



**MUNICÍPIO DE CERRO BRANCO – RS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

# **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **2018 – 2021**

**CERRO BRANCO**  
**2018**



**MUNICÍPIO DE CERRO BRANCO – RS**

**PREFEITO MUNICIPAL**

JORGE LUIZ HOFFMANN (2017-2020)

EDSON JOEL LAWAL (2021-2024)

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE**

MARTA A. K. HETTWER (2018)

ENAR DE FRANCESCHI (2019-2020)

JORGE LUIZ HOFFMANN (2020)

IVANCUR SECKLER (2021-2024)

**PRESIDENTE CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

VALÉRIO ALTAIR KARSBURGER

**COLABORADORES PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021**

CARMEN LUCIANA DA SILVA AMARAL

ENAR DE FRANCESCHI

IVANCUR SECKLER

THATIANE VEIGA

**REVISÃO PLANO MUNICIPAL 2018-2021 (REALIZADA EM MAIO/21)**

IVANCUR SECKLER

THATIANE VEIGA

## Sumário

1. Apresentação do Município .....	6
2. Análise Situacional .....	8
2.1 Condições de Saúde da População.....	8
2.1.1 Dados Demográficos (Panorama Demográfico).....	8
2.1.2 Dados Epidemiológicos.....	8
2.1.2.1 Nascimento.....	8
2.1.2.2 Morbidade Hospitalar.....	9
2.1.2.3 Mortalidade.....	10
2.2. Determinantes e condicionantes de saúde .....	11
2.2.1 Aspectos socioeconômicos .....	11
2.2.2 Condições de vida, trabalho e ambiente.....	13
2.2.3 Hábitos e estilos de vida .....	14
2.3. Acesso às ações e serviços de saúde.....	14
2.3.1 Atenção Básica à Saúde.....	14
2.3.2 Média e Alta Complexidade .....	17
2.3.3 Redes de Atenção à Saúde .....	18
2.3.4 Assistência Farmacêutica .....	21
2.3.5 Vigilância em Saúde .....	22
2.4 Gestão em Saúde.....	25
2.4.1 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde .....	25
2.4.2 Gestão .....	27
2.4.3 Participação e Controle Social .....	28
2.4.4 Financiamento.....	29
3. Diretrizes, objetivos, metas e indicadores .....	32
4. Monitoramento e Avaliação .....	37

5. Referências Bibliográficas .....	38
ANEXO I - Propostas Aprovadas na 8ª Conferência Municipal de Saúde .....	39

## INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Cerro Branco 2018 a 2021 é um dos instrumentos que sistematizam o processo de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborado considerando as condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes de saúde, a estrutura do sistema de saúde e das redes de atenção a saúde, e a gestão. A partir da análise situacional foram definidas as diretrizes, os objetivos, as metas e os indicadores a serem alcançados no referido período.

A elaboração deste Plano Municipal de Saúde foi coordenada pela Secretária Municipal de Saúde e enfermeira da Atenção Básica.

O Plano Municipal de Saúde é apresentado em 04 (quatro) capítulos. A primeira contempla a apresentação do município com seu histórico e informações demográficas. O segundo contém a análise situacional, com uma síntese das condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes de saúde, acesso às ações e serviços de saúde e a gestão em saúde. O terceiro dispõe sobre as intenções e resultados a serem buscados no período por meio das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. E o quarto aborda sobre como se dará o Monitoramento e a Avaliação das ações propostas no Plano.

Este Plano Municipal de Saúde foi elaborado em conformidade com a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

## **1. Apresentação do Município**

Os primeiros imigrantes alemães chegaram pelo ano de 1872, vindos da Colônia de Santo Ângelo, anteriormente estas terras eram somente habitadas pelos índios e muitos espaçadamente por caçadores destemerosos que vinham de longínquas terras explorar a fauna e flora. Os colonizadores tinham seus ranchos de sapê e de barro construído nas margens do sinuoso botucaraí, rio que nasce em Sobradinho e banha uma extensa região do município. Depois de um tempo foram aglomerando-se em morro dos índios, hoje Cerro Branco.

Inicialmente Cerro Branco pertencia a Cachoeira do Sul e em 18 de abril de 1891 tornou-se Distrito sob ato nº 311, da Câmara Municipal de Vereadores de Cachoeira do Sul. Em 1937, tornou-se vila, quando o Senhor Reinaldo Roesch era Prefeito. A partir daí constatou-se crescente desenvolvimento desta região, principalmente no perímetro urbano. Várias manifestações emancipacionistas surgiram entre os anos de 1975 a 1988, por isso em 1987 quando a Vila apresentava uma estrutura básica para a emancipação política administrativa formou-se uma comissão pró-emancipação de Cerro Branco, pelo então Senhor Presidente Arnaldo Beskow e com o respaldo do povo, neste ano teve início o grande movimento popular com a finalidade de emancipar Cerro Branco, culminando na realização do plebiscito em 10 de abril de 1988, tendo como vencedor o SIM pela sua independência.

Cerro Branco foi elevado á categoria de município pela Lei Estadual nº 8.628, de 12 de maio de 1988, desmembrando-se de Cachoeira do Sul, sede do antigo distrito de Cerro Branco. Instalado em 1º de janeiro de 1989, em divisão territorial datada de 2001, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

De acordo com o censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a população do município de Cerro Branco é de 4.454 pessoas e a população estimada para 2017 é de 4.694 pessoas, com uma área de 154,105km<sup>2</sup>, está localizado na região Central do Estado do Rio Grande do Sul, distante aproximadamente 200 km da capital Porto Alegre.

O município de Cerro Branco faz limites territoriais com Lagoa Bonita do Sul ao Norte, Novo Cabrais ao Sul, Candelária a Leste e Paraíso do Sul e Agudo a Oeste.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Cerro Branco é 0,661 (433ª posição no Rio Grande do Sul), em 2010, o que situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é a Longevidade, com índice de 0,816, seguida de Renda, com índice de 0,671, e de Educação, com índice de 0,527.

O Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal de Cerro Branco, para o ano de 2016, no indicador Saúde, foi de 0,8681 (279ª posição no Rio Grande do Sul e 1323ª posição no Brasil). Este índice acompanha anualmente o desenvolvimento econômico dos municípios brasileiros nas áreas de emprego e renda, educação e saúde e tem como base as estatísticas públicas oficiais disponibilizadas pelos ministérios do Trabalho, Educação e Saúde.

O município de Cerro Branco pertence a Macrorregião Vales, a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde – Cachoeira do Sul e a 27ª Região de Saúde – Jacuí Centro.

## **2. Análise Situacional**

A Análise Situacional é o processo de identificação, formulação e priorização dos problemas e das necessidades de saúde da população em um determinado território, orientando a definição das medidas a serem adotadas.

### **2.1 Condições de Saúde da População**

#### **2.1.1 Dados Demográficos (Panorama Demográfico)**

Segundo dados do censo populacional 2010 o município de Cerro Branco tem 4.454 habitantes, sendo que a população urbana é de 28,60% e população rural de 71,40%, com densidade demográfica de 28,05hab/km<sup>2</sup>.

A distribuição da população por sexo indica que a população masculina corresponde a 49,96% (2.225) e a feminina a 50,04% (2.229). Quanto à cor/raça a população se autodeclarou: branca 3.787 (85,02%), parda 461 (10,35%), preta 179 (4,02%), amarela 24 (0,54%) e indígena 3 (0,07%) (IBGE, 2010).

As mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) totalizam 1.222 mulheres, correspondendo a 54,82% da população feminina do município (IBGE, 2010).

A população idosa (acima dos 60 anos) totaliza aproximadamente 801 pessoas, correspondendo a 17,98% da população total do município (IBGE, 2010).

A população de até 2 anos é de 127 pessoas, e de até 12 anos corresponde a aproximadamente 689 pessoas, ou 15,47% da população total (IBGE, 2010).

O coeficiente geral de natalidade é de (11,60%), a taxa bruta de mortalidade é de (10,66%) e a esperança de vida ao nascer é de 75,7 anos, em 2010.

#### **2.1.2 Dados Epidemiológicos**

##### **2.1.2.1 Nascimento**

O número de nascimento no município de Cerro Branco apresentou diminuição nos anos de 2014, 2015 e 2016 e um aumento em 2017, observa-se a partir da série histórica apresentada abaixo:

INDICADORES DE NASCIMENTOS	2014		2015		2016		2017*	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total de Nascidos Vivos	39	100,0	38	100,0	23	100,0	43	100,0
Partos Cesáreos	18	46,15	19	50,00	15	65,22	27	62,79
Partos Normais	21	53,85	19	50,00	8	34,78	16	37,21
Nascidos Vivos de Mães com mais de 7 consultas de pré-natal	36	92,31	25	65,79	14	60,87	33	76,74

Fonte: SINASC, 2014 – 2015; BI Municipal, 2016 – 2017\*

\*dados preliminares

Em relação ao percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, esta meta tem se mantido abaixo do pactuado desde 2015, devido a transição do sistema Sis prenatal para o E-SUS, o que dificultou o processo de alimentação dos sistemas. No ano de 2017 ocorreu uma considerável melhora a partir da centralização dos registros no sistema E-SUS, porém mantem-se ainda muito abaixo parâmetro nacional que é de 90%.

