTERMEDIÁRIO DE ATENÇÃO**

Em Barra do Ribeiro o nível intermediário de atenção é realizado no Pronto Atendimento – PA, que funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, localizado na RS – 709, km 03, no bairro Três Vendas. Cada plantão tem uma equipe formada por no mínimo um médico clínico geral, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem.

Presta o primeiro atendimento estabilizando os pacientes e detalha o diagnóstico inicial, analisa a necessidade de encaminhar o paciente a um hospital de maior complexidade ou mantê-lo em observação por até 24h.

O objetivo é diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos no PA, ou unidades básicas de saúde, sejam encaminhados para as unidades hospitalares.

## **3. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS**

Segundo o anexo da Portaria GM nº. 4.279/2010 as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

### 3.1. ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A estrutura operacional das RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam.

Os componentes que estruturam as RAS incluem: Atenção Básica à Saúde – centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

#### 3.1.1. Sistemas de Apoio

Locais onde são prestados serviços de saúde comuns a todos os pontos de atenção. São constituídos por 03 sistemas principais: Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde.

**Quadro 6. Os diferentes sistemas de apoio que compõem as Redes de Atenção à Saúde.**

Sistemas de apoios diagnóstico e terapêutico	Sistema de assistência farmacêutica	Sistemas de informação em saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico por imagem</li> <li>• Medicina nuclear</li> <li>• Eletrofisiologia</li> <li>• Endoscopias</li> <li>• Hemodinâmica</li> <li>• Patologia clínica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicação (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição)</li> <li>• Ações assistenciais</li> <li>• Farmácia clínica</li> <li>• Farmacovigilância</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidade (SIM)</li> <li>• Nascidos vivos (SINASC)</li> <li>• Agravos de notificação compulsória (SINAN)</li> <li>• Informações ambulatoriais do SUS (SIA SUS)</li> <li>• Informações hospitalares do SUS (SIH SUS)</li> <li>• Atenção básica (SIAB)</li> </ul>

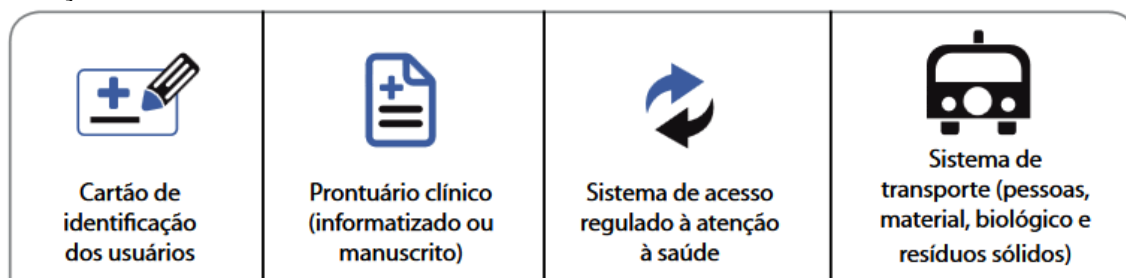
Fonte: Apostila Ministério da Saúde – RAS

#### 3.1.2. Sistemas Logísticos

Oferecem soluções em saúde baseadas nas tecnologias de informação, voltadas para promover a eficaz integração e comunicação entre

pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio. Podem referir-se a pessoas, produtos ou informações, e estão fortemente ligados ao conceito de integração vertical. Os sistemas logísticos são: Identificação do usuário por meio do Cartão Nacional do SUS, prontuário clínico, sistema de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte.

**Quadro 7. Exemplos de componentes de um sistema logístico presente na Rede de Atenção à Saúde.**

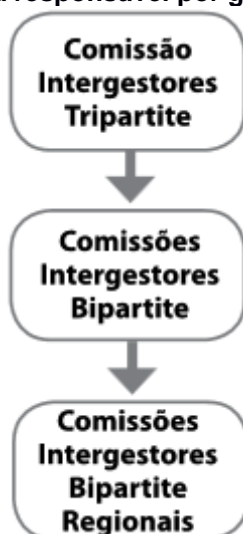


Fonte: Apostila Ministério da Saúde – RAS

### 3.1.3. Sistemas de Governança

São arranjos institucionais organizados que envolvem diferentes atores, estratégias e procedimentos, para gerir, de forma compartilhada e interfederativa, com vistas à obtenção de maior interdependência e melhores resultados sanitários e econômicos. São por meio destes sistemas transversais que se articulam os elementos da RAS em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes.

**Figura 8. O Sistema de Governança responsável por gerir a Rede de Atenção à Saúde.**



Fonte: Apostila Ministério da Saúde – RAS

### **3.2. REDES TEMÁTICAS**

No Brasil, é possível identificar um esforço para a implantação de diversas RAS nos sistemas municipais e estaduais de saúde. Isto porque há na literatura internacional uma vasta gama de evidências de que essas redes podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários. Ao mesmo tempo, reduzem os custos dos sistemas saúde.

Por esse motivo, já estão sendo implantadas redes temáticas de atenção à saúde no país. Estas RAS foram definidas segundo as prioridades das agendas de saúde Federal, Estadual e Municipal, sendo elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção à Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

#### **3.2.1. Rede Cegonha**

Instituída pela Portaria GM/MS nº. 1.459/2011, a Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

São quatro os componentes da Rede Cegonha:

- I - Pré-natal;
- II - Parto e nascimento;
- III - Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e
- IV - Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Através da Rede Cegonha, há o financiamento para a ampliação dos exames de pré-natal, de teste rápido de detecção da Sífilis e HIV.

O Estado preconiza o diagnóstico de HIV e Sífilis para gestantes e seus parceiros, prioritariamente através da testagem rápida (TR) no pré-natal (1ª consulta, no 3º trimestre e no momento do parto), bem como nas situações de abortamento.

Quanto à hepatite B, recomenda-se que sejam realizadas, preferencialmente, duas testagens no pré-natal, no 1º e 3º trimestres. A testagem para Hepatite C, na gestação, não é rotina no pré-natal, exceto em gestantes de alto risco. Entretanto, é importante diagnosticar a gestante para que esta possa iniciar o acompanhamento com profissional especializado, bem como o acompanhamento do bebê em tempo oportuno.

### **3.2.2. Rede de Atenção Psicossocial - RAPS**

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é instituída com a Portaria nº. 3.088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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.

Tem como objetivos gerais a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Em Barra do Ribeiro estamos em fase de implantação de 02 (dois) Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, sendo (01) um CAPS III e (01) um CAPS ADIII.

### **3.2.3. Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE**

Buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

- Promoção e prevenção;
- Atenção primária: Unidades Básicas de Saúde;
- UPA e outros serviços com funcionamento 24h;
- SAMU 192;
- Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências;
- Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos;
- Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas;
- Atenção domiciliar – Melhor em Casa.

#### **3.2.4. Rede de Atenção à Saúde às Doenças e Condições Crônicas**

A finalidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é realizar a atenção, de forma integral, aos usuários com doenças crônicas, principalmente o Diabetes, a Hipertensão Arterial e alguns tipos de cânceres, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

Consideram-se Doenças Crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta. Essas doenças em geral apresentam múltiplas causas, e o tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que usualmente não leva à cura.

O objetivo geral dessa a Rede é fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, qualificando a atenção integral às pessoas com doenças crônicas e ampliando as estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

#### **3.2.5. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência**

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou

permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde (SUS).

Além de promover cuidados em saúde, especialmente dos trabalhos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca também desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta.

