



PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

# **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2007-2009**

**Pelotas, janeiro de 2007**

## Índice

I.INTRODUÇÃO .....	7
II-CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS .....	13
III-CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO MUNICÍPIO .....	26
IV-SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE .....	38
V-ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ..	45
VI-CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS - CMSPPEL.....	91
VII-RELATÓRIO DA VII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE .....	108

## **Lista de Tabelas:**

Tabela 1- Normais Climatológicos

Tabela 2- Evolução da População no período de 1970 a 2004

Tabela 3- População Economicamente Ativa

Tabela 4- Rendimento Mensal

Tabela 5- Distribuição da população escolarizada por faixa etária.

Tabela 6- Número de ocorrências 2004.

Tabela 7- Ocorrência de acidentes de trânsito

Tabela 8- Frota de veículos locais.

Tabela 9- Nascimento na cidade de Pelotas 2000-2006

Tabela 10- Distribuição geral de nascidos vivos em 2006

Tabela 11- Distribuição dos nascidos vivos residentes em Pelotas 2006

Tabela 12- Distribuição de tipo de parto dos nascidos vivos em 2006 residentes em Pelotas por hospital.

Tabela 13- Tipo de parto dos nascidos na cidade de Pelotas 2000 a 2006

Tabela 14- Coeficiente geral de mortalidade dos residentes em Pelotas 2000-2006

Tabela 15- Distribuição geral dos óbitos em 2006, Pelotas

Tabela 16- Distribuição dos óbitos de residentes em Pelotas no ano de 2006

Tabela 17- Coeficientes de Mortalidade infantil em residentes em Pelotas no período de 2000 a 2006.

Tabela 18- Distribuição dos óbitos em menores de 1 ano em 2006 residentes em Pelotas.

Tabela 19- Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas.

Tabela 20- outros indicadores de mortalidade.

Tabela 21- Distribuição percentual das Internações por grupo de causas e faixa etária CID 10 ( por local de residência) 2006.

Tabela 22- Distribuição de UBS por distrito

Tabela 23- Distribuição das equipes de ESF por UBS.

Tabela 24- Quantidade valor e valor médio dos procedimentos ambulatoriais 2006

Tabela 25- Número de Internações, valor total, valor médio, média de permanência, número de óbitos e Taxas de Mortalidade por Especialidade ( por local de internação) 2006

Tabela 26- Receita fundo municipal de Saúde 2006

Tabela 27a- Receita Fundo Municipal de Saúde Fonte Federal, 2006

Tabela 27b- Receita fundo municipal de Saúde Fonte Federal

Tabela 28- Recursos da MAC (média e alta complexidade)

Tabela 29 Dados e Indicadores financeiros históricos 2001 a 2004.

Tabela 30-Indicadores do ESF.

Tabela 31- Metas do ESF.

Tabela 32- Índice de CPOD por faixa etária- resultados do SB 2000.

Tabela 33- Indicadores da Saúde Bucal

## **Lista de Figuras**

Figura 1- Distribuição da causa de óbito em residentes em Pelotas conforme CID 10 em 2006

Figura 2- Percentual de leitos do município por especialidade.

Figura 3- Organograma da Secretaria municipal de Saúde.

Figura 4- Fluxograma da Saúde Mental.

Figura 5- Estrutura Organizacional CMS PEL.

Figura 6- Padrão de organização Sistêmica do CMS PEL

Figura 7- Mapa Estratégico CMS PEL.

## APRESENTAÇÃO

Saúde relaciona-se diretamente com o bem estar físico e mental. Diversos aspectos da vida cotidiana têm influência direta na manutenção do equilíbrio fisiológico dos órgãos e sistemas no corpo humano. Estes fatores externos, que envolvem a vida em sociedade, muitas vezes tem tornado este equilíbrio interno uma tarefa difícil. O bem estar da família, as condições de moradia, de trabalho e renda, de lazer, além de outras razões que impliquem em melhoria da qualidade de vida, são condições que tem transcendência fundamental na saúde coletiva. Nesta perspectiva, o Sistema Único de Saúde está sendo construído, ao longo das últimas décadas, com participação de gestores, usuários e profissionais da área da saúde.

Sabemos que as demandas de saúde são ilimitadas. Conhecemos que os recursos são limitados. Cabe então ao conjunto da sociedade eleger prioridades para que se utilize com máxima otimização os recursos financeiros existentes. Em Pelotas, pólo regional de educação e saúde da Macro-Região Sul do Estado do Rio Grande do Sul, temos um sistema de saúde com todos os níveis de atenção, desde unidades básicas de saúde, distribuídas em pontos estratégicos em relação à distribuição demográfica, com vários serviços na zona rural, hospitais e leitos qualificados, suporte diagnóstico que acompanha a tecnologia atual e duas Universidades com inúmeros cursos de formação na área da saúde. Temos, portanto, os ingredientes básicos para sermos suficientes e com qualidade. No entanto, atualmente, vários são os descontentamentos com o modelo de gestão, oriundos da representação popular na Câmara de Vereadores e do Conselho Municipal de Saúde.

É preciso que o Plano Municipal de Saúde aponte soluções exeqüíveis, com compromissos assumidos por todos os atores, com normas e regras claras e que sigam as principais diretrizes de universalidade, equidade e integralidade, voltadas para a qualificação da atenção, e educação do usuário, tanto em relação aos seus direitos quanto aos deveres como cidadão, com a finalidade de cumprirmos os objetivos e metas traçados e para a utilização adequada do SUS. Para uma efetiva gestão participativa é preciso ainda que o gestor municipal tenha apoio para fazer o que deva ser feito e tome as decisões certas no momento certo.