A proporção de parto normal em relação ao parto cesáreo vem diminuindo nos últimos dois anos. O município vinha mantendo-se acima da meta estadual que era de 45% até o ano de 2015, já nos últimos dois anos ficou abaixo da meta estadual, que é de 40% e muito abaixo do parâmetro nacional que é de 70%.

### 2.1.2.2 Morbidade Hospitalar

Abaixo apresentamos dados e informações de doenças e agravos que conformam o quadro de morbidade do município.

<b>Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Rio Grande do Sul</b>				
<b>Internações por Capítulo CID-10 e Ano atendimento</b>				
<b>Capítulo CID-10</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Total</b>
Doenças do aparelho respiratório	52	34	29	<b>115</b>
Doenças do aparelho circulatório	12	5	2	<b>19</b>
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	13	5	0	<b>18</b>
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	8	4	4	<b>16</b>
Doenças do aparelho geniturinário	9	3	2	<b>14</b>
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>70</b>	<b>39</b>	<b>224</b>
<b>Fonte:</b> Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)				

A tabela acima mostra o número total de internações por Capítulo do CID-10 de 2014 a 2016, as **doenças do aparelho respiratório** são a primeira causa de internação, com uma redução considerável no número de internações entre os anos utilizados na comparação, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) foi responsável por 93 das internações por doenças do aparelho respiratório no período, configurando importante problema de saúde pública, devendo ser considerado que os pacientes com DPOC apresentam repetidas complicações e numerosas internações hospitalares. As **doenças do aparelho circulatório** aparecem como a segunda maior causa de internação nos últimos três anos. As **doenças infecciosas e parasitárias** são a terceira principal causa de internação se somados os últimos três anos, mas no ano de 2016 não ocorreram internações por esta causa. As **doenças endócrinas nutricionais e metabólicas**, com destaque as internações por complicação do Diabetes Mellitus foi responsável pela maioria das internações no período está na quarta principal causa de internação, seguidos das **doenças do aparelho geniturinário**.

### **2.1.2.3 Mortalidade**

A mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de óbito no município. A seguir são apresentadas informações sobre a mortalidade no município de Cerro Branco:

<b>Mortalidade - Rio Grande do Sul</b>											
<b>Óbitos p/Residência por Capítulo CID-10 e Ano do Óbito</b>											
<b>Capítulo CID-10</b>	<b>2013</b>			<b>2014</b>			<b>2015</b>			<b>TOTAL</b>	
	<b>TOTAL</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOTAL</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>TOTAL</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>F</b>
IX. Doenças do aparelho circulatório	11	6	5	15	9	6	11	6	5	21	16
II. Neoplasias (tumores)	11	5	6	7	6	1	4	3	1	14	8
X. Doenças do aparelho respiratório	6	3	3	3	3	0	9	4	5	10	8
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	3	0	6	6	0	6	5	1	14	1
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>31</b>	<b>24</b>	<b>7</b>	<b>30</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>59</b>	<b>33</b>

**Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM**

Analisando as quatro principais causas de morte por Capítulo da CID-10 nos anos de 2013 a 2015, observa-se que as doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar para ambos os sexos. As neoplasias e doenças do aparelho circulatório ocupam a segunda causa de morte entre as mulheres, já entre homens as doenças do aparelho circulatório ocupam a quarta causa de morte. As neoplasias e as causas externas de mortalidade ocupam o segundo lugar na causa de morte para o sexo masculino. Os afogamentos e acidentes de trânsito são as principais causas de óbito por causas externas.

Em 2011, ocorreu um óbito infantil no município e no ano de 2017 teve outra ocorrência, por isso percebe-se a necessidade de fortalecer as ações desenvolvidas na Atenção Básica, como a realização do pré-natal, puericultura, vacinas do calendário vacinal, entre outras ações de atenção básica, mas principalmente a construção da referência Ambulatorial para Gestação de Alto Risco (GAR) que não temos em nossa região.

## **2.2. Determinantes e condicionantes de saúde**

Os determinantes e condicionantes referem-se às condições de vida e trabalho e como essas relações influenciam no estado de saúde da população.

### **2.2.1 Aspectos socioeconômicos**

Os indicadores apresentados a seguir foram retirados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil e demonstram as condições socioeconômicas do município permitindo verificar que estão ocorrendo intervenções significativas das políticas públicas para reduzir desigualdades.

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita para o ano de 2014 foi de R\$14.467,62, segundo a Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul.

A renda per capita média de Cerro Branco cresceu 133,92% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 222,28, em 1991, para R\$ 398,29, em 2000, e para R\$ 519,95, em 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 56,65%, em 1991, para 26,43%, em 2000, e para 11,66%, em 2010 (IDHM, 2013).

No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 89,27%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 91,41%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 57,27%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 47,69%. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 15,75% eram analfabetos, 21,66% tinham o ensino fundamental completo, 14,13% possuíam o ensino médio completo e 3,13%, o superior completo (IDHM, 2013). Ainda em 2010, considerando-se a população municipal de 15 anos ou mais, 13,08%, eram analfabetos (FEE, 2010).

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 78,87% em 2000 para 76,08% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 1,46% em 2000 para 1,03% em 2010. Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 70,56% trabalhavam no setor agropecuário, 2,39% na indústria de transformação, 1,61% no setor de construção, 5,42% no comércio, 0,24% nos setores de utilidade pública e 18,98% no setor de serviços (IDHM, 2013).

### **2.2.2 Condições de vida, trabalho e ambiente**

No conjunto das condições de vida, trabalho e ambiente serão usadas informações para descrever as condições relacionadas ao abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, resíduos sólidos e uso de agrotóxicos.

Segundo as informações do Censo Demográfico 2010 nos resultados das características da população e dos domicílios, o percentual de domicílios de Cerro Branco com acesso a rede de abastecimento de água era de 68,63%, com abastecimento de água por poço ou nascente era de 30,60% e 0,75% outra forma de abastecimento.

O município não dispõe de esgotamento sanitário com cobertura de rede de esgoto, e mais de 97% dos domicílios que possuem banheiro de uso exclusivo do domicílio utilizam fossa séptica ou rudimentar (IBGE, 2010).

Em relação ao destino do lixo mais de 82% é coletado, 14% do lixo é queimado, 2% enterrado; e 2% é jogado em terreno baldio ou outro destino (IBGE, 2010).

O saneamento básico (água potável, esgoto e a coleta e destino dos resíduos) inadequado, ou ausente no caso da rede de esgoto constituem os mais importantes fatores sociais determinantes de saúde, pois afetam a população e causam doenças que aumentam a demanda por serviços de saúde. Nos últimos anos o número de internações por doenças infecciosas e parasitárias é considerado alto se comparado com outras doenças crônicas não transmissíveis.

Conforme informações do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), a Região de Saúde 27, no ano de 2010, apresentava uma média de uso de agrotóxicos (L/km<sup>2</sup>/ano) preocupante, esta informação se relaciona com toda a cadeia de produção agropecuária: trabalhadores, alimentos produzidos para a população e resíduos dos processos produtivos que contaminam os mananciais, os recursos hídricos e os alimentos, convertendo-se em importante problema de saúde.

### **2.2.3 Hábitos e estilos de vida**

Os hábitos e estilos de vida estão intimamente associados às condições de saúde das pessoas, envolvem a promoção da saúde, que constitui condição essencial à qualidade de vida individual e coletiva.

O município realiza ações educativas para a população, com vistas a orientação sobre hábitos alimentares e alimentação saudável para pessoas com sobrepeso e obesas, grupo para tabagistas com futura dispensação de medicamentos para controle do tabagismo. Mesmo tendo sido realizadas ações intersetoriais e intrasetoriais, em relação ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas ainda constitui outro problema importante para ser resolvido na Atenção Básica.

### **2.3. Acesso às ações e serviços de saúde**

Neste capítulo será detalhada a organização e a estrutura da rede de atenção à saúde, compreendendo a capacidade instalada pública (própria e privada complementar) e privada, evidenciando os estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais, a oferta e cobertura de ações e serviços de saúde; e as redes de atenção à saúde.