#### **4. GESTÃO EM SAÚDE**

O modelo de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) está inscrito na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Federais nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde; a hierarquização do sistema e das ações e serviços de saúde; a descentralização da gestão, ações e serviços; a participação da população na definição da política de saúde; o controle social da implementação da política de saúde e a autonomia dos gestores.

Neste contexto, cabe ressaltar que o SUS realiza ações e serviços públicos de relevância pública. As ações de saúde não são exclusivas do Estado, mas exigem, permanentemente, o exercício do poder e da autoridade estatal, para serem executadas conforme as necessidades da população. A qualidade da gestão pública implica a adoção de métodos e instrumentos de gestão adequados, eficazes e eficientes, que favoreçam o alcance de padrões elevados de desempenho e qualidade.

Cabe à gestão estar atenta às principais necessidades de saúde da população e do sistema de saúde para, a partir daí, nortear a equipe sob sua abrangência gerencial. Além disso, é responsabilidade do gestor municipal a gestão da saúde na cidade, não apenas dos serviços e ações vinculadas ao SUS, mas também aquelas relacionadas à saúde suplementar e à iniciativa privada. Nestas duas últimas situações, é importante tanto priorizar a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes, de acordo com normas da Vigilância em Saúde e da Agencia Nacional de Saúde Suplementar, como também corroborar para o desenvolvimento do setor saúde como um impulsionador do desenvolvimento econômico e social do município.

## 4.1. PLANEJAMENTO

No âmbito do SUS, o planejamento em saúde envolve a atuação integrada dos três entes federativos (União, Estados e Municípios) de forma que a ação governamental efetive a organização do trabalho, por meio da definição de papéis e de corresponsabilidades na alocação de recursos (humanos, físicos, tecnológicos e financeiros).

Na SMS, todas as áreas se envolvem com o planejamento em saúde a partir das decisões tomadas e planos estratégicos definidos pelo Gabinete do Secretário e assessores.

O planejamento no SUS é norteado por princípios, legislação e instrumentos específicos. Os principais requisitos são:

- É atividade obrigatória e contínua;
- Ascendente e integrado;
- Deve ser integrado ao planejamento governamental geral;
- Respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite;
- Articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS;
- Deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde;
- Considera as necessidades de saúde da população.

O ciclo de planejamento precisa estar sincronizado com essa lógica para permitir a harmonia das políticas de saúde com as demais políticas governamentais, bem como para promover o monitoramento e avaliação contínua das ações. Os principais instrumentos de planejamento em saúde e gestão são:

- Plano Municipal de Saúde - PMS;
- Programação Anual de Saúde - PAS;
- Relatório de Gestão (Anual – RAG e Quadrimestral – RDQA).

Com o planejamento descentralizado, compartilhado, apoiado por ferramentas tecnológicas que propiciem a ampliação da participação e o monitoramento constante, espera-se garantir o desenvolvimento institucional direcionado à melhoria dos indicadores de saúde da população.

#### **4.2. INSTÂNCIAS DE PACTUAÇÃO INTERGESTORES**

A governança entre as três esferas acontece por meio das Instâncias de Pactuação Intergestores (Comissões Intergestores), que são espaços de representação federativa com poder de deliberação e pactuação. Estas buscam efetivar a redistribuição do poder redefinindo papéis entre os gestores através do consenso, diálogo e cooperação, induzindo a reformulação de práticas e processos de trabalho, analisando negociações técnicas e políticas.

As Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite foram instituídas no início dos anos 90 e reconhecidas através da Lei nº. 12.466/2011 como foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos do SUS.

A Comissão Intergestora Tripartite (CIT) é a instância de negociação e pactuação entre os gestores da saúde dos entes federativos para a operacionalização das políticas de saúde no âmbito do SUS, vinculando-se ao Ministério da Saúde para efeito de apoio administrativo e operacional.

A Comissão Intergestora Bipartite (CIB/RS) foi instituída pela Portaria SES/RS nº. 09/93 e constitui-se em instância colegiada de pactuação consensual, com caráter deliberativo para definição das regras da gestão compartilhada no SUS. A Resolução CIB nº. 174/2016 reformulou o Regimento Interno da CIB/RS, adequando-o à legislação vigente.

As Comissões Intergestores Regionais (CIR) representam um espaço onde Estado e municípios debatem e definem o planejamento regional e a organização da rede de atenção à saúde. As reuniões de CIR acontecem mensalmente, a maioria é na sede das CRS e duram mais de 2 horas.

Outra ferramenta utilizada nas relações interfederativas como estratégia indutora definida pelo Ministério da Saúde é o DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) que incorporou as funcionalidades do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) e do Sistema de

Pactuação (SISPACTO). O sistema permite a elaboração dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG), recebe o registro das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores e de um conteúdo mínimo dos Planos de Saúde e das Programações Anuais de Saúde além de ser um repositório para todos os arquivos dos instrumentos de planejamento do SUS e resoluções correspondentes.

Complementar ao conjunto de normas e instâncias de gestão intersetorial, é fundamental que a gestão municipal esteja aberta a um diálogo franco e cordial com os demais gestores municipais do estado, com o gestor estadual e federal, assim como com os órgãos de fiscalização e controle.

#### 4.2.1. Pactuação Interfederativa de Indicadores de Saúde 2022 – 2025

Nº.	Tipo	Indicador	Unid.	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025
1	U	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	N. Absol.	10	10	10	10	09
2	E	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	%	90,00	100,00	100,00	100,00	100,00
3	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	%	95,00	95,00	95,00	95,00	95,00
4	U	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade –Pentavalente (3º dose) Pneumocócica 10 –valente (2º dose), Poliomielite (3º dose) e Tríplice Viral (1º dose) – com cobertura vacinal preconizada	%	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00
5	U	Proporção de casos de doença de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	%	70,00	70,00	70,00	70,00	70,00
6	U	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	%	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00
7	E	Número de casos autóctones de malária – NÃO PACTUADO	N. Absol.	-	-	-	-	-
8	U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	N. Absol.	02	02	02	02	02
9	U	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	N. Absol.	01	01	01	01	01

Nº.	Tipo	Indicador	Unid.	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025
10	U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	%	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00
11	U	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	Razão	0,40	0,40	0,60	0,60	0,60
12	U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	Razão	0,20	0,30	0,30	0,30	0,30
13	U	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	%	75,00	55,00	60,00	60,00	60,00
14	U	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	%	15,00	15,00	13,00	13,00	13,00
15	U	Taxa de Mortalidade Infantil	N. Absol.	01	01	01	01	01
16	U	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	N. Absol.	01	01	01	01	01
17	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	%	80,00	80,00	80,00	80,00	90,00
18	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	%	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00
19	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	%	35,00	20,00	20,00	20,00	35,00
20	U	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios no ano	%	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00

Nº.	Tipo	Indicador	Unid.	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025
21	E	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (*1)	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
22	U	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue (*2)	N. Absol.	00	00	00	00	00
23	U	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	%	85,00	85,00	85,00	85,00	85,00

**\*1 - Não pactuado. O município não possui CAPS.**

**\*2 - Não se faz ciclos nas residências em municípios não infestados. Trabalhamos com Armadilhas, PEs e PVE.**

#### Indicadores Estaduais

Nº.	Tipo	Indicador	Unid.	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023	Meta 2024	Meta 2025
1	RS	Proporção de cura de casos novos de tuberculose	%	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
2	RS	Proporção de amostras de água com presença de Escherichia Coli, em Soluções Alternativas Coletivas	%	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00
3	RS	Proporção de óbitos por Acidentes de Trabalho investigados	%	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00
4	RS	Taxa de notificação de agravos (Acidentes e Doenças) Relacionadas ao Trabalho	Taxa/10.000hab.	39	39	39	39	39

### **4.3. PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é a instância municipal de controle social do SUS, criado pela Lei nº. 1.156/97, órgão permanente, colegiado e deliberativo com atribuição de controle e fiscalização das políticas públicas de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. Nesse sentido, o Conselho de Saúde deve ter assegurada à estrutura e capacidade operacional adequadas ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo.