Dr. Luís Ramón Marques da Rocha Gorgot.  
Secretário Municipal de Saúde de Pelotas.

## I-INTRODUÇÃO

Durante muitos anos tivemos no Brasil cobertura assistencial de saúde pública apenas aos trabalhadores formais, contribuintes do sistema de seguridade social. Os cidadãos que não estivessem inseridos nesta formalidade, estavam sujeitos ao uso de planos de saúde privados, atendimentos particulares ou à atenção dos atendimentos de caridade realizados na grande maioria das vezes pelas Santas Casas de Misericórdia.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde. Estabelecida pela Constituição Brasileira de 1988 e por leis que a regulamentam, é um sistema novo e ainda em construção.

O SUS norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários:

- Universalidade
- Equidade
- Integralidade

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

- Universalidade: Todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos Municipal, Estadual e Federal.
- Equidade: Todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde

devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, têm diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida.

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

Desta forma a política de saúde deve ser direcionada para a prevenção das doenças e não somente para a sua recuperação. Isto exige que o atendimento deva ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos.

Um conjunto de as ações de promoção da saúde (que envolvem ações de em outras áreas como habitação, meio ambiente, educação, etc.), de prevenção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde, etc.) e de recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes) são suas principais vertentes.

Estas ações de promoção, proteção e de recuperação formam um todo indivisível que não podem ser compartimentalizadas. As unidades prestadoras de serviço com seus diversos graus de complexidade formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

O Plano Municipal de Saúde de Pelotas, gestão 2006-2009, reúne esforços em direção à consolidação do Sistema Único de Saúde, engajado nas diretrizes políticas oriundas da Constituição Federal Brasileira.

Este trabalho, desenvolvido desde o 1º semestre de 2006, encontra-se organizado com o objetivo de cumprir os preceitos legais da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS

01/02) de 2002, e já prevendo alterações que serão introduzidas pelos novos pactos, que são instrumentos orientadores da “marcha” do SUS – Sistema Único de Saúde - em todo o Brasil. Além disto, constitui um compromisso com o processo de planejamento estratégico a ser implantado na Secretaria, assumindo o propósito da gestão municipal em desenvolver um corpo técnico capaz de exercer uma prática profissional direcionada aos verdadeiros objetivos institucionais e considerando não só as informações de saúde, mas a ampla realidade na qual se insere, ou seja, a história, a cultura e o estilo de vida de sua população.

Assim, mais do que representar o documento formal exigido pelas cláusulas conveniais com o Sistema Único de Saúde – SUS, é um documento cuja função é a de nortear as ações de saúde, destinando-se ao uso interno de todos os setores da Secretaria de Saúde do Município de Pelotas (SMS).

O Plano Municipal de Saúde é ainda um instrumento dirigido à apreciação e acompanhamento por parte do Controle Social, através do CMS - Conselho Municipal de Saúde e de suas unidades loco-regionais, os CGS – Conselhos Gestores de Saúde - em atividade.

O município de Pelotas encontra-se no modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, atendendo a 22 municípios que compõem a 3ª. Coordenadoria Regional de Saúde e em algumas ações como por exemplo, saúde do Trabalhador atende também aos 6 municípios da 7ª. Coordenadoria Regional de Saúde.

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

Para sua construção contou-se com uma equipe da Secretaria Municipal de Saúde, com o Conselho Municipal utilizando-se de documentos como a lei 8080/90, 8142/90, portarias ministeriais, relatório da VII Conferência Municipal de saúde entre tantas outras pesquisas realizadas visando construir com isso um instrumento flexível mas que pudesse dar conta de nossas necessidades de gestão em saúde.

As necessidades de serviços de saúde são dependentes de diversos

fatores determinantes relacionados às características biológicas e sociais e do modelo de prevenção e recuperação da saúde ofertada a população, levando-se em consideração sua quantidade e qualidade.

Na capacidade instalada do sistema municipal de saúde de Pelotas, é preciso identificar as características da oferta de serviços de saúde, que podem gerar demandas, as chamadas demandas induzidas, e a insuficiência de oferta, conhecida como demandas reprimidas. Além disto, sabe-se que o aumento ou diminuição da demanda hospitalar relaciona-se com a forma de organização dos serviços e a eficiência dos serviços de referência e contra-referência.

No sistema de saúde de Pelotas existem cinquenta unidades básicas de saúde (UBS) das quais treze estão na zona rural e cinco estão ligadas às universidades; dezessete delas contam com equipes de Estratégia de Saúde da Família, que atende aproximadamente 30% da população; trinta e sete apresentam equipe de saúde bucal entre tantas outras especialidades. Esse universo de UBS recebeu no ano de 2005 quase 3520 pessoas por dia. Somadas aos atendimentos dos Centros de Atendimento Psico-social e atendimentos do Pronto Socorro Municipal (241,6/dia) representam o expressivo número de 1.372.971 atendimentos no ano. É como se cada morador do município tivesse procurado o serviço público de saúde pelo menos quatro vezes ao ano. Aqueles que passaram pelo Pronto Socorro, mesmo não tendo sido incluído no bloco dos 3090 acidentados, certamente, foram beneficiados com os 43400 exames (Tomografia, Ultrasonografia, Raio-X, entre outros) ali realizados, além dos mais de oitocentos mil reais despendidos em medicamentos e materiais. Não estão aí computadas as 29600 internações clínicas, cirúrgicas, obstétricas, pediátricas e psiquiátricas, realizadas pelos cinco hospitais contratados pelo SUS, com duração média de nove dias e um custo médio de aproximadamente seiscentos reais.