#### **2.3.1 Atenção Básica à Saúde**

O município de Cerro Branco apresenta cobertura de Atenção Básica de 100%, considerando Estratégia de Saúde da Família com cobertura de 100%. Apresenta cobertura de Saúde Bucal de 100%, se considerado somente a Estratégia de Saúde Bucal tem-se uma cobertura de 73,70%.

A Atenção Básica de Saúde do município de Cerro Branco está organizada da seguinte forma: 01 (uma) Unidade Básica de Saúde (UBS) com 02 (duas) Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 01 (uma) Equipe de Saúde Bucal (SB), contando com 11 (onze) Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A equipe de Estratégia de Saúde da Família atende a população adscrita, das 07:45 as 11:45 e das 13:00 as 17:00 horas. Atende aos programas preconizados

pelo Ministério da Saúde, o atendimento é realizado através de retirada de fichas e por demanda espontânea nos casos onde necessite atenção imediata, no caso das gestantes a próxima consulta é marcada no final da consulta anterior.

As equipes de ESF são formadas por médico clínico geral, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A equipe de ESB da ESF I é formada por dentista e auxiliar de saúde bucal. Os profissionais de saúde realizam consultas médicas e de enfermagem, pré-natal, puericultura, procedimentos de enfermagem, atividades de educação em saúde, visitas domiciliares e vacinas.

A UBS funciona com atendimento estendido a partir das 17:00horas até as 24:00horas, contando com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um condutor de ambulância. O atendimento é por demanda espontânea. E da meia-noite até as 07:00 horas o atendimento é por sobreaviso, contando com técnico de enfermagem e condutor de ambulância, bem como nos finais-de-semana e feriados.

Em 20 de março de 2020 foi declarado estado de calamidade pública devido a pandemia do novo coronavírus (COVID-19) no município de Cerro Branco por meio do Decreto Municipal nº 3.412. A partir da publicação do Decreto várias medidas de prevenção e controle foram adotadas pelas Unidades Básicas de Saúde do município:

- ✓ Contratação de técnicos em enfermagem para triagem dos pacientes que apresentam sintomas de infecção respiratória;
- ✓ Destinação de salas para atendimento dos casos suspeitos da COVID-19;
- ✓ Capacitação dos profissionais envolvidos na assistência aos casos suspeitos quanto às medidas de prevenção que devem ser adotadas, conforme protocolos do Ministério da Saúde;
- ✓ Monitoramento dos casos suspeitos que estão em isolamento domiciliar;
- ✓ Aquisição de equipamentos de proteção individual (EPI) para os profissionais de saúde e equipes de apoio e, outros materiais de uso ambulatorial necessários;
- ✓ Aquisição de materiais de limpeza e desinfecção de superfícies;
- ✓ Utilização de alertas visuais (banner) na entrada dos serviços de saúde;

- ✓ Colocação de dispensadores de álcool gel para higiene das mãos nas salas de espera;
- ✓ Orientação aos profissionais de saúde e higienização quanto às medidas de precaução a serem adotadas na hora da limpeza e desinfecção de equipamentos;
- ✓ Vacinação da população-alvo contra gripe (influenza);
- ✓ Vacinação da população-alvo contra COVID-19.

O município mantém em funcionamento um Núcleo Apoio a Atenção Básica (NAAB), modalidade III que atua de forma integrada com as equipes de Saúde da Família, a equipe é formada por psicóloga, terapeuta ocupacional, médica psiquiatra e artesã. Para manutenção do NAAB o município recebe incentivo estadual de R\$8.000,00 (oito mil reais) mensalmente, sendo utilizado basicamente para pagamento dos servidores que atuam no NAAB e outras despesas de custeio.

Cerro Branco participou do 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) ficando com desempenho Regular na certificação da equipe de atenção básica e de saúde bucal e com desempenho Bom na certificação da equipe do NASF III, recebendo cerca de R\$3.999,11 (três mil novecentos e noventa e nove reais e onze centavos), que são utilizados para pagamento de incentivo variável por desempenho de metas aos servidores públicos estatutários/celetistas municipais da área da saúde, das equipes de saúde da família e das equipes de atenção básica, que aderiram ao PMAQ-AB, conforme Lei Municipal nº 1619 (revogada em 2020), de 24 de dezembro de 2015 prevendo que 50% (cinquenta por cento) do valor serão utilizados no custeio das equipes de saúde que aderiram ao PMAQ-AB e 50% (cinquenta por cento) do valor serão repassados aos servidores públicos que tem seus cargos definidos nos critérios do PMAQ-AB, definidos em Portaria, indicados para o referido Programa.

Em 2019, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, instituiu o Programa Previne Brasil, alterando algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passaram a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. Ainda em 2019, o Ministério da Saúde definiu

através da Portaria 3.222, de 10 de Dezembro de 2019 os Indicadores do Pagamento por Desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil (ver Capítulo 3).

Em relação as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), foram institucionalizadas no SUS, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a política contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos d e PICs. As práticas integrativas e complementares trazem, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, o incremento de diferentes abordagens e a ampliação do acesso à praticas de cuidado que tem em sua essência um outro olhar sobre o indivíduo e sobre o processo saúde-doença. No município de Cerro Branco está em fase de implementação a oferta dos serviços de PICs de Aromaterapia e Meditação. O município está investindo na formação dos profissionais que atuam na Atenção Básica.

O município desenvolve ações de promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, com um espaço físico dotado de equipamentos para fisioterapia, estrutura e profissional qualificado, sendo esta fisioterapeuta.

O município de Cerro Branco possui 317 (trezentas e dezessete) famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde, destas na 2ª vigência de 2018 foram acompanhadas 218 (duzentas e dezoito) famílias pela Atenção Básica com 90,85%.

As informações de saúde dos pacientes são registrados em prontuário eletrônico contratado pelo próprio município, no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS AB), e em fichas de papel.

Em relação ao Programa Requalifica UBS o município está aguardando parecer do Ministério da Saúde referente ao recurso do componente construção, com a obra concluída e parecer favorável aguardando repasse da 3ª parcela. Esta Unidade Básica de Saúde que está em fase de conclusão acomodará a Equipe de Saúde da Família II (a obra foi concluída em 2019).

### **2.3.2 Média e Alta Complexidade**

No município de Cerro Branco há somente um serviço de média complexidade na área de análises clínicas e não há serviços de alta complexidade.

O município conta com o Consórcio Intermunicipal Vale do Jacuí, para consultas nas especialidades médicas, procedimentos cirúrgicos, exames laboratoriais e de imagem, entre outros. As ecografias mamárias são realizadas na Clínica Mamoclin Serviços de Radiologia e custeadas pelo município.

Outros serviços de apoio ao diagnóstico, como anatomopatológico e citopatológico são realizados por prestador credenciado a SES-RS e as mamografias são realizadas na Clínica Mamoclin Serviços de Radiologia, de Cachoeira do Sul, que também é prestadora de serviços ao SUS.

A atenção terciária (alta complexidade) é um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo. As principais referências para o município de Cerro Branco que compõem a alta complexidade estão organizadas em redes conforme pactuação nas instâncias de pactuação intergestores são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise) no Hospital de Caridade e Beneficência Cachoeira do Sul. A assistência ao paciente oncológico é realizada no CACON do Hospital de Caridade e Beneficência Cachoeira do Sul. As cirurgias cardiovasculares são encaminhadas para o Hospital Santa Cruz, de Santa Cruz do Sul. Os procedimentos em fissuras labiopalatais e a reabilitação auditiva são encaminhados para FUNDEF, em Lajeado. As cirurgias de média complexidade em traumatologia são realizadas no Hospital de Caridade e Beneficência Cachoeira do Sul e as de alta complexidade em traumatologia é o hospital Santa Cruz, de Santa Cruz do Sul.

### **2.3.3 Redes de Atenção à Saúde**

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 (Ministério da Saúde, 2010).

Os componentes da Rede Cegonha (RC) são Pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico: transporte sanitário e regulação. Cada um dos componentes compreende uma série de ações de atenção a saúde. O município de Cerro Branco dentre as ações dos

componentes que são de sua responsabilidade, desenvolve as seguintes ações: captação precoce das gestantes até a 12ª semana de gestação, as gestantes possuem acesso facilitado para realização do pré-natal, disponibiliza Testagem Rápida (TR) para diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatite B e C durante o pré-natal, realiza vinculação da gestante ao local em que será realizado o parto, alimenta os sistemas de informação do Ministério da Saúde, apoia as gestantes no deslocamento para o local do parto, etc. No componente do Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, o município desenvolve as seguintes ações: acompanha a puérpera e a criança, por meio de visita domiciliar na 1ª semana após o nascimento, triagem neonatal, aplicação de vacinas, promove o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, realiza a busca ativa de crianças vulneráveis, orienta sobre saúde sexual e reprodutiva e a oferta de métodos contraceptivos. E ainda mantém agenda de acompanhamento com Pediatra para crianças de até 05 anos de forma sistemática.