O CMS de Barra do Ribeiro é composto por 10 conselheiros titulares e seus respectivos suplentes, representantes de entidades da sociedade civil organizada e órgãos públicos, composto pelos seguintes segmentos: Usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviço, com paridade dos segmentos usuários ante os demais segmentos. A Mesa Diretora, órgão diretivo é composto por Presidente, Vice-Presidente e Secretário.

A Secretaria Municipal de Saúde participa do Conselho Municipal de Saúde – Segmento Gestores. Existe uma articulação permanente entre o Gestor e o CMS. Sempre que solicitado são prestados esclarecimentos sobre a gestão.

São realizadas reuniões ordinárias mensais do CMS, e extraordinárias quando necessário. As reuniões do Conselho são realizadas nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde, onde são debatidos assuntos referentes à saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde realiza suporte administrativo/financeiro e estrutura física para a realização das reuniões, atividades e conferências de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde é atuante e resolutivo, participando das decisões da gestão.

#### **4.4. INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Tem o propósito de colocar em prática, no âmbito da gestão do SUS, estratégias que promovam o uso inovador, criativo e transformador da Tecnologia da Informação (TI) buscando a disponibilização de equipamentos de informática, softwares, sistemas de informação e de tomada de decisão para o pleno atendimento dos objetivos do Plano Municipal de Saúde (PMS).

Para atender à ação de Modernização da Rede de Atenção à Saúde serão adquiridos equipamentos de informática, priorizando a Atenção Básica onde todas as unidades de saúde da SMS serão equipadas com pontos de acesso à internet, computadores e impressoras.

Com relação aos sistemas de informação, destaca-se a implantação do Sistema de Prontuário Eletrônico do Ministério da Saúde, na SMS. Denominado e-SUS o Prontuário Eletrônico atende todos os processos de trabalho dos profissionais da Atenção Básica, desde o agente comunitário de saúde até os profissionais de níveis superiores. O e-SUS trouxe a padronização dos processos de trabalho e o foco no indivíduo, pois todas as suas funcionalidades estão direcionadas ao atendimento individual.

No município o Sistema e-SUS está implantado nas Unidades de Saúde Centro e Três Vendas, apenas a Unidade de Saúde Rural, que devido a dificuldade de alcance do sinal de internet, ainda inserem as informações manualmente nos formulários impressos e estes são encaminhados a SMS para a digitação no Sistema.

No que diz respeito à Regulação dos Serviços de Saúde atualmente é utilizado o Sistema de Gerenciamento de Consultas – GERCON que possui como objetivo o gerenciamento da oferta de consultas.

Referente ao Sistema de Dispensação de Medicamentos, está implantado na Farmácia Básica Municipal o Sistema de Administração de Medicamentos – AME.

Os principais sistemas inseridos no município são:

- **AME** – Sistema de Administração de Medicamentos – Tecnologia da Secretaria Estadual de Saúde/RS;
- **BOLSA FAMILIA** - Sistema de Informação que apoia o Programa Bolsa Família – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **BPA** - Boletim de Produção Ambulatorial – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **CADWEB** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **ESUS AB** – e-SUS Atenção Básica e Atenção Domiciliar – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **FNS** - Fundo Nacional em Saúde – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **FORMSUS** - Serviço de Criação de Formulários do SUS – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **GAL** - Gerenciador de Ambiente Laboratorial – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **GERCON** - Sistema de Gerenciamento de Consultas especializadas - Tecnologia da Secretaria Municipal de Saúde de Porto alegre;
- **GUD** - Gerenciamento de Usuários com Deficiência – Tecnologia da Secretaria Estadual de Saúde/RS;
- **PSE** - Programa de Saúde na Escola – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **SARGSUS** – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **SIM** - Sistema de Informação Sobre Mortalidade – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação Vivos – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **SINANNET** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação pela Internet Água – Tecnologia do Ministério da Saúde;

- **SINASC** - Sistema de Informações de Nascidos Vivos – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **SIOPS** - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **SIPNI** - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **SISAGUA** - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **SISCAN** - Sistema de Informação de câncer – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **SISPRENATAL** - Sistema de Acompanhamento de Gestantes – Tecnologia do Ministério da Saúde;
- **SIVEP-DDA** - Controle das Doenças Diarreicas Agudas – Tecnologia do Ministério da Saúde.
- **E-SUS NOTIFICA** - Ferramenta on-line de registro de notificação de casos de síndrome gripal leve suspeitos e confirmados do Novo Coronavírus – COVID-19.

#### **4.5. GESTÃO DO TRABALHO – PROFISSIONAIS SUS**

O número total de trabalhadores do SUS em Barra do Ribeiro, no ano de 2021, era de 99 profissionais, sendo 63 contratos por tempo determinado, 16 estatutários, 10 autônomos pessoa física, 01 bolsista do Programa Mais Médicos, 05 Cargos Comissionados e 05 Estagiários.

Os servidores públicos da SMS de Barra do Ribeiro são regidos pela Lei nº. 445/82 que dispõe sobre o Estatuto e Regime Jurídico dos Funcionários Públicos de Barra do Ribeiro e pela Lei nº. 1.571/2002 - Plano de Cargos e Salários que dispõe sobre o quadro de cargos e funções públicas do Município, e estabelece o Plano de Carreira dos servidores municipais.

Em 2021 foi realizado o concurso público para compor o quadro de funcionários do município que em função de aposentadorias, licenças e exonerações é composto na grande por contratos por tempo determinado.

#### 4.6. FINANCIAMENTO

A Carta Magna de 1988 determina que as três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal, compartilhem a gestão e o financiamento do SUS, custeando as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Os percentuais de aplicação financeira dos Municípios, Estados e União, no SUS são definidos pela Lei nº. 141/2012. Os Municípios devem aplicar anualmente, no mínimo 15% da arrecadação de impostos em ações e serviços públicos de saúde.

As restrições orçamentárias que o SUS constantemente enfrenta e a necessidade de superá-las fazem com que o financiamento esteja sempre em pauta nas discussões dos gestores do SUS, salientando a necessidade de reduzir custos, rediscutir prioridades e trabalhar com o recurso disponível em caixa, assim como cumprir os percentuais definidos na legislação.

Segue abaixo o panorama da situação dos recursos do SUS em Barra do Ribeiro nos últimos 04 anos.