Este é um mapeamento geral de um grande número de atividades realizadas pelo Sistema de Saúde de Pelotas do qual pertencem prestadores públicos, filantrópicos, privados, trabalhadores concursados, contratados e terceirizados que iremos detalhar mais no decorrer da apresentação deste plano.

A regulação da demanda deve ser feita conforme as necessidades da população, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais, que congreguem

unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários, com igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais, em todos os seus níveis, para que haja racionalidade e justiça na distribuição espacial dos recursos em Pelotas e na Região da Macrossul. Deve haver definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede. Portanto, é imperativo disciplinar o sistema de organização do cuidado à saúde, para que se atenda às necessidades.

Devemos para tanto, desenvolver ações estratégicas que nos remetam as metas e indicadores que pretendemos atingir. Somos sabedores que diante da evolução da área da saúde, da grande oferta de novas tecnologias, os recursos sempre serão insuficientes, portanto é preciso que se estabeleça as prioridades, as estratégias, visando otimizar o mais possível nossos recursos e esforços.

Usando como parâmetro a portaria ministerial nº. 1101 e Resolução estadual 04/2002, conhecemos a necessidade média da população para a maioria dos procedimentos. Calculadas estas necessidades, servirão de base para regular os encaminhamentos de referência e contra-referência no sistema local e regional.

Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento de serviços.

A própria Constituição Federal no caput – corpo – do seu artigo 5º garante (...) “a inviolabilidade do direito à vida” (...). Portanto, a MISSÃO da Secretaria Municipal de Saúde é DEFENDER A VIDA, satisfazendo as necessidades de saúde da população, através de um sistema de saúde humanizado, com responsabilização, acesso, vínculo, acolhimento, gestão participativa, trabalho em equipe multiprofissional de forma transdisciplinar e autonomia dos processos de trabalho.

A saúde é um direito de cidadania e é dever, de todo o gestor, gerar políticas para atender as necessidades da população. A construção deste documento faz parte do cumprimento do nosso dever como gestor público.

É fundamental que o modelo proposto seja divulgado e debatido. Será

necessário um esforço pedagógico no sentido de explicá-lo ao conjunto de atores políticos setoriais.

## **II-CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS**

### **Primeira referência histórica de Pelotas**

A primeira referência histórica do surgimento do município data de junho de 1758, através da doação que Gomes Freire de Andrade, Conde de Bobadela, fez ao Coronel Thomáz Luiz Osório, das terras que ficavam às margens da Lagoa dos Patos. Fugindo da invasão espanhola, em 1763, muitos dos habitantes da Vila de Rio Grande buscaram refúgio nas terras pertencentes a Thomáz Luiz Osório. A eles vieram juntar-se os retirantes da Colônia do Sacramento, entregue pelos portugueses aos espanhóis em 1777, cumprindo o tratado de Santo Ildefonso assinado entre os dois países.

Em 1780, o português José Pinto Martins, que abandonara o Ceará em consequência da seca, funda às margens do Arroio Pelotas a primeira Charqueada. A prosperidade do estabelecimento, favorecida pela localização, estimulou a criação de outras charqueadas e o crescimento da região, dando origem à povoação que demarcaria o início da cidade de Pelotas.

A Freguesia de São Francisco de Paula, fundada em 07 de Julho de 1812 por iniciativa do padre Pedro Pereira de Mesquita, foi elevada à categoria de Vila em 07 de abril de 1832. Três anos depois o Presidente da Província, Antônio Rodrigues Fernandes Braga, outorgou à Vila os foros de cidade, com o nome de Pelotas, sugestão dada pelo Deputado Francisco Xavier Pereira. O nome originou-se das embarcações de varas de corticeira forradas de couro, usadas para a travessia dos rios na época das charqueadas.

A grande expansão das charqueadas fez com que Pelotas fosse considerada a verdadeira capital econômica da província, vindo a se envolver em todas as grandes causas cívicas.

## **Localização**

Pelotas situa-se na confluência das rodovias BR 116, BR 392 e BR 471, que juntas fazem a ligação aos países do Mercosul e capitais do Brasil.

Dista 252 km da capital do Estado, 60 Km do Porto de Rio Grande, o maior do sul do Brasil, 150 Km de Jaguarão e 250 Km de Chuí, fronteiras com o Uruguai.

Tem importante manancial hídrico formado pelo Arroio Pelotas, Canal São Gonçalo e Lagoa dos Patos, a maior lagoa de água doce do mundo (que se comunica com o Oceano Atlântico em Rio Grande) e com enorme potencial econômico e turístico.

Possui canal navegável ( São Gonçalo) em toda a sua extensão e se constitui como ligação entre as lagoas dos Patos e Mirim (cujas bacias contribuintes recebem 70% do volume de águas fluviais do Rio Grande do Sul). Esta última é um importante reservatório de água doce.

Conta também com o Porto de Pelotas, Aeroporto Internacional, e Terminal Rodoviário responsável por dar acesso a grande número pessoas que buscam nossa grande estrutura educacional e de saúde que será referida com maiores detalhes no decorrer deste plano.

## **Clima**

Pelotas está situada a 31°46'95" de latitude sul. Portanto, tem uma latitude média, localizando-se na Zona Temperada, a uma distância de 8 graus do Trópico de Capricórnio, na longitude de 52°20'33". A altitude média é de 13,24 metros acima do nível médio dos mares.

Em consequência dessa posição, é sensível a variação do comprimento do dia (tempo decorrido entre o nascer e por-do-sol), variando entre 14,2 horas, no verão e 10,0, no inverno.

O clima de Pelotas, segundo a classificação de Köpper Geiger é temperado do tipo Cfa, que se caracteriza pela temperatura média do mês mais frio ser inferior a 18 °C e superior a -3 °C e a do mês mais quente superior a 22 °C..