A 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.

No acolhimento a demanda espontânea a equipe de Atenção Básica realiza atendimento de urgência, encaminhando se necessário o usuário para o serviço de urgência de referência o no Hospital de Caridade e Beneficência Cachoeira do Sul, e não possui SAMU 192 de referência.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cuja finalidade é 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 SUS.

O município de Cerro Branco realiza atendimento aos usuários em sofrimento psíquico, usuários de crack, álcool e outras drogas e usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor, na Atenção Básica em conjunto com a equipe do NAAB, encaminhando quando necessário para o médico psiquiatra do consórcio, e se necessário para internação em leito de saúde mental no Hospital de Caridade e

Beneficência Cachoeira do Sul, ou Hospital Victor Lang, em Caçapava do Sul, Hospital Santa Rosa de Lima, em Arroio do Tigre e Hospital São Marcos, de Segredo, realizando contato diretamente com os hospitais e conta também com as Comunidades Terapêuticas conveniadas pela SES-RS. Protocolo Municipal para Internações em Saúde Mental.

A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência amplia e articula os pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito SUS.

As pessoas com deficiência que residem em Cerro Branco são acompanhadas na Atenção Básica, por meio da equipe de Saúde da Família, NAAB, saúde bucal e fisioterapeuta.

Na Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, encaminhada para Fundação para Reabilitação das Deformidades Crânio-Faciais(FUNDEF), em Lajeado. Na Reabilitação Física os usuários são encaminhados para a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

O município não possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência, porém encaminha para a Universidade Luterana do Brasil de Cachoeira do Sul os casos mais complexos.

O município realiza a dispensação de materiais para pacientes ostomizados e/ou incontinente urinário. A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) é realizada no Hospital de Caridade e Beneficência Cachoeira do Sul.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas fortalece o cuidado integral e a humanização do atendimento, ampliando as estratégias de promoção da saúde e de prevenção com reforço às ações de diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos.

Os usuários com Doenças Crônicas são atendidos pelas equipes de Saúde da Família conforme protocolos para atendimento dos usuários hipertensos, diabéticos e outros, quando necessário são encaminhados para outros pontos de atenção à saúde, além de garantir o acesso a medicamentos e insumos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

### **2.3.4 Assistência Farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica (AF) constitui uma política pública inserida no SUS, voltada para a garantia do acesso e do uso racional de medicamentos necessários à assistência integral à saúde.

O município possui uma Farmácia Básica Municipal que está localizada junto a Unidade Central de Saúde, a dispensação de medicamentos é realizada de 2ª a 6ª feira, das 07:45 as 11:45 e das 13:00 as 17:00 horas, utiliza o sistema próprio contratado pelo município e transmite as informações por meio do Sistema Hórus mensalmente e para os processos de medicamentos fornecidos pelo Estado e União utiliza o AME. A Relação de Medicamentos Essenciais é constituída de 74 medicamentos, além dos medicamentos, são concedidas tiras reagentes, seringas e agulhas aos portadores de Diabetes Mellitus tipo I e tipo II insulino dependentes, além da Insulina; é de responsabilidade do farmacêutico o funcionamento do ciclo da assistência farmacêutica no município, abrangendo a seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição.

Conforme Art. 1º, da Portaria 3.193, de 09 de dezembro de 2019, que altera o Art. 537, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

- União: R\$5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS.
- Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino dependentes estabelecidos na Seção I do Capítulo X do

Título V da Portaria de Consolidação nº 5, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS;

- Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulíndependentes estabelecidos na Seção I do Capítulo X do Título V da Portaria de Consolidação nº 5, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS.

Os recursos financeiros oriundos do orçamento do Ministério da Saúde e do Estado para financiar a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica são transferidos em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor total anual devido.

O município aplica valores do orçamento próprio superiores ao previsto na aquisição de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, bem como adquire medicamentos que fazem parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica que são de responsabilidade do Ministério da Saúde (cofinanciamento e aquisição de parte do elenco) e da Secretaria Estadual de Saúde (aquisição e distribuição) que muitas vezes não estão disponíveis na Farmácia de Medicamentos Especiais do Estado.

O município está habilitado no Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica, que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada.

### **2.3.5 Vigilância em Saúde**

A área de vigilância em saúde abrange as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. Os componentes da Vigilância em Saúde são: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental em saúde e vigilância da saúde do trabalhador.

O município aderiu ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQA-VS que tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde nos âmbitos estadual, distrital e municipal e é composto por Fase de Adesão e Fase de Avaliação. As diretrizes do Programa são: ser um processo contínuo e progressivo de melhoria das ações de vigilância em saúde, envolvendo a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados; e, estimular a gestão baseada em compromissos e resultados, expressos em metas de indicadores pactuados. O PQA-VS é composto por 15 (quinze) metas e indicadores.

A Vigilância Epidemiológica abrange a vigilância e controle das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis. Entre as suas principais funções está fornecer orientação técnica permanente para a tomada de decisão sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos.

O município realiza a gestão dos sistemas de informação epidemiológica, incluindo: consolidação dos dados provenientes das unidades notificantes, por meio de processamento eletrônico, do SINAN, do SISCAN, do SI-PNI e de outros sistemas que venham a ser introduzidos; e retroalimentação de dados. Essas informações são importantes para o planejamento e execução das ações de educação e promoção a saúde.

A Atenção Básica acompanha os usuários com diagnóstico de HIV/AIDS e Hepatites, juntamente com o Ambulatório Vida de Cachoeira do Sul. Os casos de tuberculose são acompanhados pelo próprio município, desde a confirmação do diagnóstico até a dispensação do medicamento, somente são encaminhados a Porto Alegre os casos em que o clínico geral tem dúvidas. Os casos de hanseníase são acompanhados pelo município e também pelo Ambulatório de Dermatologia Sanitária, se necessário encaminhados para atendimento em Porto Alegre.

Os casos de síndrome gripal (SG) estão sendo registrados no sistema E-SUS VE (notificação) pelos profissionais de saúde, além da realização do monitoramento dos casos suspeitos em isolamento social.

A Vigilância Sanitária realiza um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de

serviços de interesse da saúde. São ações essenciais a atuação da Vigilância Sanitária: cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA; inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; atividades educativas para população; atividades educativas para o setor regulado; recebimento de denúncias; atendimento de denúncias; e instauração de processo administrativo sanitário.

Desde a municipalização da saúde e conforme legislação específica (Resolução CIB-RS nº 30/2004; nº 250/07; nº 089/12; Decreto Estadual 2340/1974; Lei Federal 6437/1977), o município aderiu a Gerência e ações da Vigilância Sanitária - Resolução CIB-RS nº 136/2018, alterada pelo Resolução CIB-RS nº 169/09, visando a implementação de ações capazes a eliminar, diminuir ou prevenir riscos sanitários.

A Vigilância Sanitária no município de Cerro Branco conta com 02 (dois) fiscais municipais e atua junto aos estabelecimentos ligados a área de alimentos, saúde e comercialização de medicamentos. A Vigilância Sanitária mantém cadastro dos estabelecimentos. As informações relacionadas a Vigilância Sanitária são enviadas ao Ministério da Saúde por meio do SIA/SUS.

A Vigilância Ambiental envolve 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. As ações neste contexto têm privilegiado o controle qualidade da água de consumo humano, o controle de resíduos e o controle de vetores de transmissão de doenças – especialmente insetos e roedores.

O município realiza ações de combate ao mosquito *Aedes Aegypti* através do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Endemias, que inspecionam 12 (doze) Pontos Estratégicos (PES) e 05 (cinco) Armadilhas distribuídos em diferentes locais do município, com identificação larvária realizada no Laboratório de Entomologia da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde, além de realizar a Pesquisa Vetorial Especial (PVE) e Levantamento de Índice Amostral (LIA), bem como realiza atividades de educação em saúde através de palestras em escolas, unidade básica de saúde e outros, realiza mutirões e eventos diversos, bem

como atividades administrativas pertinentes ao programa, como o processamento de dados no Sistema de Informações do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD).

Realiza o controle e orienta à população sobre os cuidados a serem tomados em caso de agressões por animais domésticos; observação do animal agressor pelo período de 10 dias para avaliar seu estado clínico e comportamental, para que sejam tomadas as medidas cabíveis e respaldadas as condutas de vacinação. Controle e prevenção da Doença de Chagas, com visitas as 03 (três) PITs (Posto de Informação de Triatomíneos) e ponto de referência para informação sobre aparecimento do vetor transmissor da doença de chagas.