**Tabela 42. Percentual de Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde – Série histórica 2017 a 2020.**

<b>Ano</b>	<b>Receitas de Impostos e Transferências</b>	<b>Despesas com Recursos Próprios</b>	<b>Percentual Aplicado</b>
<b>2017</b>	R\$ 22.521.468,30	R\$ 5.507.585,91	24,45%
<b>2018</b>	R\$ 25.039.356,16	R\$ 4.750.842,74	18,97%
<b>2019</b>	R\$ 26.144.784,34	R\$ 5.936.783,48	22,71%
<b>2020</b>	R\$ 26.284.180,52	R\$ 5.645.406,96	21,48%

Fonte: SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

**Tabela 43. Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob responsabilidade do município, por habitante – Série histórica 2017 a 2020.**

<b>Ano</b>	<b>Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob responsabilidade do município, por habitante</b>
<b>2017</b>	R\$ 506,97
<b>2018</b>	R\$ 576,08
<b>2019</b>	R\$ 579,81
<b>2020</b>	R\$ 686,11

Fonte: SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

#### **4.6.1. Blocos de Financiamento**

A situação econômica do município sofre impactos consideráveis da crise financeira pela qual atravessa o país. Espera-se grandes dificuldades no financiamento para atender à demanda crescente em serviços de saúde.

O financiamento da saúde é efetivado através de um conjunto de pactuações entre gestores e da publicação de normas que explicitam os critérios, parâmetros e valores a serem pagos pelas ações e serviços. Neste aspecto, destaca-se a divisão de recursos em Blocos de Financiamento (conforme Portaria nº. 204 de 29 de Janeiro de 2007), bem como as regras para uso dos recursos estaduais e municipais, considerando os sistemas orçamentários e financeiros de ambos.

A Portaria nº. 204/2007 estabelece no Art. 4º os seguintes blocos de financiamento:

I - Atenção Básica;

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica; e

V - Gestão do SUS.

VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº. 837 de 23.04.2009).

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

#### **4.6.1.1. Bloco de Atenção Básica**

O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

I - Componente Piso da Atenção Básica - PAB Fixo: Refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios.

II - Componente Piso da Atenção Básica - PAB Variável: É constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde. Os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

#### **4.6.1.2. Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar**

O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é constituído por dois componentes:

I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC);

II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

#### **4.6.1.3. Bloco de Vigilância em Saúde**

As Portarias GM/MS nº. 3252, de 22 de dezembro de 2009, e GM/MS n. 1106, de 12 de maio de 2009, alteraram dispositivos da Portaria GM/MS n. 204/07. Os recursos que compõem o bloco financeiro de Vigilância

em Saúde dos municípios, do Distrito Federal e dos estados representam o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária.

O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes:

- I. Componente da Vigilância e Promoção da Saúde;
- II. Componente da Vigilância Sanitária.

#### **4.6.1.4. Bloco de Assistência Farmacêutica**

As Portarias GM/MS nº. 2981 e GM/MS n. 2982, ambas de 26 de novembro de 2009, alteraram dispositivos da Portaria GM/MS nº. 204/07.

O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes:

- I. Componente Básico da Assistência Farmacêutica: Destina-se à aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.
- II. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: Destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica e programas de saúde estratégicos.
- III. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: É uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

#### **4.6.1.5. Bloco de Gestão do SUS**

O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

- I. Componente para a Qualificação da Gestão do SUS: A transferência dos recursos do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS dar-se-á

mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico.

II. Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde: A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

#### **4.6.1.6. Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde**

Em 2009, a Portaria GM/MS n. 837, de 23 de abril, alterou e acrescentou dispositivos à Portaria GM/MS n. 204/2007, para inserir o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros que são transferidos mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.

#### **4.7. Regulação**

A Regulação em saúde pode ser entendida como um mecanismo de gestão no SUS que visa garantir a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado da população aos serviços de saúde. Compreende uma gama de ações que envolvem contratação, tecnologia da informação, controle assistencial, monitoramento, supervisão e avaliação.

Nessa perspectiva, a Secretaria Municipal de Saúde busca contribuir na melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde e na constituição de uma rede de assistência integral, oportuna, com qualidade, resolutividade e humanização.

Partindo do pressuposto que a Atenção Primária deve ser a ordenadora e coordenadora do cuidado no SUS, as Unidades de Atenção Primária também devem ser responsáveis pela avaliação, acompanhamento e encaminhamento dos usuários de seu território aos serviços especializados. Isso quer dizer que é através de sua Unidade de Referência na Atenção Primária que o usuário terá acesso a todo e qualquer exame e/ou especialidade necessários à continuidade do seu cuidado.

## **II - DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES**

### **DIRETRIZ 1 – Qualificação, Potencialização e Priorização da Atenção Básica em Saúde como coordenadora do cuidado e da rede de atenção a Saúde – RAS:**

***Objetivo 1*** – Fortalecer e qualificar a Atenção Primária em Saúde (APS), por meio da ampliação dos programas, da integralidade, com coordenação do cuidado e longitudinalidade a partir das necessidades das pessoas e das demandas.

**Meta 01.** Ampliar a cobertura de Agentes Comunitários de Saúde de 65,45% para 90%; contratando mais 06 (seis) Agentes Comunitários de Saúde para atuar nas Estratégias de Saúde da Família.

**Meta 02.** Implantar ESF na localidade de Mate Doce alcançando maior cobertura dos serviços de saúde na APS do município.

**Meta 03.** Implantar de uma Equipe de Atenção Primária – EAP no Pronto Atendimento Municipal.

**Meta 04.** Implantar Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Tipo III e álcool e drogas.

**Meta 05.** Realizar as adequações necessárias no pátio do Pronto atendimento e CAPS, viabilizando o acesso a veículos e pacientes.

**Meta 06.** Implantar cadeira odontológica em mais unidades de saúde para ampliar e intensificar os atendimentos no município com os auxilio das ações de saúde bucal do Programa saúde na escola.

**Meta 07.** Informatizar o Pronto Atendimento Municipal e CAPS com aquisição de equipamentos.

**Meta 08.** Ampliar e manter cotas de exames laboratoriais e assumir gerência dos exames a serem coletados.

**Meta 09.** Fornecimento de EPIs, uniformes, bolsas, jaquetas, crachás, bonés, chapéus, botinas, protetor solar, aos profissionais das Estratégias de Saúde da Família e Pronto atendimento.

**Meta 10.** Ampliar e manter os serviços de raios-X e ecografia no município, aquisição de equipamento de detector digital de raios-X.

**Meta 11.** Aquisição de Câmara Refrigerada, para melhor acondicionamento dos imunobiológicos, na central de distribuição da Unidade de Saúde da família-Centro.

**Meta 12.** Aquisição de veículos para a secretaria de saúde e Pronto Atendimento Municipal.

**Meta 13.** Aquisição de ambulância modelo UTI para o Pronto Atendimento Municipal.

**Meta 14.** Implementar serviço de terapias complementares no município, conforme Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 do Ministério da Saúde.

**Meta 15.** Programar e executar linhas de cuidado prioritárias como DST/AIDS.

**Meta 16.** Programar e qualificar as ações do programa Previne Brasil e SIAPS;

**Objetivo 2** – *Fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica Municipal.*

**Meta 01.** Manter profissional Farmacêutico, conforme estabelece a Legislação vigente.

**Meta 02.** Garantir o acesso da população a medicamentos essenciais com qualidade.

**Meta 03** Revisar permanentemente a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME

**Meta 04.** Aquisição de equipamentos permanentes para a farmácia municipal.

**Meta 05.** Monitorar 100% da trajetória dos medicamentos no ciclo da assistência farmacêutica (aquisição, estoque, distribuição, prescrição e dispensação).

**Meta 06.** Implantar e fomentar o programa Farmácia Cuidar Mais.

**Objetivo 3** – Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde.

**Meta 01.** Reduzir a Mortalidade infantil e manter a investigação dos óbitos infantis e fetais em 100%.

**Meta 02.** Reduzir o número de óbitos maternos e manter a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) em 90%.