A Tabela da página seguinte apresenta as Normais Climatológicas obtidas na Estação Agroclimatologia do convênio Embrapa/UFPel, atualizada para o período de 1970-2000, segundo critérios da Organização Meteorológica Mundial.

A precipitação média anual é de 1.266,9 mm, com chuvas regularmente distribuídas durante todo o ano, com fevereiro sendo o mês mais chuvoso: 153,3,1mm de precipitação. Os extremos anuais de precipitação pluviométrica ocorreram em 1914, quando choveu 2.338,3mm e em 1943 com 679,6

O mês mais quente é janeiro, com temperatura média de 23,2°C, e o mês mais frio é julho, com média de 12,3°C. A temperatura média anual é de 17,8°C.

Os extremos de temperatura registrados em Pelotas foram:

- mais baixa temperatura: -4,0°C, em 22 de junho de 1921;
- mais alta temperatura: de 41,5°C, em 2 de janeiro de 1943

A cidade registrou temperatura acima de 40°C ainda nos dias 06 de fevereiro de 1906, 02 de janeiro de 1922, 01 de janeiro de 1943 e em 08 de janeiro de 2006.

A umidade relativa do ar é bastante elevada, com média anual de cerca de 80%. Há uma crença popular de que Pelotas seria a segunda cidade mais úmida do mundo, perdendo somente para Londres. É uma lenda.

Um dado climático interessante foi a ocorrência de precipitação de neve, no dia 8 de julho de 1994, entre 11h00 às 13h30. Até esta data, não havia nenhum registro oficial de neve na cidade.

Pela sua posição geográfica, a cidade de Pelotas está exposta a um valor moderado do Índice Ultravioleta (IUV), em condições de céu claro. IUV é uma medida da intensidade da radiação Ultra Violeta, incidente sobre a superfície da Terra e relevante aos efeitos sobre a pele humana.

Variáveis	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Anual
Temperatura Média (°C)	23,2	23,0	21,7	18,5	15,1	12,4	12,3	13,4	14,9	17,5	19,6	22,0	17,8
Temperatura Média das Mínimas (°C)	19,1	19,1	17,7	14,4	11,1	8,6	8,6	9,5	11,2	13,6	15,3	17,7	13,8
Temperatura Mínima Absoluta (°C)	10,0	9,8	5,0	2,7	1,2	-3,0	-2,7	-1,0	0,2	2,6	6,0	7,9	-3,0
Temperatura Média das Máx. (°C)	28,2	27,9	26,9	24,0	20,8	17,8	17,5	18,6	19,6	22,2	24,6	27,1	22,9
Temperatura Máxima Absoluta (°C)	39,0	36,5	37,4	35,1	31,6	29,4	31,8	33,0	35,6	34,4	39,2	39,6	39,6
Precipitação Pluviométrica (mm)	119,1	153,3	97,4	100,3	100,7	105,7	146,0	117,4	123,7	100,7	99,5	103,2	1366,9
Precipitação Máx. em 24 horas (mm)	82,0	188,2	126,8	134,0	86,0	95,0	109,8	92,2	92,0	74,7	81,6	152,0	188,2
Número de dias de Precipitação	11,7	11,5	10,3	8,9	9,2	10,5	11,4	9,7	10,8	10,6	10,0	9,5	124,1
Umidade Relativa (%)	77,4	79,9	80,5	82,3	83,6	84,0	84,9	83,2	81,8	79,5	76,0	75,5	80,7
Evaporação Tanque Classe "A" (mm)	205,3	161,0	149,3	106,2	71,9	56,5	62,0	76,9	100,8	143,9	179,6	215,6	1529,1
Evaporação Piche (mm)	161,4	123,8	123,7	95,4	74,6	61,0	63,8	78,2	96,8	126,2	149,9	168,8	1323,6
Evapotranspiração Potencial (mm)	153,4	121,3	111,1	75,0	51,1	36,8	40,1	54,0	72,4	103,7	130,4	153,7	1103,1
Insolação Total (horas e décimos)	251,2	204,7	213,0	189,5	177,7	146,2	149,9	160,8	161,5	199,6	234,5	265,9	196,2
Radiação Solar (cal.cm <sup>-2</sup> .dia <sup>-1</sup> )	498,2	439,3	377,3	297,2	225,7	184,0	190,0	238,8	299,2	385,9	478,2	524,1	344,8
Nebulosidade (0-10)	5,7	5,9	5,6	5,3	5,5	6,0	6,3	6,3	6,4	6,1	5,8	5,4	5,9
Pressão Barométrica (mb)	1011,4	1012,7	1013,9	1015,2	1016,6	1017,4	1018,6	1018,2	1017,7	1015,4	1013,1	1011,5	1015,1
Velocidade Média do Vento (m.s <sup>-1</sup> )	3,9	3,6	3,2	3,0	2,7	2,8	3,0	3,2	4,0	4,2	4,2	4,0	3,5
Direção Predominante do Vento	NE	E	E	SW	SW	SW	NE	NE	NE	E	E	E	E
Velocidade Máxima do Vento (m.s <sup>-1</sup> )	23,0	25,2	25,0	25,5	23,5	26,0	23,0	28,0	30,0	27,2	26,2	27,2	30,0
Direção do Vento na Vel. Máx.	SW	S	SW	SW	NE	S	SW	NE	NE	NE	S	SW	NE
Número de Dias de Geada	0,0	0,0	0,0	0,4	3,2	6,5	5,7	4,7	2,7	0,7	0,1	0,0	23,9
Número de Dias de Granizo	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	1,6
Número de Dias de Orvalho	11,1	11,4	12,5	9,7	7,5	4,8	3,9	5,6	6,3	9,1	10,2	11,6	103,2
Número de Dias de Neveeiro	2,0	3,0	5,1	9,2	10,3	8,3	9,8	9,5	5,6	3,2	1,7	1,8	64,2

Tabela 1 - Normais Climatológicas Período: 1971/2000 (Mensal/Anual)

FONTE: Estação Agroclimatológica: Convênio Embrapa/UFPel/INMET

<http://www.cpact.embrapa.br/agromet/estacao/desmensal.htm>

## População

Pelotas é o município mais populoso da Zona Sul, e a terceira cidade mais populosa do Estado. São 346.452 (fonte IBGE) habitantes, mais de 30% de toda a região.