Assegurar a qualidade do sistema de abastecimento de água, identificando e intervindo em situações de risco à saúde dos consumidores. Inclui todas e quaisquer formas de abastecimento de água para consumo humano, coletivas ou individuais, na área urbana ou rural, de gestão pública ou privada, incluindo as instalações intradomiciliares e posterior registro no SISAGUA.

A Vigilância da Saúde do Trabalhador caracteriza-se como um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. A vigilância da saúde do trabalhador realiza a notificação compulsória dos casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, e as ações são realizadas dentro das Estratégias de Saúde da Família.

## **2.4 Gestão em Saúde**

### **2.4.1 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde**

O número total de trabalhadores do SUS no município de Cerro Branco é de 64(sessenta e quatro), sendo que 42 (quarenta e dois) são estatutários, 14 (quatorze) com contratos com prazo determinado, 02(dois) regimes suplementares, 01 (um) bolsista/intercambista, 04 (quatro) cargos em comissão e 01 (um) estagiário. Os trabalhadores em saúde não possuem Plano de Carreira, Cargos e Salários. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem em seu quadro de pessoal profissionais que estão lotados na estrutura administrativa da SMS como motoristas, auxiliar de serviços gerais e outros.

Profissionais e Trabalhadores em Saúde	Lotação				Vínculo de Trabalho	Carga Horária
	Secretaria	UBS	NAAB	Outros		
Secretário de Saúde	01				Cargo Comissão	40
Chefe Setor de Marcação de Consultas e Exames	01				Cargo Comissão	40
Chefe Setor Assistência Farmacêutica	01				Cargo Comissão	40
Chefe Setor Transporte em Saúde	01				Cargo Comissão	40
Cirurgião Dentista 20h		04			Estatutário	80
Cirurgião Dentista 40h		01			Contrato	40
Enfermeiro 40h		01			Estatutário	120
Enfermeiro ESF 40 h		02			Contrato	80
Farmacêutica		01			Estatutário	40
Fisioterapeuta 20h		01			Estatutário	20
Médico Clínico Geral		04			Contrato	55
Médico ESF – Mais Médicos		01			Bolsista	40
Médico Pediatra		01			Contrato	20
Médico Psiquiatra			01		Contrato	08
Nutricionista 20h		01			Regime Suplementar	20
Psicólogo 20h		01	02		Estatutárias (2) Regime Suplementar (1)	60
Artesão			01		Contrato	40
Atendente de Consultório Dentário 40h		01			Contrato	40
Técnica em Enfermagem 40h		02			Contrato	120
Técnica em Enfermagem ESF 40h		08			Estatutário	280
Agente Comunitário de Saúde 40h		06			Estatutário (5) Contrato (1)	240
Agente de Combate à Endemias 40h		02			Estatutário	40
Fiscal Sanitário (Secretaria de Finanças)				02	Estatutário	40
Auxiliar de Administração 40h	03	01			Estatutário	40
Motorista 40h		09			Estatutário	360
Auxiliar de Serviços Gerais 40h		02			Estatutário	120
Operário 40h		01			Estatutário	40
Estagiário de Ensino Médio	01				Estágio	20
<b>TOTAL</b>	<b>08</b>	<b>50</b>	<b>04</b>	<b>02</b>		

Existe a necessidade de promover ações sistemáticas de Educação Permanente em Saúde com os trabalhadores, gestão e controle social, visando ampliar a resolutividade da Atenção Básica.

#### **2.4.2 Gestão**

O município de Cerro Branco faz parte da 27ª Região de Saúde – Jacuí Centro e participa regularmente da Comissão Intergestores Regional (CIR), que é um espaço de representação federativa com poder de deliberação e pactuação, nas reuniões mensais são debatidos e definidos a organização das redes de atenção à saúde, como as referências para os serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, entre outras demandas encaminhadas pelo município.

Em relação a Regulação a SMS mantém equipe que registra nos sistemas informatizados do Estado e Ministério da Saúde (GERCON e SISREG) registrar os usuários que necessitam de atendimento em outros pontos da rede de atenção à saúde, como consultas especializadas, exames e procedimentos ambulatoriais. A Regulação também é responsável por encaminhar os usuários por meio dos Consórcios e Convênios para consultas e exames especializados. Na Regulação também são os organizados os deslocamentos/ transporte para tratamento fora do domicílio destes usuários para os municípios de referência. Devido a pandemia da COVID-19 estão sendo disponibilizados EPIs para motoristas, pacientes e acompanhantes.

Com a publicação do Decreto Municipal nº 3.412 de 20 de março de 2020 que declarou estado de calamidade pública decorrente da pandemia da COVID-19 foram adotadas medidas de prevenção e combate ao avanço do novo coronavírus e também elaborado o “Plano de Contingência e Ação do Município de Cerro Branco para infecção humana COVID-19” conforme as recomendações da Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. A partir da declaração de estado de calamidade pública em decorrência da pandemia da COVID-19 a gestão da SMS realizou a aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para todos os profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e equipes de apoio, além de outros insumos necessários para assistência à saúde das pessoas

atendidas, materiais de limpeza e desinfecção de superfícies, ambientes, utensílios e objetos. Outras ações podem ser incluídas conforme os serviços apresentem as necessidades durante a pandemia da COVID-19.

A SMS em conjunto com a Procuradoria Geral do Município e Secretaria de Administração acompanha a execução e fiscaliza os contratos com os prestadores de serviço.

O município utiliza Prontuário Eletrônico do Paciente contratado e realiza a transmissão das informações por meio do E-SUS mensalmente, a atualização do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) é realizada mensalmente (inclusões, alterações de cadastro, inclusão de profissionais de saúde), inclui novos estabelecimentos quando necessário; e o Sistema do Cadastro Nacional de Saúde (Cartão SUS) é atualizado conforme a necessidade.

A Secretaria Municipal de Saúde possui em sua frota de veículos: 03 (três) ambulâncias simples remoção, 03 (três) veículos tipo van e 05(cinco) veículos tipo passeio. Está previsto a aquisição de veículos leve e veículo com no mínimo 7 lugares.

### **2.4.3 Participação e Controle Social**

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é a instância local de formulação de estratégias e de controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, criado pela Lei Municipal nº 314, de 22 de dezembro de 1994.

O Conselho Municipal de Saúde é composto por 16 (dezesesseis) conselheiros de saúde titulares e seus respectivos suplentes, distribuídos nos três seguimentos: 08 usuários, 04 trabalhadores de saúde e 04 gestores/prestadores. As reuniões ordinárias do CMS não são realizadas com periodicidade definida.

A Conferência Municipal de Saúde deve ser realizada a cada quatro anos, a última foi realizada em 2019. A eleição de conselheiros é realizada a cada 2 anos conforme regimento interno. O CMS possui dotação orçamentária específica e atende as necessidades do conselho.

No ANEXO I estão as propostas aprovadas na 8ª Conferência Municipal de Saúde realizada em 2019.

#### **2.4.4 Financiamento**

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012) estabelece que os Municípios devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. O município de Cerro Branco aplicou em saúde nos últimos quatro anos: 22,53% em 2013, 22,61% em 2014, 23,50% em 2015 e 18,65% em 2016. A despesa total com saúde incluindo aquelas financiadas pelo Estado e União em 2013 foi de R\$603,10 por habitante, em 2014 foi de R\$844,78 por habitante, em 2015 foi de R\$694,65 por habitante, e em 2016 foi de R\$660,01 por habitante.

Além dos recursos dos tributos de arrecadação própria, contamos com dois conjuntos de fontes adicionais que são as transferências constitucionais e legais e as transferências do SUS, ambas de natureza intergovernamental (Estado e União).

O valor dos repasses dos recursos estaduais e federais caso sofram reajustes no período serão atualizados no Plano Municipal de Saúde, portanto os valores apresentados correspondem ao valor atual dos repasses. Se o município implantar novos serviços, se habilitando a receber novos recursos também será incluído no Plano Municipal de Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal nº 314, de 22 de dezembro de 1994 e está inscrito no CNPJ 12.137.715/0001-70, por onde são realizadas as transferências estaduais e federais da saúde por bloco de financiamento, conforme os quadros a seguir.