**Meta 03.** Manter a vigilância nos casos suspeitos de COVID-19, bem com alimentar as notificações e realizar os exames.

**Meta 04.** Realizar o controle vetorial da dengue, e atividades educativas preventivas, Intensificando as ações de vigilância e conscientização da comunidade para a prevenção da Dengue.

**Meta 05.** Realizar a notificação e a investigação de todas as doenças de Notificação compulsória.

**Meta 06.** Realizar a notificação e a investigação de todos os agravos relacionados à saúde do trabalhador.

**Meta 07.** Realizar o acompanhamento da qualidade das amostras de água

para consumo humano.

**DIRETRIZ 2 – Ampliação das Estratégias de promoção de saúde, prevenção de doenças, e atenção às condições de saúde prioritárias:**

**Objetivo 1** – *Melhorar a Atenção a Saúde Materno Infantil, com priorização do pré-natal e enfrentamento à sífilis congênita.*

**Meta 01.** Realizar o acompanhamento de pré-natal com no mínimo seis consultas sendo a 1ª antes da 12ª semana de gestacional.

**Meta 02.** Capacitar às equipes de profissionais da atenção básica para o acolhimento escuta qualificada e atendimento pré-natal por meio de protocolos.

**Meta 03.** Garantia de acesso e continuidade do tratamento na referência de gestação de alto risco.

**Meta 04.** Reduzir a taxa de sífilis congênita.

**Meta 05.** Ofertar e manter o serviço de coleta de exames citopatológicos e mamografias em mulheres na idade preconizada pelo Ministério da Saúde.

**Objetivo 2** – *Atenção Integral a Saúde da Pessoa Idosa e dos Portadores de Doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.*

**Meta 01.** Melhorar a qualidade de vida, mantendo e recuperando a dignidade, o respeito, a proteção e defesa dos direitos humanos, da autonomia, da independência, da capacidade funcional (habilidades físicas e mentais) e sua inserção junto à família e à comunidade.

**Meta 02.** Capacitar as equipes de profissionais de atenção primária em saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa, realizando cursos específicos sobre envelhecimento humano, cuidados e suas conseqüências.

**Meta 03.** Realizar análises sobre a ocorrência de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT, seus fatores de risco e medidas de prevenção.

**Meta 04.** Trabalho de conscientização sobre prevenção de acidentes domésticos em idosos.

**Meta 05.** Implantar, programar e qualificar as ações do projeto Rede Bem Cuidar.

**Objetivo 3** – *Proporcionar Atenção Integral e Qualificada a Saúde de Crianças de 0 a 12 anos em todos os níveis de atenção.*

**Meta 01.** Manter os atendimentos Pediátricos no município.

**Meta 02.** Realizar ações para proporcionar a criança a partir do nascimento e do primeiro ano de vida; do crescimento e desenvolvimento saudáveis e da proteção e promoção da saúde física e emocional. Em conformidade com a Rede Cegonha, contribuir para a melhor organização e operacionalização das ações desenvolvidas, a qual visa à continuidade do cuidado.

**Meta 03.** Estimular e monitorar as coberturas vacinais adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança, disponibilizando as vacinas na rede de serviços locais.

**Meta 04.** Promover a renovação de materiais permanentes das salas de vacinas conforme a necessidade.

**Meta 05.** Desenvolver atividades conforme o preconizado pelo Programa Saúde na Escola

**Objetivo 4** – *Atenção Integral a Saúde do Adolescente de 12 a 18 anos, visando à promoção a saúde, à prevenção de agravos e a redução da morbimortalidade.*

**Meta 01.** Ações para um crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e saúde reprodutiva, considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, meio familiar, condições de vida, escolaridade e trabalho.

**Meta 02.** Elaborar estratégias para modificar os fatores de risco, doenças e de agravos, tendo em vista o desenvolvimento saudável e aumento dos vínculos de proteção, em parceria com entidades afins.

**Meta 03.** Estimular a adesão ao calendário de vacinação nesta faixa etária.

**Objetivo 5** – *Garantir o acesso aos Serviços de promoção, prevenção, assistência e de recuperação da saúde, qualificando a Rede de Atenção Básica na Saúde da Mulher.*

**Meta 01.** Redução da morbidade e mortalidade de mulheres, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais com práticas de cuidado integrais e humanizado.

**Meta 02.** Ações educativas e humanizadas para diminuir doenças e violência física e psicossocial às mulheres, bem como promover ações para a detecção precoce dos casos de câncer de mama e de colo de útero.

**Meta 03.** Ofertar exames de mamografias para mulheres em idade fértil.

**Meta 04.** Promover ações educativas no mês de novembro em alusão ao mês de promoção de saúde da mulher.

**Objetivo 6** – *Atenção Integral a Saúde do Homem.*

**Meta 01.** Ofertar serviços de qualidade de acordo com as necessidades e demandas próprias do gênero masculino, em consonância com a vulnerabilidade social e condições de trabalho, rompendo as barreiras do acesso dos homens aos serviços da Atenção Básica.

**Meta 02.** Promover ações educativas no mês de novembro em alusão ao mês de promoção de saúde do homem.

**DIRETRIZ 3 - Consolidação da Rede de Atenção à Saúde na Gestão do SUS:**

**Objetivo 1** – *Qualificar a gestão do financiamento de acordo com as necessidades de saúde.*

**Meta 01.** Cumprir os 15% orçamentários conforme LC 141/2012. Visando que seja resolutivo eficiente e transparente.

**Meta 02.** Ampliar o percentual de recursos aplicados na APS para 25%.

**Meta 03.** Manutenção e Adequação das Estruturas Físicas nas Unidades de serviços de saúde estratégia de Saúde da família.

**Meta 04.** Aquisição de Materiais de Consumo e permanentes para as atividades da Secretaria Municipal de Saúde.

**Objetivo 2** – *Qualificar a alimentação dos Sistemas de Informação em Saúde.*

**Meta 01.** Capacitar os profissionais contratados para serem responsáveis municipais pela alimentação dos sistemas de informação do SUS mantendo a alimentação constante dos sistemas de informação do município.

**Objetivo 3** – *Fortalecer as instâncias de controle social e pactuação no SUS.*

**Meta 01.** Estimular a participação da comunidade nas reuniões do conselho municipal de saúde bem como todas as outras reuniões pertinentes aos gestores municipais.

**Meta 02.** Realizar Conferencia Municipal de Saúde conforme preconizado pelo Ministério de saúde.

**DIRETRIZ 4 – Fortalecimento das Ações de Educação em Saúde:**

**Objetivo 1** – *Promover ações de Educação em Saúde.*

**Meta 01.** Promover e incentivar ações de Educação Permanente em Saúde, destinadas os trabalhadores do SUS, gestores municipais e controle social.

**DIRETRIZ 5 – Equidade, transparência, inovação e eficiência na gestão da saúde:**

**Objetivo 1** – *Estabelecer processos, fluxos e prazos de trabalho para os atos de gestão.*

**Meta 01.** Elaborar e divulgar instruções normativas, com fluxos e prazos, para o gerenciamento interno e fiscalização de 100% dos processos de infraestrutura e apoio logístico (contratos de serviços terceirizados; processos de aquisição e distribuição de materiais; manutenção e reformas).