Por sua formação cultural, é considerada a cidade mais europeia do extremo sul do Rio Grande. Com cerca de 28 etnias, sua população caracteriza-se pela forte presença de portugueses, espanhóis e africanos (é a maior “cidade negra” do Estado), aos quais somaram-se as correntes migratórias de alemães, italianos, franceses, irlandeses e poloneses entre outros.

Em virtude desta miscigenação devemos ficar atentos na atenção dada aos agravos à saúde mais característicos de uma raça ou etnia como é o caso por exemplo da maior prevalência de hipertensão na população negra ou de câncer de pele na população de pigmentação mais clara.

Além da imigração, Pelotas vem diminuindo sua população rural em decorrência tanto da migração como da emancipação de alguns municípios como é o caso de Turuçu, Arroio do Padre, Morro Redondo e Capão do Leão.

Tabela 2 – Evolução da população no período de 1970 a 2004

	1970	1980	1990	2000	2004
<b>RURAL</b>	53.042	55.147	53.942	22.082	21.328
<b>URBANA</b>	154.827	204.803	230.009	300.952	317.216
<b>TOTAL</b>	<b>207.869</b>	<b>259.950</b>	<b>283.951</b>	<b>323.034</b>	<b>338.544</b>

## População economicamente ativa - PEA

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – População Economicamente Ativa é representada por pessoas com 10 anos ou mais de idade, que estão exercendo ou procurando algum tipo de

trabalho, quer formal ou não.

Tabela 3- Pessoas Economicamente Ativas

Área	Pessoas de 10 anos ou mais	Pessoas economicamente ativas
URBANO	251.668	139.249
RURAL	18.759	12.847
TOTAL	270.427	152.095

A população economicamente ativa fica distribuída da seguinte forma: No setor primário (agropecuária/pesca/extramineral) temos 14,8%, no setor Secundário 29,6% (indústria) e no setor terciário (Com. e Serviços) 55,6%.

## Índice de Desenvolvimento Humano - IDH

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) trata-se de um indicador composto por três variáveis; referentes aos aspectos de saúde, educação e renda das populações. Seu valor varia entre 0 e 1 e valores mais altos indicam melhores condições de vida.

O valor do IDH de Pelotas alcançou em 2000 o índice de 0,820, o que a coloca entre os locais de alto desenvolvimento humano.

Dentre os mais de cinco mil municípios brasileiros, Pelotas está entre os 5% de maior desenvolvimento humano, ocupando a 276ª posição. Quando o referencial é o RS, a colocação de Pelotas está dentro dos 20% dos municípios com tal indicador mais elevado.

## **Economia**

Pelotas conta com um expressivo parque agroindustrial e de conservas alimentícias, com a produção de mais de 40 milhões de latas de conserva de pêssego por ano, com a maior capacidade instalada de abate de bovinos em âmbito estadual. A indústria de beneficiamento de couros e peles também é um destaque regional. Também destaca-se na região a indústria de laticínios, com o beneficiamento de mais de 300 mil litros de leite por dia.

É o maior pólo beneficiador de arroz da América Latina. Estão localizados no município 20 engenhos de beneficiamento de arroz, onde são processadas em torno de 13 milhões de sacas/ano.

Já se destaca como grande potencial a indústria dinâmica, com utilização de pesquisas tecnológicas de ponta, nas áreas de fármacos e equipamentos especializados. Devemos citar também a indústria de filetagem de peixe localizada na colônia Z3 e segmentos metal mecânico e de construção civil.

Para definir a especialização funcional de uma cidade, o ponto de referência é a percentagem de pessoas ocupadas nas atividades secundária (indústria) e terciária (comércio e serviços), respectivamente.

Tendo 29,6% da população ativa ocupada no setor secundário e 55,6% no terciário, pode-se concluir que Pelotas constitui, principalmente, um centro comercial e de serviços.

Nos serviços, nossa cidade demanda 36,5% da oferta e da procura, incluindo-se as áreas de saúde, educação, finanças e outras. Quando se analisa a oferta de serviços públicos burocráticos, nota-se que 59% são ofertados por repartições Estaduais e Federais, localizadas em Pelotas, garantindo para o município, uma posição de relevante pólo político-administrativo.

## **Índice de Desenvolvimento Socioeconômico – IDESE**

O Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE) criado em 2003 pela Fundação de Economia e Estatística (FEE) é um índice sintético que tem por

objetivo medir o grau de desenvolvimento dos municípios do Rio Grande do Sul. O IDESE é o resultado da agregação de quatro blocos de indicadores: Domicílio e Saneamento, Educação, Saúde e Renda. Para cada uma das variáveis componentes dos blocos é calculado um Índice, entre 0 (nenhum desenvolvimento) e 1 (desenvolvimento total), que indica a posição relativa para os municípios. São fixados, a partir disto, valores de referência máximo (1) e mínimo (0) de cada variável.