**RECURSOS FEDERAIS:**

GRUPO	AÇÃO DETALHADA	VALOR MENSAL
<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS – CAPITAÇÃO PONDERADA	R\$34.529,70
	INCENTIVO FINANCEIRO DA APS – DESEMPENHO	R\$6.450,00
	INCENTIVO PARA AÇÕES ESTRATÉGICAS	R\$ 2.453,00
	PROGRAMA DE INFORMATIZAÇÃO DA APS	R\$4.000,00
	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	R\$17.050,00
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>	PROMOÇÃO DA AFE INSUMOS ESTRATÉGICOS NA ABS	R\$2.325,95
	QUALIFAR-SUS (REPASSE TRIMESTRAL)	R\$6.000,00
<b>VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>	ASSISTÊNCIA FINANCEIRA PARA AGENTES DE COMBATE AS ENDEMIAS	R\$3.100,00
	PISO FIXO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	R\$1.000,00
	VIGILÂNCIA EM SAÚDE – DESPESAS DIVERSAS	R\$897,41
<b>CORONAVÍRUS (COVID-19)</b>	ENFRENTAMENTO DA EMERGÊNCIA DE SAÚDE NACIONAL (CRÉDITO EXTRAORDINÁRIO)	CRÉDITO EXTRAORDINÁRIO

**RECURSOS ESTADUAIS:**

PROJETO	AÇÃO DETALHADA	VALOR MENSAL
<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>	INCENTIVO SAÚDE DA FAMÍLIA COM SAÚDE BUCAL	R\$5.000,00
	INCENTIVO SAÚDE DA FAMÍLIA	R\$4.000,00
	NÚCLEO DE APOIO À ATENÇÃO BÁSICA	R\$ 8.000,00
	OFICINAS TERAPÊUTICAS	R\$3.000,00
	INCENTIVO ESTADUAL PARA ATENÇÃO BÁSICA (PIES)	R\$9.355,47
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA</b>	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA	R\$922,56
<b>ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA</b>	REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (FRALDAS)	VALOR VARIÁVEL
<b>MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE</b>	PRODUÇÃO PRÓTESE DENTÁRIA	VALOR VARIÁVEL

A Lei Complementar nº 172/2020 autorizou Estados, Distrito Federal e Municípios a transposição e transferência de saldos financeiros remanescentes de exercícios anteriores, constantes de seus respectivos Fundos de Saúde, provenientes de repasses do Ministério da Saúde.

O município de Cerro Branco definiu por realizar a transferência/ realocação dos recursos financeiros entre as categorias econômicas de despesa Capital para

despesas Corrente dos seguintes recursos: Requalifica UBS – construção de Unidade Básica de Saúde; Estruturação de Unidade de Atenção Especializada a Saúde – aquisição de equipamentos e material permanente; Programa de Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (VAN) e; Programa Qualifar-SUS – eixo estrutura. Todos os saldos financeiros remanescentes destes recursos citados serão transferidos para o custeio da Assistência Farmacêutica.

Em relação aos recursos financeiros de Custeio do Programa Qualifar-SUS – eixos da Educação e Informação que possuem saldos financeiros remanescentes o município optou pela transposição/ realocação destes recursos entre programas de trabalho.

### **3. Diretrizes, objetivos, metas e indicadores**

Para a elaboração das diretrizes, objetivos, metas e indicadores foram consideradas as condições de saúde da população, determinantes e condicionantes de saúde, a infraestrutura e a gestão em saúde.

O município de Cerro Branco utilizará as diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos na Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 8, de 24 de novembro de 2016 e na Ficha de Qualificação de Indicadores, que podem ser submetidos a ajustes pela CIT, além de diretrizes, objetivos, metas e indicadores definidos pela gestão municipal. As informações referentes ao período 2018 – 2021 serão revisadas anualmente após a avaliação realizada no Relatório Anual de Gestão por meio do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) e a partir de 2019 por meio do Sistema DIGISUS Gestor/ Módulo Planejamento - DGMP. As metas para o ano de 2017 foram pactuadas com a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde, com a orientação que as metas deveriam respeitar os parâmetros nacionais.

Considerando a Análise Situacional que realizamos durante a elaboração do Plano Municipal de Saúde, identificamos os seguintes problemas que também são prioridades para o período:

1 – Baixa cobertura de consultas de pré-natal na Atenção Básica, devido a falta de registro nos sistemas de informação, busca ativa incipiente e captação tardia das gestantes após a 12ª semana de gestação. A falta de referência para ambulatório de Gestação de Alto Risco também contribuiu para o óbito de menor de um ano ocorrido em 2017.

2 – Internações por doenças do aparelho respiratório configuram importante problema de saúde pública, ao identificar esta situação verificamos a necessidade de desenvolver ações de melhoria da resolutividade da AB de modo a prevenir essas hospitalizações.

As diretrizes estabelecidas expressam as linhas de ação a serem seguidas e orientam a formulação de política que se concretizam nos objetivos que expressam o que deve ser feito. Neste Plano Municipal de Saúde foram incluídos outros

indicadores, a partir da análise situacional e observadas as especificidades locais. Abaixo a relação de Diretrizes e Objetivos para o PMS de 2018 a 2021:

DIRETRIZ 1: Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

**OBJETIVO 1: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância em saúde, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.**

DIRETRIZ 2: Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

**OBJETIVO 1: Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.**

**OBJETIVO 2: Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.**

**OBJETIVO 3: Implementação da Rede de Atenção às Urgências.**

**OBJETIVO 4: Implementação da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência**

**OBJETIVO 5: Implementação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**

DIRETRIZ 3: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

**OBJETIVO 1: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero.**

**OBJETIVO 2: Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica.**

**OBJETIVO 3: Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial especializada e atenção hospitalar.**

**OBJETIVO 4: Garantir o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS**

**DIRETRIZ 4: GESTÃO DO SUS: MANUTENÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**OBJETIVO: Garantir a continuidade dos serviços de saúde por meio de atividades administrativas e financeiras.**

A seguir apresentamos relação dos Indicadores para monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde e as Metas que expressam o compromisso para alcançar os objetivos.

Nº	INDICADOR	META	META ANUAL				
			2017	2018	2019	2020	2021
1	a) Para município e região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis U (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) b) Para município e região com 100 mil ou mais habitantes, estados e Distrito Federal: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Reduzir o nº de óbitos prematuros pelo conjunto das quatro principais DCNT	11	9	9	9	9
2	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigado	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (mif)	100	100	100	100	100
3	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	90	95	95	95	95
4	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª U dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada	Alcançar pelo menos 75% de coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança	75	75	75	75	75
5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informacoes Sobre Agravos de Notificacao (Sinan), em ate 60 dias a partir da data de notificacao.	70	70	70	70	70
6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Aumentar a proporcao de cura nas coortes de casos novos de hanseníase	85	100	100	100	100
8	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	Reduzir a incidência de sífilis congênita	0	0	0	0	0
9	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos	0	0	0	0	0
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Ampliar a proporcao de analises realizadas em amostras de agua para consumo humano, quanto aos parametros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	85	90	90	90	90
11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	Ampliar a razao de mulheres na faixa etaria de 25 a 64 anos com um exame citopatologico a cada tres anos.	0,51	0,6	0,6	0,6	0,6
12	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	Ampliar a razao de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade	0,35	0,4	0,4	0,4	0,4
13	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	Aumentar o percentual de parto normal	42,86	45,00	45,00	45,00	45,00
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	Reduzir o percentual de gravidez na adolescência	0	10	10	9	8
15	Taxa de mortalidade infantil	Reduzir a taxa de mortalidade infantil	1	0	0	0	0
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Reduzir o nº de óbitos maternos	0	0	0	0	0
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de AB	100	100	100	100	100
18	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Aumentar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do PBF	50	90	90	90	90
19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	Aumentar a cobertura populacional de saúde bucal na AB	100	100	100	100	100
20	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	Realizar 100% das ações de vigilância sanitária no município	70	70	70	70	70
22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Aumentar o número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares para controle vetorial da dengue	1	0	0	0	0
23	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Ampliar a proporção de notificações de agravos com o campo "Ocupação" preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	95	95	95	95	95

INDICADORES RS							
Nº	INDICADOR	META	META ANUAL				
			2017	2018	2019	2020	2021
RS1	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar	Aumentar a proporcao de cura de casos novos de tuberculose pulmonar	100	100	100	100	100
RS2	Proporção de amostras de água com presença de Escherichia coli, em Soluções Alternativas Coletivas	Aumentar a proporção de análises realizadas para verificar a presença de Escherichia coli, em soluções alternativas coletivas	8	8	6	5	5
RS3	Proporção de Óbitos por Acidentes de Trabalho Investigados	Aumentar a proporção de investigações de óbitos por Acidentes Trabalho	100	100	100	100	100
RS4	Taxa de Notificação de Agravos (Acidentes e Doenças) Relacionados ao Trabalho	Aumentar o número de notificações de agravos relacionados ao trabalho	39	30	30	30	30