### **III – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O Monitoramento e Avaliação são ferramentas para promover melhorias na gestão pública e efetividade na gestão. Configuram-se como funções estratégicas de planejamento e devem ser inerentes a todas as políticas, pois fundamentam 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 sistêmica de dados sobre a sua execução, a fim de verificar se sua implementação está de acordo com as metas planejadas. Esse processo deve produzir informações em tempo eficaz, permitindo uma rápida avaliação situacional, intervenção em tempo oportuno para correção de rumos e revisão dos programas e projetos previamente estabelecidos.

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 finais das ações avaliadas.

As ações e os recursos necessários para atingir as metas propostas neste Plano Municipal estão definidos 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 realizadas no período. Anualmente, as ações propostas são avaliadas através do Relatório Anual de Saúde (RAG), momento em que

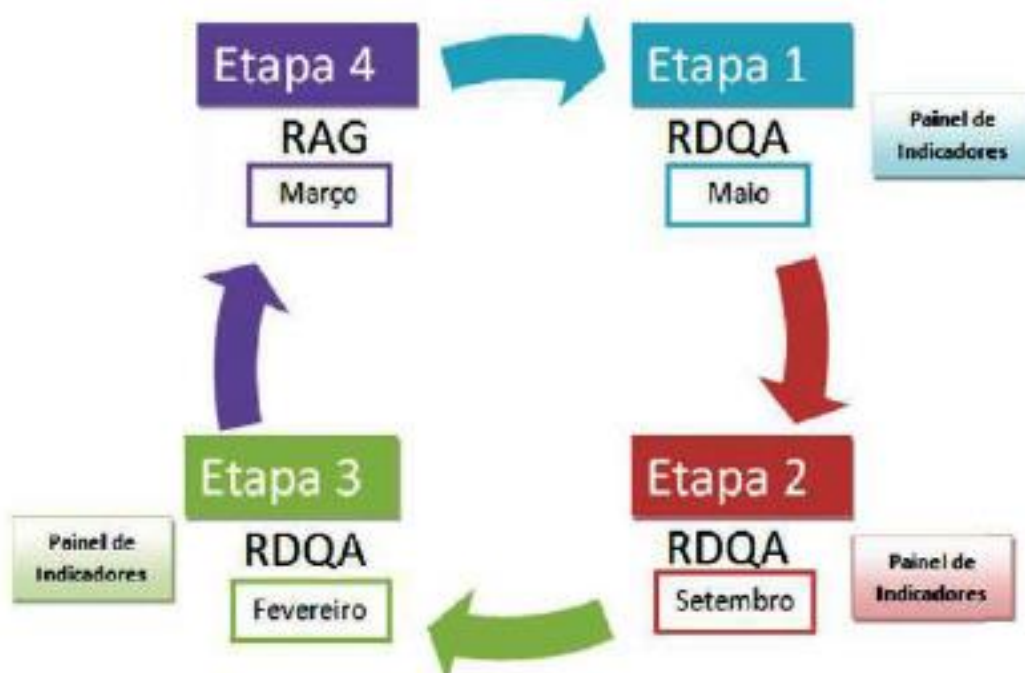
podem ser construídas propostas e recomendações para a próxima PAS e/ou realizados os redirecionamentos do Plano de Saúde. Tanto o RDQA quanto o RAG são elaborados através do Sistema DigiSUS Gestor.

O Plano Plurianual (PPA), instrumento legal de planejamento de Governo, apresenta para cada ano as metas e prioridades da administração pública estadual através da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), prevendo investimentos anuais para desenvolver as ações necessárias que garantirão o alcance das metas na Lei Orçamentária Anual (LOA).

Integrar o Plano Municipal de Saúde com o Plano Plurianual, planejar ações de acordo com a viabilidade financeira e orçamentária e ainda tornar estes instrumentos de planejamento e gestão ferramenta que efetivamente contribuam para a gestão do sistema de saúde e controle social são desafios para a gestão municipal do SUS.

O monitoramento e avaliação visam contribuir para a tomada de decisão dos técnicos e gestores, além de qualificar a prestação de contas das políticas públicas para a sociedade. Assim, articula os instrumentos e sistemas de gestão preconizados pela legislação do SUS em um ciclo anual de monitoramento dividido em quatro etapas.

Figura 9. Etapas de Monitoramento do PMS 2021-2025.



Fonte: Material Oficina de Apoio para Elaboração do PMS.

As etapas 1, 2 e 3 do Ciclo Anual de Monitoramento visam ter como produto final o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), que permite o acompanhamento das ações desenvolvidas pelo gestor municipal no âmbito do SUS. O monitoramento terá como base o acompanhamento das metas e resultados esperados para a sociedade através dos indicadores de saúde constituídos por um conjunto de indicadores-chave que permitem o monitoramento de aspectos cruciais e que refletem a execução das ações e serviços de saúde.

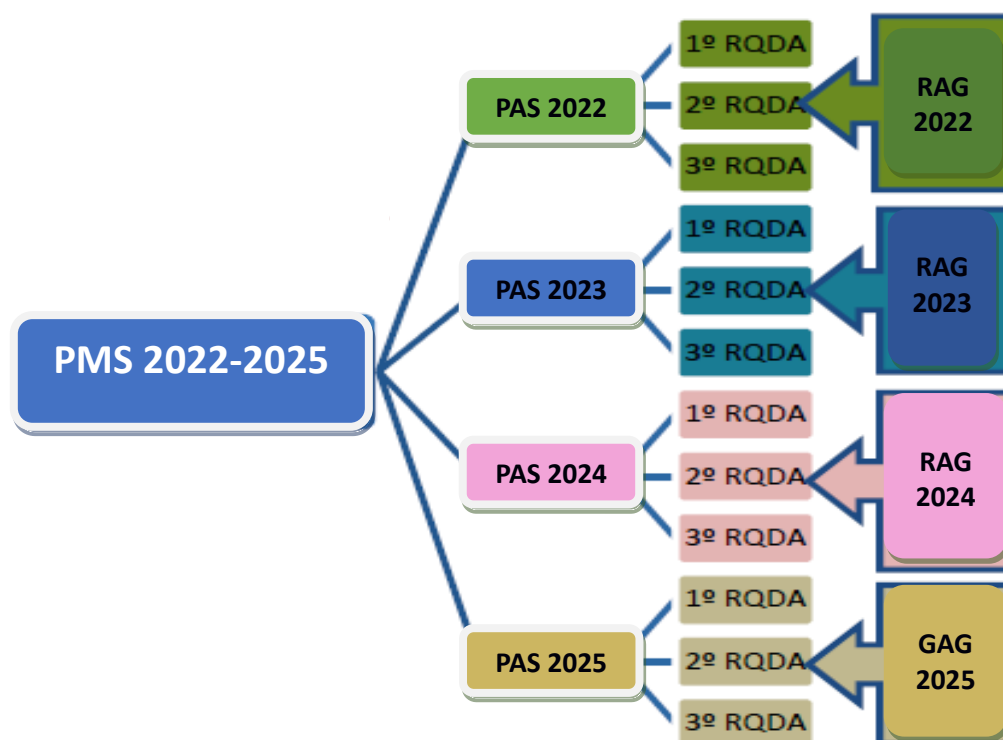
A Equipe de Coordenação do Plano Municipal de Saúde fará acompanhamento permanente e realizará uma síntese, avaliando o alcance das metas a cada quadrimestre, onde estes resultados serão apresentados nas reuniões de Equipe.