Pelotas alcançou o índice de 0,751 o que a coloca em 63º lugar no estado do Rio Grande do Sul sendo que o Rio Grande do Sul alcançou no mesmo ano (2003) o índice de 0,754

Neste mesmo ano, segundo ITEPA, a maioria da população economicamente ativa esteve concentrada no rendimento entre 1 e 2 salários mínimos, como podemos observar na tabela 4.

Tabela 4. Rendimento mensal

SALÁRIOS MÍNIMOS	PESSOAS COM 10 ANOS OU MAIS DE IDADE
Sem rendimento	98.560
Até 1	46.889
Mais de 1 a 2	45.668
Mais de 2 a 3	21.666
Mais de 3 a 5	22.263
Mais de 5 a 10	21.345
Mais de 10 a 20	9.026
Mais de 20	5.010
TOTAL	270.427

Na área de desenvolvimento social contamos ainda com programas como o Bolsa Família, sendo que 37 mil famílias são cadastradas no Programa do

Bolsa Família, com 18.700 famílias sendo beneficiárias deste programa com a distribuição de, aproximadamente, 1 milhão de reais/mês. O acompanhamento nutricional, educacional e cadastramento dos beneficiados são feitos conjuntamente pelas secretarias de saúde, educação e cidadania, havendo na unidade básica de saúde profissionais que acompanham o Bolsa Família.

Temos ainda 114 entidades não governamentais sendo 58 delas voltadas para atendimento à famílias, 21 crianças e adolescentes, 28 idosos, 6 para portadores de deficiência e 1 para população sem teto, buscando com isso amenizar os problemas sociais em nosso município.

## **Educação e Cultura**

Pelotas caracteriza-se por ser o principal pólo educacional do interior do Rio Grande do Sul, com uma qualidade superior de ensino em todos os níveis, quer no âmbito municipal, estadual, federal e particular.

O município conta com uma grande rede de escolas que atendem desde o Pré-escolar até o ensino médio, com dois centros tecnológicos reconhecidos pelo Ministério da Educação como referência nacional em ensino técnico de nível médio – CEFET e CAVG.

Conta ainda, com cinco instituições que oferecem cursos de nível superior. São aproximadamente 30% da população total ou 92.755 estudantes do pré-escolar ao terceiro grau.

O contingente de educandos é atendido em sua maior parcela - 82,59% - pelo sistema público de ensino.

Segundo o ITEPA e SME (2004) A Taxa de Analfabetismo (6,2%) é 1% menor que a taxa média de analfabetismo do Estado (7,2%).

É importante salientar que, no município, o índice de escolarização (2004) é de 96,46%, o que significa um atendimento à quase totalidade da população escolarizável, distribuídos conforme demonstrado na tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição da população escolarizada por faixa etária

Faixa Etária	% pop. na Escola
De 07 a 14 anos	98,50%
De 15 a 18 anos	94,10%

Temos também grande tradição cultural destacando as inúmeras apresentações de música e teatrais realizadas nas casas de espetáculos e em teatros tradicionais como é o caso do Teatro Guarani e Sete de Abril.

Além disso, grande parte do patrimônio histórico vem sendo recuperado através do Projeto Monumenta, inclusive a Biblioteca Pública Municipal.

Contamos em Pelotas atualmente com canais fechados e abertos de TV, programas de rádio locais com grande número rádios comunitárias além de dois jornais de grande circulação que complementam a rede de informação e cultura com grande atuação social.

## **Segurança e Trânsito**

Em abril de 2005 foram divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), os dados que colocam o município de Pelotas entre as quatro cidades mais seguras do país, entre as cidades de médio e grande porte, tendo como base o risco de homicídios para cada 100 mil habitantes.

Para construir o índice que mede o risco de homicídios, os pesquisadores do IPEA trabalharam com dados do censo 2000 do IBGE e com os últimos registros de óbitos do Ministério da Saúde para verificar se a vulnerabilidade social explicava as altas taxas de homicídio. Em 95% dos casos a resposta foi sim.

Padecem sob as piores taxas de risco as cidades mais desiguais, com mais crianças fora da escola e onde as populações têm as piores condições de habitação.

Enquanto a taxa de risco média do país é de 35,52 homicídios por 100 mil habitantes, Pelotas apresenta um risco de 8,72,

Analisando as ocorrências de delitos, furtos, lesões corporais e roubos efetivamente registrados no ano de 2004 (Tabela 6) observam que, em Pelotas, a incidência dos mesmos está sempre abaixo da média do Rio Grande do Sul.

Tabela 6 – Número de ocorrências em 2004

Tabela 6 – Número de ocorrências em 2004  Variável	PELOTAS*	CAXIAS DO SUL**	PORTO ALEGRE***
Delitos	22.139	33.763	216.214
Furtos	7.382	10.370	62.111
Homicídios	22	64	323
Lesões Corporais	2.661	2.972	14.380
Roubos	2.038	3.186	27.722

\*323.034 habitantes \*\*360.223 habitantes \*\*\*1.360.033 habitantes/2004

FONTE: Secretaria da Justiça e de Segurança Pública - RS/2004

Os homicídios e lesões corporais são nossos objetos de atenção maior, afinal utilizam-se dos diversos níveis de atenção à saúde estando ligados de modo mais efetivo ao sistema de urgência e emergência de nosso município.

Em relação aos acidentes de trânsito observa-se grande número de acidentes com mortes e feridos (tabela 7) o que nos faz refletir e buscar intervenção mais efetiva na prevenção aos acidentes realizando ações intersetoriais com participação da secretaria municipal de saúde, trânsito e educação ou outras secretarias e atores sociais que possam colaborar no processo de conscientização dos motoristas e pedestres de forma impactante.