INDICADORES MUNICIPAIS							
Nº	INDICADOR	META	META ANUAL				
			2017	2018	2019	2020	2021
24	Número de metas e indicadores atingidos no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)	Aumentar de 8 para 9 o número de metas e indicadores atingidos no PQA-VS para o ano de 2018	8	9	10	11	12
25	Acesso a Atenção Psicossocial	Reduzir o nº de internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais.	Indicador de Monitoramento				
26	Acesso ao atendimento de urgência e emergência	Garantir o acesso na Atenção Básica e a transferência para serviços especializados das urgências e emergências	Indicador de Monitoramento				
27	Acesso a Rede de Atenção a Pessoa com Deficiência	100% das pessoas com deficiência cadastradas nas ESFs	Indicador de Monitoramento				
28	Acesso as ações de saúde da pessoa com doenças crônicas	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT	11	9	9	9	9
29	Ampliar o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar	Garantir atendimento nas especialidades médicas e serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar	Indicador de Monitoramento				
30	Acesso aos medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos	Manter financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, com aplicação do valor mínimo per capita definido em Portaria Ministerial, bem como dos valores repassados pelo Estado e União	Indicador de Monitoramento				
31	Manutenção da equipe de apoio da Secretaria Municipal de Saúde.	Aplicar no mínimo 15% da arrecadação de impostos em Ações e Serviços Públicos em em Saúde	Indicador de Monitoramento				
32	Conselho Municipal de Saúde	Prever nos instrumentos de planejamento de governo e do SUS recursos para o funcionamento do CMS	Indicador de Monitoramento				

INDICADORES PREVINE BRASIL			
Nº	INDICADOR	META	META 2020
1	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.	Aumentar o percentual gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	60%
2	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	Aumentar o percentual das gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	60%
3	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	Aumentar o percentual das gestantes com atendimento odontológico realizado	60%
4	Cobertura de exame citopatológico	Aumentar a cobertura de exame citopatológico em mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos	45%
5	Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente.	Aumentar a cobertura vacinal de poliomielite inativada e pentavalente em menores de 1 ano.	95%
6	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.	Aumentar o percentual das pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	50%
7	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.	Aumentar o percentual dos diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	50%

#### **4. Monitoramento e Avaliação**

O monitoramento compreende o acompanhamento regular das metas e indicadores, que expressam as diretrizes e os objetivos em um determinado período.

A avaliação envolve a apreciação dos resultados obtidos, considerando um conjunto amplo de fatores, consiste na emissão de juízo de valor sobre as características, a dinâmica e o resultado de programas e políticas.

O monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021 será realizado pela Secretária Municipal de Saúde e equipe.

As principais normas relacionadas ao planejamento no SUS ressaltam que a avaliação deve apreciar em que medida as políticas, programas, ações e serviços de saúde implementados no período considerado promoveram a melhoria das condições de saúde da população.

O processo de monitoramento e avaliação irá privilegiar a utilização das ferramentas de apoio legalmente instituídas pelo sistema de planejamento do SUS. A cada 4 meses, através do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), e anualmente por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG), elaborados através do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS) e a partir de 2019 por meio do Sistema DIGISUS Gestor/ Módulo Planejamento - DGMP. O RDQA será apresentado ao Conselho Municipal de Saúde e em Audiência Pública na Casa Legislativa do Município, conforme os prazos estabelecidos na Lei Complementar nº 141/2012. O RAG será enviado eletronicamente ao Conselho Municipal de Saúde para apreciação e parecer.

O processo de prestação de contas dos recursos federais será através do preenchimento de dados no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) e dos recursos estaduais através do sistema de Monitoramento da Gestão em Saúde (MGS).

## 5. Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 13 maio.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.222, de 10 de Dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>>. Acesso em: 13 maio.2021

BRASIL. Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre a transposição e transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais. **Diário Oficial da União**: edição 73, seção 1, página 1, Brasília, DF, 16 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Nota Técnica do DAB. Disponível em: <[dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php](http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php)>. Acesso em: 24 jul.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Acesso em: 15 abr.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://cnes.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 mai.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/>>. Acesso em: 22 abr.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <<https://consultafns.saude.gov.br>>. Acesso: 22 jun.2020.

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://planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/lcp141.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/lcp141.htm)>. Acesso em: 02 abr.2018.

CERRO BRANCO. Decreto Municipal nº 3.412, de 20 de março de 2020, Declara estado de calamidade pública e dispõe de medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do surto epidêmico de coronavírus (COVID-19), no município de Cerro Branco.

CERRO BRANCO. Lei Municipal nº 1.619, de 24 de dezembro de 2015, que institui no Município de Cerro Branco o incentivo variável por desempenho de metas aos servidores públicos estatutários/celetistas municipais de saúde das equipes de atenção saúde da família e atenção básica que aderirem ao PMAQ “Programa Nacional de Melhoria do Acesso” e da qualidade da atenção básica e dá outras providências.

IBGE. Brasil em Síntese. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso: 08 abr.2018.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL BRASILEIRO. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 08 abr.2018.

ÍNDICE FIRJAN DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL. Disponível em: <<http://www.firjan.com.br/ifdm/consulta-ao-indice/>>. Acesso em: 18 mai.2019.

PESSOA, M. L. (Org.). Regiões do RS. In: \_\_\_\_\_. Atlas FEE. Porto Alegre: FEE, 2017. Disponível em: <<http://atlas.fee.tche.br/rio-grande-do-sul/territorio/regioes-do-rs/>>. Acesso em: 08 abr.2018.

RIO GRANDE DO SUL. Fundação de Economia e Estatística. Perfil Sócioeconômico. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/>>. Acesso em: 08 abr.2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Atenção Básica do RS. Notas Técnicas Municipais. Disponível em: <<http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/notas-tecnicas-municipais>>. Acesso em: 10 abr.2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Relatório de Pagamentos. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/relatorio-de-pagamentos>>. Acesso em: 11 abr.2018.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portal BI Saúde. Disponível em: <<http://bipublico.saude.rs.gov.br>>. Acesso em: 22 abr.2018.

## ANEXO I

### PROPOSTAS APROVADAS NA 8ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE(2019)

Eixo Central: Democracia e Saúde:

1. Pelo combate a qualquer tipo de estigma, discriminação, preconceito e violência no atendimento em saúde, considerando todos os recortes étnico-sociais, de gênero e de classe social, de forma transversal em todos os eixos da Política de Saúde.
2. Tornar o Aquífero Guarani Patrimônio Natural da Humanidade, garantindo-o como recurso público fundamental para as boas condições de saúde humana, animal e ambiental, assegurando que a Vigilância Ambiental e demais órgãos que têm ação direta ou indireta sobre o Aquífero Guarani atuem para sua proteção e preservação.
3. Considerando que o lixo representa um dos principais problemas de saúde pública, apoiar a implementação de políticas públicas de resíduos sólidos local e/ou regional (industriais, resíduos de serviço de saúde, domésticos e resíduos de construção civil, outros) com gerenciamento integrado, para: coleta seletiva, destinação adequada, implantação de usina de processamento de resíduos sólidos urbanos e rurais, política de combate a acidentes com produtos perigosos, reciclagem, estudo de viabilidade com recuperação dos antigos lixões de modo participativo, com controle social.
4. Proposta Municipal: Atualizar a tabela SUS e reajustar os valores da mesma.

Eixo I – Saúde como Direito:

1. Agilizar os processos de reavaliação dos registros e cadastros de agrotóxicos, visando à proibição de agrotóxicos perigosos e de maior risco à saúde e ao meio ambiente, além de:
  - a) reafirmar a proibição da importação, produção e uso dos agrotóxicos já proibidos nos países de origem;
  - b) fortalecer as fiscalizações, promovendo punições mais severas ao contrabando de agrotóxicos que entram no Brasil, em especial por zonas de fronteiras;

- c) acompanhar os trabalhadores que manuseiam estes produtos, efetuando monitoramento clínico e laboratorial, bem como conscientizando-os sobre os riscos à saúde provenientes de agrotóxicos e sobre a forma correta de utilização (uso de EPIs e etc.);
- d) garantir que as intoxicações por agrotóxicos sejam notificadas e promover mais pesquisas acerca dos danos provenientes de seu uso;
- e) exigir o fim do financiamento público à aquisição de agrotóxicos, proibindo seu subsídio e a exigência de utilização dos mesmos na agricultura como condição para financiamento e empréstimos rurais;
- f) obrigar que as licenças ambientais, relativas a agrotóxicos, sejam aprovadas pelo controle social, Conselhos de Saúde e de meio ambiente;
- g) manter a regra que a liberação de agrotóxicos seja feita pelos três entes, Ministério da Agricultura, Ministério do Meio Ambiente, e Ministério da Saúde;
- h) exigir o cumprimento da legislação sobre o descarte correto das embalagens de agrotóxicos (logística reversa);
- i) coibir a venda de agrotóxico sem receituário de profissional devidamente qualificado, com a respectiva fiscalização e punição;
- j) fomentar um maior envolvimento dos conselhos de classes das áreas de medicina veterinária e engenharia agrônômica, no que tange à fiscalização das atividades de prescrição de produtos agroquímicos (mesmo que agrotóxicos)
- k) capacitar os profissionais de saúde em urgências/emergências toxicológicas e fortalecer a promoção de residências multiprofissionais em toxicologia;
- l) propiciar capacitação e campanhas informativas e práticas, para uso alternativo de agrotóxicos e pelo consumo consciente, fomentando a produção orgânica em grande escala.
- m) implantar programa de antídotos que contemple uma Central Regional para distribuição e armazenamento.