A etapa 4 visa concluir o Ciclo Anual de Monitoramento, avaliando todas as metas do PMS 2011-2025 e as respectivas ações através do Relatório Anual de Gestão (RAG). Cada meta será monitorada quanto ao proposto para aquele período, analisando-se como foi a implementação das ações, apurando possíveis problemas e redirecionando o planejamento para o próximo ano. Na avaliação, será verificado se as ações desenvolvidas pelas políticas obtiveram resultados e impactos na sociedade, por meio da análise dos indicadores de monitoramento.

Ao final de cada ano a Equipe de Coordenação do Plano Municipal de Saúde realizara uma avaliação anual geral, reprojutando as ações para serem incluídas no ano seguinte. Com vistas ao cumprimento dos objetivos, diretrizes e metas deste Plano, a gestão, o monitoramento e a avaliação, serão executados em parceria com gestores, profissionais e controle social.

As ações referentes a esse processo estarão apoiadas em informações técnicas e operacionais, bem como, através das Programações Anuais de Saúde - PAS e dos Relatórios de Gestão Municipal de Saúde - RGMS, que terão como base a avaliação/reavaliação dos indicadores pactuados.

Figura 10. Ciclo Anual de Monitoramento do PMS 2021-2025.



Fonte: Material de Apoio para Elaboração do PMS.

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 realização de audiências, são formas de promover a transparência e divulgar os resultados à sociedade.

O processo de prestação de contas para a sociedade civil ocorre, legalmente, através do RDQA e do RAG, os quais são apresentados ao Conselho Municipal de Saúde e posteriormente em Audiência Pública.

## **REFERÊNCIAS**

BARRA DO RIBEIRO. Prefeitura Municipal. Leis Municipais. **LEI Nº. 1.998, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2008 que dispõe sobre a estrutura administrativa básica dos serviços municipais e dá outras providências.** Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a/rs/b/barra-do-ribeiro/lei-ordinaria/2008/199/1998/lei-ordinaria-n-1998-2008-dispoe-sobre-a-estrutura-administrativa-basica-dos-servicos-municipais-e-da-outras-providencias>

BARRA DO RIBEIRO. **Lei Nº. 2.190/2012 – Institui o Plano Municipal de Saneamento Básico – Plano Integrado de Resíduos Sólidos.** Barra do Ribeiro, RS, 2022. Disponível em:

<https://www.barradoribeiro.rs.leg.br/Banco%20de%20Leis/Lei%202190-12-1-institui-o-plano-municipal-de-saneamento-basico-plano-de-gerenciamento-integrado-de-residuos-solidos-part-i.pdf>

BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Indicadores de IDHM, População, Saúde, Educação, Renda, Habitação, Vulnerabilidade, Meio Ambiente e Participação Política, 2022. Disponível em:

<http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/430190>

BRASIL. Casa Civil. Constituição. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)

BRASIL. Casa Civil. Constituição. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)

BRASIL. Casa Civil. Constituição. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)

BRASIL. Casa Civil. **Lei Complementar nº. 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF, 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm)

BRASIL. Casa Civil. Constituição. **Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília DF, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº. 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília DF, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF, 2007. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_com\\_p.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_com_p.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2008. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 999, de 13 de maio de 2009.** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF, 2009. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 940, de 28 de abril de 2011.** Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Brasília, DF, 2011. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940\\_28\\_04\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)

BRASIL. Casa Civil. Constituição. **Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.836, de 1º de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília, DF, 2011. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 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, 2011. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento. **Relatório Anual de Gestão - 2021.** Disponível em:

<https://digisusgmp.saude.gov.br/admin/relatorio-gestao/relatorio-anual/2021/4/3>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o**

**Controle da Tuberculose no Brasil**, Brasília, DF, 2011. 288 p. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº. 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 342, de 4 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. (Redação dada pela PRT MS/GM nº. 104 de 15.01.2014). Brasília, DF, 2013. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342\\_04\\_03\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2013. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135\\_25\\_09\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2015. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631\\_01\\_10\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF, 2016. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS**, Brasília, DF, v. 4,2016. 138 p. (Série Articulação Interfederativa). Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal Saúde**. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Saúde Mais Perto de Você – Atenção Básica**. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/demas>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Indicadores Municipais. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. Disponível em:

<http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM>

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017**, Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html)

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº. 12.466, de 24 de agosto de 2011**. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

(Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 2012. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)

IBGE. **Dados demográficos de Barra do Ribeiro.** Barra do Ribeiro, RS, 2021. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/barra-do-ribeiro/panorama>

InfoSanbas. **Dados – gráficos e mapas – relacionados ao saneamento básico no Brasil – Barra do Ribeiro, RS.** Disponível em:

<https://infosanbas.org.br/municipio/barra-do-ribeiro-rs/>

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** Brasília, DF: OPAS, 2011. 554 p. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução nº. 030/04 – CIB/RS.** Define como estabelecimentos de baixa complexidade, de acordo com o risco

sanitário, aqueles constantes do Anexo I, conforme já descrito na Port. Nº. 18 SAS/MS-1999 e anteriormente pactuado entre o Estado e municípios (1999). Porto Alegre, RS, 2004. Disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170243/23104332-1340912627-cibr030-04.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução nº. 044/05 – CIB/RS.** Acrescenta ao Anexo da Resolução nº. 30/04 – CIB/RS, na Relação de Estabelecimentos de Baixa Complexidade, conforme disposto em seu art.2º. Porto Alegre, RS, 2005. Disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170240/23104056-1340906000-cibr044-05.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução nº. 237/11 – CIB/RS.** Aprova o cronograma e regras gerais de implantação da regulação ambulatorial, nos termos da Nota Técnica em Anexo. Porto Alegre, RS, 2011. Disponível em:

[https://www.ufrgs.br/telessauders/wp-content/uploads/2015/03/resolucao-237\\_2011.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/wp-content/uploads/2015/03/resolucao-237_2011.pdf)

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução nº. 305/2021 – CIB/RS.** Revoga a Resolução nº. 080/19 - CIB/RS que estabelece as normativas da Política Estadual de Cofinanciamento de Insumos de Saúde - fraldas descartáveis – para Tratamento Domiciliar, face a incorporação dos valores repassados para custeio desta política no Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária, nos termos do Artigo 5º do Decreto que instituiu o PIAPS, afetados ao componente sociodemográfico. Porto Alegre, 2021. Disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/09094824-cibr305-21.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Gestão da Tecnologia da Informática. **Portal Bi Saúde.** Pactuação Interfederativa de Indicadores. Porto Alegre, RS, 2022. Disponível em:

<http://bipublico.saude.rs.gov.br/>

RIO GRANDE DO SUL. **SEBRAE/RS - Perfil das Cidades Gaúchas – 2020 –**

**Barra do Ribeiro.** Disponível em:

[https://datasebrae.com.br/municipios/rs/Perfil\\_Cidades\\_Gauchas-Barra\\_do\\_Ribeiro.pdf](https://datasebrae.com.br/municipios/rs/Perfil_Cidades_Gauchas-Barra_do_Ribeiro.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO I – REMUME – Relação Municipal de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