Tabela 7 – Ocorrências de acidentes de trânsito (incluindo br's do pólo rodoviário)

	2002	2003	2004
Atropelamentos	108	116	120
Danos Materiais	1.840	1.716	1.472
Feridos	559	709	665
Mortes	45	43	41
Total	2.552	2.584	2.298

FONTE: SMTT/2005

Nos registros diários da unidade de pronto socorro de Pelotas podemos observar grande número de acidentes de trânsito atribuídos às motos que hoje são um número considerável da frota de veículos local como podemos observar na Tabela 8.

Tabela 8- Frota de veículos em Pelotas

Automóveis	57 131
Motos	18 294
Ônibus	838
Micro-ônibus	153
Bicicletas*	20 000
Caminhonetes	6 840

FONTE: ETERPEL/ 2005 - IBGE (2003) e STT/2005 e

## Saneamento Básico

O Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Pelotas foi criado em 1965. É uma autarquia com 755 funcionários, responsável pelo abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto, coleta e destinação de resíduos sólidos e drenagem urbana.

O SANEP produz 86.500.000 litros de água potável por dia. A água chega

às 103.556 economias, através de 857 km de rede. O sistema consta basicamente de 3 estações de tratamento, 20 reservatórios, linhas adutoras e redes de distribuição, atendendo aproximadamente a 99% da cidade com água tratada.

As redes coletoras esgoto existentes possuem cerca de 349 Km de extensão e atendem, atualmente, a 67% da cidade com coleta de esgoto. O Distrito industrial tem um coletor de efluentes industriais, lançando os mesmos no Canal Santa Bárbara à jusante da Barragem.

A cidade conta com duas estações de Tratamento de Esgoto (E.T.E) que, juntas, tratam 40% do esgoto coletado na cidade.

No município são produzidas 150 toneladas de lixo, ou aproximadamente 800 m<sup>3</sup>/dia. O total pode ser assim dividido, sendo 75 toneladas/dia de lixo orgânico, destinado à aterro controlado. 2 toneladas/dia são de recicláveis, oriundas de Projetos Contêineres e colipos; Adote uma Escola; Condomínios; Coleta Seletiva e 28 toneladas/dia para aterro controlado. Cerca de 0,2 toneladas/dia de Resíduos sólidos coletados em postos de saúde e Pronto Socorro Municipal, são destinados para Aterro Controlado onde a disposição dos mesmos é efetuada após tratamento por esterilização, em autoclave, e posterior descaracterização. Outros materiais como rejeitos inertes (pedra, areia, porcelana, esponja, etc (45 toneladas/dia) são destinadas a Aterro Controlado

O sistema de drenagem urbana é composto por casas de bombas e canais coletores e condutores.

### III-CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO MUNICÍPIO

Neste capítulo estaremos apresentando dados epidemiológicos referentes à natalidade, morbidade, e mortalidade que serviram de referência na construção deste plano e que possibilitam conhecermos as condições de saúde de nosso município para traçarmos diretrizes das ações de saúde locais.

#### Nascimentos

A tabela 9 mostra a série histórica dos nascimentos (vivos e mortos) ocorridos no município de Pelotas, no período de 2000 a 2005.

Tabela 9. Série histórica dos nascimentos ocorridos em Pelotas de 2000 a 2006.

<b>Nascimentos</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Total de nascidos	6409	5989	5535	5084	5304	5160	5245
Vivos	6327	5902	5458	5006	5223	5103	5187
Mortos	82	87	77	78	81	57	58
Residentes em Pelotas	5684	5148	4715	4356	4517	4285	4290
Vivos	5617	5079	4647	4291	4453	4241	4248
Mortos	67	69	68	65	64	44	42

#### Nascidos vivos em Pelotas

Pelotas é considerada importante pólo regional de saúde, recebendo muitos pacientes dos municípios vizinhos. A tabela 2 mostra a distribuição geral de nascidos vivos na cidade de Pelotas no ano de 2006.

Do total de 5187 nascidos vivos em Pelotas, 939 (18%) foram de

mulheres residentes em outros municípios, principalmente Capão do Leão (n = 308; 33%).

Tabela 10. Distribuição geral dos nascidos vivos ocorridos em Pelotas no ano de 2006.

Nascidos vivos	Frequência	Percentual (%)
Residentes em Pelotas	4248	82
Residentes em outras localidades	939	18
Total	5187	100

O número médio de nascimentos totais em Pelotas foi de 432 por mês. Considerando a ocorrência por estabelecimento, no Hospital São Francisco de Paula a média mensal foi de 172 nascimentos, na Santa Casa de Misericórdia foi de 152, na Fundação de Apoio Universitário foi de 83, no Hospital Miguel Piltcher foi de 15 e na Sociedade Portuguesa de Beneficência foi de 7.

### **Nascidos vivos residentes em Pelotas**

O total de nascidos vivos residentes em Pelotas foi de 4.248, dos quais 4.228 (99,5%) nasceram em hospitais e 20 (0,5%) em domicílio. Em outros municípios, nasceram outras 43 crianças cujas mães residiam em Pelotas, o que explica a diferença para o número de 4.291 NV divulgados pela SES-RS. As informações que se seguem são baseadas em 4.248 NV, disponíveis em nossas bases de dados no momento.

Entre os nascidos vivos residentes em Pelotas no ano de 2006, 10% apresentaram peso ao nascer menor que 2500g e 12% tiveram uma duração da gestação menor que 37 semanas. Do total das gestantes, 1,9% não realizou consultas de pré-natal e 16,1% consultou menos de 7 vezes durante a gestação atual (Tabela 3).