2. Defender o Enfrentamento a Violência nas Relações de Trabalho com foco na prevenção dos diversos tipos de violência, canais de denúncia e no acompanhamento da saúde do trabalhador. Assegurando lei que considere crime o assédio moral, responsabilizando quem o praticou, além de arcar com despesas do tratamento das sequelas do assédio. No caso de ocorrer no:

I – Setor público: o gestor que permitir o assédio moral deverá ser corresponsabilizado com a perda do cargo público;

II – Setor privado: a empresa ser penalizada com multa, com impedimento de participação de licitações públicas, além de arcar com as despesas do tratamento das sequelas do assédio.

3. Implantar Plenária de Conselhos de Saúde por Região de Saúde e por Macrorregião de Saúde.
4. Fortalecer as políticas que visam o desenvolvimento da promoção da saúde e a prevenção da doença através de investimentos na Vigilância em Saúde, garantindo suas atividades como função de Estado, na figura do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). Assegurar a atuação do CEVS em estrutura administrativa única, garantindo a indissociabilidade das Vigilâncias (Ambiental, Epidemiológica, Sanitária, e Saúde do Trabalhador), Divisão de Apoio Técnico, Divisão Administrativa, Centro de Informações Toxicológicas (CIT) e Laboratório Central do Estado (Lacen), com estrutura e insumos adequados para análises e tomadas de decisão em tempo hábil, com um quadro funcional adequado às necessidades da população, com financiamento que garanta resolutividade em todo o território. Prevenir é mais eficiente e menos oneroso aos cofres públicos do que tratar agravos à saúde da população.
5. Defender a Indústria químico-farmacêutica pública, com utilização sustentável da biodiversidade brasileira, visto seu potencial também como fonte de estudo para fármacos, e de incentivo às práticas integrativas complementares, cujas pesquisas devem ser incentivadas e integrantes da Ciência e Tecnologia. Na mesma linha, implementar a Política de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares e de fitoterápicos, inserida na Política de Assistência Farmacêutica e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, no resguardo e proteção dos saberes advindos de nossa diversidade humana, cultural e da biodiversidade.
6. Garantir incentivos para o cultivo de alimentos orgânicos com o objetivo de produzir alimentos mais saudáveis para consumo próprio e para comercialização, incentivando e fortalecendo cooperativas,

proporcionando a todas as pessoas o acesso a uma alimentação adequada e saudável. Juntamente com a promoção da alimentação saudável, implementar outras ações para promoção da saúde, como: práticas corporais e atividades físicas, mobilização da comunidade e práticas artísticas e culturais, fortalecendo os programas já existentes.

7. Implementar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, e implantar e implementar a Política Estadual de Saúde do Trabalhador.
8. Proposta Municipal: Incentivar a preservação das nascentes de água.
9. Proposta Municipal: Implantar Cooperativas de lixos, reciclagem e ampliação da coleta de lixo não apenas na zona urbana, mas também na zona rural.
10. Proposta Municipal: O Conselho Municipal de Saúde realizar reuniões itinerantes, aproximando-se das comunidades.
11. Proposta Municipal: Criação de incentivo financeiro exclusivo para as Práticas Integrativas e Complementares.

## Eixo II – Consolidação dos Princípios do SUS

### I – Consolidação dos Princípios Programáticos do SUS

1. Ampliar e fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde, aplicando o princípio da referência e contra referência, garantindo:
  - a) a promoção da saúde, com a integralidade da atenção e assistência, por meio da implantação e da ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);
  - b) a articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
  - c) a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) que interajam com a RAS.
2. Ampliar e fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica, garantindo o acompanhamento farmacoterapêutico e a disponibilidade dos medicamentos das listas padronizadas dos componentes básico, estratégico e especializado, com a transversalidade do Uso Racional dos Medicamentos.

3. Implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, assegurando o respeito às escolhas das pessoas e às práticas e saberes em saúde dos povos e comunidades tradicionais, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde.
4. Garantir a reforma antimanicomial através da ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, oficina de trabalho e renda, oficinas terapêuticas, serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental, consultórios na rua, unidades de acolhimento e equipe de redução de danos na abordagem de rua dia e noite, de acordo com o dimensionamento populacional e indicadores de saúde do território e portaria vigentes. Ainda, garantir a execução da Política Nacional referente à saúde mental no sistema prisional, assegurar a Política de saúde mental na Atenção Básica e reafirmar a garantia do cuidado em liberdade dos usuários de álcool e outras drogas.

## II – Consolidação dos Princípios de Gestão do SUS:

1. Garantir um Plano de Carreira Nacional do SUS para os servidores das três esferas de governo, com isonomia de vencimentos, no regime estatutário (RJU) que contemple:
  - a) ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento dos cargos de chefia;
  - b) jornada máxima de 30 horas semanais;
  - c) dedicação exclusiva;
  - d) política de valorização dos servidores e reajustes salariais dignos;
  - e) estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento, que incluam política de formação profissional com incentivos salariais e de carreira;
  - f) regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades de insalubridade e periculosidade;
  - g) isonomia de vencimentos aos servidores de todos os níveis de complexidade e esferas de governo;
  - h) abolir todas as formas de precarização e terceirização dos serviços públicos pelo setor privado.

2. Ampliar o SAMU Regional, com financiamento tripartite, aperfeiçoando o processo de acolhimento, e mecanismos de avaliação e monitoramento conforme definidos nos protocolos específicos.
3. Instituir a efetiva profissionalização da gestão do SUS em todos os níveis, com os cargos ocupados por profissionais de carreira concursados, com formação e perfil necessários para atenderem às necessidades do SUS e da população brasileira.
4. Integrar, aprimorar e aperfeiçoar os diversos sistemas de informação do SUS, unificando em uma única base de dados, garantindo suporte técnico e manutenção adequada que agregue as diversas informações existentes, tais como: cartão SUS, prontuário eletrônico, dados de empregos, funções, dados previdenciários, entres outros, consolidando um Sistema de Informatização Nacional, para melhor articulação da rede de saúde.
5. Proposta Municipal: Fortalecer e garantir o Princípio da regionalização.
6. Proposta Municipal: Garantir a continuidade do Programa Mais Médicos em todo o território nacional.
7. Proposta Municipal: Incentivar a articulação e fortalecimento do trabalho em rede.
8. Proposta Municipal: Efetivar a Reforma Antimanicomial, e garantir investimentos para os pequenos municípios nessa área.
9. Proposta Municipal: Ampliar e fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde.
10. Proposta Municipal: Implementar políticas públicas de resíduos sólidos locais.
11. Proposta Municipal: Otimizar e garantir o quantitativo necessário de exames solicitados nos três níveis de complexidade do SUS.

### EIXO III – FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS

1. Assegurar a revogação da:
  - a) Emenda Constitucional nº 86, que trata do Orçamento Impositivo, por retirar recursos da saúde pública; possibilitar que as emendas parlamentares do orçamento impositivo sejam contabilizadas como gasto

com saúde; e retirar os 25% dos recursos do pré-sal como aplicação adicional ao mínimo em ações e serviços públicos de saúde;

- b) Emenda Constitucional nº 95, que congela o gasto primário da União por vinte anos.
2. Garantir que os recursos dos royalties do pré-sal retornem para a Saúde Pública.
3. Extinguir os subsídios e os empréstimos a juros subsidiados às indústrias multinacionais de medicamentos e as isenções fiscais à importação de equipamentos para o setor privado de saúde.
4. Garantir o fim dos subsídios públicos aos Planos Privados de Saúde, e que os mesmos ressarcam os atendimentos dos seus conveniados realizados pelo SUS.
5. Garantir 10% do PIB para Saúde Pública.
6. Proposta Municipal: Garantir que um percentual dos recursos que estavam sendo repassados a Lei Rouanet, sejam repassados à Saúde Pública.
7. Proposta Municipal: Estipular um recurso federal para investimento exclusivo em prevenção e promoção de saúde.