REMUME 2021	
MEDICAMENTOS BÁSICOS	FORMA FARMACÊUTICA
Aciclovir 200 mg	Comprimido
Aciclovir 50 mg/g (5%)	Creme
Ácido Acetilsalicílico 100 mg	Comprimido
Ácido Fólico 5 mg	Comprimido
Albendazol 40 mg/mL	Suspensão oral
Albendazol 400 mg	Comprimido mastigável
Alendronato de sódio 70 mg	Comprimido
Alopurinol 100 mg	Comprimido
Amoxicilina 50 mg/mL	Suspensão oral
Amoxicilina 500 mg	Comprimido
Amoxicilina + clavulanato de potássio 50 mg/mL + 12,5 mg/mL	Suspensão oral
Amoxicilina + clavulanato de potássio 500 mg + 125 mg	Comprimido
Anlodipino 5 mg	Comprimido
Atenolol 50 mg	Comprimido
Azitromicina 500 mg	Comprimido
Azitromicina 40 mg/mL	Pó para suspensão oral
Beclometasona 250 mcg/Dose	Spray
Benzoilmetronidazol 40 mg/mL	Solução oral
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg/mL Atrovent	Solução para inalação
Budesonida 50 mcg	Suspensão para inalação nasal
budesonida 32 mcg	Suspensão para inalação nasal
Captopril 25 mg	Comprimido
Carbidopa + levodopa 25 + 250 mg	Comprimido
Carbonato de cálcio 500 mg + VIT D3	Comprimido
Carvedilol 6,25 mg	Comprimido
Carvedilol 12,5 mg	Comprimido
Cefalexina 50 mg/mL	Suspensão oral
Cefalexina 500 mg	Comprimido
Ciprofloxacino 500 mg	Comprimido
clonidina 0,100 mg	comprimido

clonidina 0,150 mg	comprimido
Cloreto de sódio 0,9% (9 mg/mL)	Solução nasal
Cloridrato de hidralazina 25 mg	Comprimido
cloridrato de hidralazina 50 mg	Comprimidos
Cloridrato de Metformina 500 mg	Comprimido
Cloridrato de Metformina 850 mg	Comprimido
Cloridrato de ondasetrona 4 mg	Comprimido
Cloridrato de ondasetrona 8 mg	Comprimido
Cloridrato de prometazina 25 mg	Comprimido
Cloridrato de propanolol 40 mg	Comprimido
Cloridrato de verapamil 80 mg	Comprimido
Dexametasona 1mg/g (0,1%)	Creme
Digoxina 0,25 mg	Comprimido
Dinitrato de isossorbida 5 mg	Comprimido sublingual
Dipirona 500 mg	Comprimido
Dipirona 500 mg/mL	Solução oral
Espironolactona 25 mg	Comprimido
finasterida 5 mg	comprimido
Fluconazol 150 mg	Cápsula
Fosfato sódico de prednisolona 3 mg/mL	Solução oral
Furosemida 40 mg	Comprimido
Glibenclamida 5 mg	Comprimido
Hidroclorodiazida 25 mg	Comprimido
Ibuprofeno 300 mg	Comprimido
Ibuprofeno 600 mg	Comprimido
Ibuprofeno 50mg/mL	Suspensão oral
Ivermectina 6 mg	Comprimido
Lactulose 667 mg/ml	Xarope
Levotiroxina sódica 25 mcg	Comprimido
Levotiroxina sódica 50 mcg	Comprimido
Levotiroxina sódica 100 mcg	Comprimido
Loratadina 10 mg	Comprimido
Loratadina 1 mg/mL	Xarope
Losartana potássica 50 mg	Comprimido
Maleato de dexclorfeniramina 0,4 mg/mL	Solução oral
Maleato de enalapril 5 mg	Comprimido
Maleato de enalapril 10 mg	Comprimido
Maleato de enalapril 20 mg	Comprimido
Maleato de timolol 5 mg/mL (0,5 %)	Solução oftálmica

mensilato de doxazosina 2 mg	comprimido
Metildopa 250 mg	Comprimido
Metoclopramida 10 mg (Plasil)	Comprimido
Metoclopramida 4 mg/mL	Solução oral
Metronidazol 250 mg	Comprimido
Metronidazol gel vaginal 100 mg/g (10%)	Gel vaginal
Mononitrato de isossorbida 40 mg	Comprimido
miconazol creme vaginal 2% 20 mg/g	creme vaginal
Neomicina + bacitracina (Nebacetim)	Creme Dermatológico
Nifedipino 10 mg	Cápsula
Nistatina 100.000 UI/mL	Suspensão oral
Nitrato de miconazol 2% (20 mg/mg)	Creme Dermatológico
Nitrofurantoína 100 mg	Cápsula
Óleo mineral	solução oral
Omeprazol 20 mg	Cápsula
Paracetamol 200 mg/mL	Solução oral
Paracetamol 500 mg	Comprimido
Paracetamol 750 mg	Comprimido
Permetrina 10 mg/g (1%)	Loção
Permetrina 50 mg/g (5%)	Loção
Prednisona 5 mg	Comprimido
Prednisona 20 mg	Comprimido
Sais para reidratação oral – cloreto de sódio, glicose anidra, cloreto de potássio, citrato de sódio di-hidratado	Pó para solução oral
Sinvastatina 20 mg	Comprimido
Sinvastatina 40 mg	Comprimido
Soro fisiológico 125 ml	Solução
Succinato de metoprolol 50 mg	Comprimido
Sulfametoxazol + trimetoprima 40 mg/mL + 8 mg/mL	Solução oral
Sulfametoxazol + Trimetoprima 400 mg + 80 mg	Comprimido
Sulfadiazina de prata 10 mg/mg (1%)	pomada
Sulfato de sabutamol 100 mcg/dose	Aerosol oral
Sulfato ferroso 40 mg	Comprimido
Sulfato ferroso 25mg/ml	Solução oral
Tartarato metoprolol 100 mg	Comprimido
Tiamina 300 mg	Comprimido
Varfarina sódica 5 mg	Comprimido

**Medicamentos sob regime de controle especial (Portaria 344/98) Disponíveis no Remume 2021**

Ácido valpróico 250 mg ou Valproato de sódio 250 mg	Comprimido ou Cápsula Lista C1
Ácido valpróico 250 mg/5ml ou Valproato de sódio 250 mg/ 5ml	Solução Oral Lista C1
Amitriptilina 25 mg	Comprimido Lista C1
Biperideno 2 mg	Comprimido Lista C1
Carbamazepina 20 mg/ml	Suspensão oral Lista C1
Carbamazepina 200 mg	Comprimido Lista C1
Carbonato de lítio 300 mg	Comprimido Lista C1
Clonazepam 2,5 mg/ml	Solução Oral Lista B1 (Notificação receita)
Clorpromazina 100 mg	Comprimido Lista C1
Diazepam 5 mg	Comprimido Lista B1 (notificação de receita)
Fenitoina 100 mg	Comprimido Lista C1
Fenobarbital 100 mg	Comprimido Lista C1
Fenobarbital 40 mg/ml	Solução oral Lista C1
Fluoxetina 20 mg	Cápsula Lista C1
Haloperidol 2 mg/ml	Solução oral Lista C1
Haloperidol 5 mg	Comprimido Lista C1
Imipramina 25 mg	Comprimido Lista C1
<b>Insumos</b>	
Fita HGT	Fita
Seringa/Insulina	Seringa

**Atualização 2021**

Revisado: Lucas Vieira Argôlo CRF 18649

Revisado: Rosemeri Reis Terra

Revisado: Jessé da Silva Rocha

Revisado: Karolaine Biasebetti de Borba

Revisado: Graziela Arruda Barbosa

\*FN: Formulário Nacional da Farmacopeia Brasileira



**BARRA DO RIBEIRO**  
TERRA DA FÁBRICA DE GAITEIROS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
**BARRA DO RIBEIRO**  
PREFEITURA MUNICIPAL  
SECRETARIA DE SAÚDE