Tabela 11. Distribuição dos nascidos vivos residentes em Pelotas em 2006, de acordo com características da gestação e do nascimento.

<b>Variável (n)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Peso ao nascer (4247)</b>		
Menor de 2500g	436	10,3
2500g ou mais	3811	89,7
<b>Duração da gestação (4245)</b>		
Menos de 22 semanas	1	0,0
22 a 27 semanas	26	0,6
28 a 31 semanas	50	1,2
32 a 36 semanas	388	9,1
37 a 41 semanas	3747	88,3
42 semanas ou mais	33	0,8
<b>Consulta de pré-natal</b>		
Não realizou pré-natal	81	1,9
1 a 3 consultas	141	3,3
4 a 6 consultas	541	12,8
7 ou mais consultas	3470	82

## **Idade e escolaridade materna**

A média de idade das mulheres que tiveram filhos em 2006 residentes em Pelotas foi de 26,2 anos (d.p.=6,7 anos), tendo variado de 11 a 48 anos. A maioria das mulheres encontrava-se na faixa dos 20 aos 34 anos (68,8%), grupo etário preponderantemente reprodutivo. Entretanto, chama a atenção a elevada proporção de mães com menos de 20 anos (17,8%). Quanto à escolaridade das parturientes, 0,6% (n = 27) eram analfabetas, 5,4% (n = 228) estudaram até 3 anos, 33,3% (n = 1406) tinham de 3 a 7 anos de estudo, 38,8% (n = 1638) de 8 a 11 anos e 21,9% (n = 927) 12 anos ou mais.

## Tipo de parto

Na Tabela 12 observa-se a evolução deste indicador em partos ocorridos entre mulheres residentes no município, de 2000 a 2006. A proporção de partos por cesariana em 2006 foi 51,4%, situando-se muito acima do esperado, com tendência ao crescimento nos últimos anos.

Tabela 12. Tipo de parto dos nascidos vivos residentes na cidade de Pelotas, 2000 a 2006.

Tipo de parto	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vaginal	3539	63	3149	62	2835	61	2446	57	2405	54	2289	54	2071	49
Cesariana	2078	37	1930	38	1812	39	1845	43	2048	46	2387	46	2187	51
Total	5617	100	5079	100	4647	100	4291	100	4453	100	4241	100	4248	100

A Tabela 13 mostra a distribuição do tipo de parto dos nascidos vivos residentes em Pelotas, em 2006 por hospital. Os maiores índices foram registrados para o hospital Miguel Piltcher (92,4%) e para Beneficência Portuguesa (90,7%), ambos que realizam unicamente partos por convênios e particulares.

Tabela 13. Distribuição do tipo de parto dos nascidos vivos residentes em Pelotas por hospital de ocorrência, 2006.

Hospitais	Tipo de parto	
	Vaginal % (n)	Cesariana % (n)
Santa Casa	50,8 (737)	49,2 (714)
Beneficência Portuguesa	9,3 (7)	90,7 (68)
São Francisco de Paula	48,9 (847)	51,1 (884)
Miguel Piltcher	7,6 (12)	92,4 (146)
Fundação de Apoio Universitário	55,3 (452)	44,7 (365)
Total	48,6 (2055)	51,4 (2177)

## Mortalidade

### Mortalidade geral

Durante o ano de 2006 ocorreram 3.203 óbitos em Pelotas, dos quais 651 (20,3%) foram de pessoas residentes em outros municípios. O total de óbitos de residentes em Pelotas foi de 2.556 (Tabela 14), incluindo quatro óbitos infantis ocorridos fora do município.

Tabela 14. Distribuição geral dos óbitos em 2006, Pelotas.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
Residentes em Pelotas	2556	79,7
Residentes em outras localidades	651	20,3
Total	3207	100

O coeficiente geral de mortalidade geral (CGM) em 2006 foi de 7,4 óbitos para cada 1000 habitantes. A Tabela 15 mostra a série histórica do coeficiente geral de mortalidade, no período de 2000 a 2006, dos indivíduos residentes na cidade de Pelotas.

Tabela 15. Coeficiente geral de mortalidade (CGM) dos residentes de Pelotas, 2000 a 2006.

<b>Indicadores</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Óbitos de Pelotas	2524	2509	2531	2604	2661	2515	2556
População estimada	318.895	324.752	327.955	331.372	338.544	342.513	346.454
CGM	7,9	7,7	7,7	7,9	7,9	7,3	7,4

As análises a seguir dizem respeito a 2.552 óbitos de residentes e

ocorridos em Pelotas, excluindo os quatro óbitos acontecidos em outros municípios, dos quais 1.805 (70,7%) ocorreram em hospitais, 610 (23,9%) em domicílio e 137 (5,4%) em outros locais.

Os óbitos em indivíduos residentes em Pelotas, no ano de 2006, ocorreram principalmente (83,3%) após os 50 anos, embora chame a atenção a proporção de 2,5% de óbitos em crianças menores de 1 ano. A proporção de óbitos no sexo masculino foi de 53,1% (Tabela 8).

Tabela 16. Distribuição dos óbitos de residentes em Pelotas no ano 2006.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Idade (N = 2502)</b>		
Menor de 1 ano	62	2,5
1 a 4 anos	7	0,3
5 a 9 anos	3	0,1
10 a 14 anos	10	0,4
15 a 19 anos	16	0,6
20 a 29 anos	46	1,8
30 a 39 anos	92	3,7
40 a 49 anos	183	7,3
50 a 59 anos	305	12,2
60 a 69 anos	451	18,0
70 a 79 anos	640	25,6
80 anos ou mais	687	27,5
<b>Sexo (N = 2552)</b>		
Feminino	1284	50,3
Masculino	1268	49,7

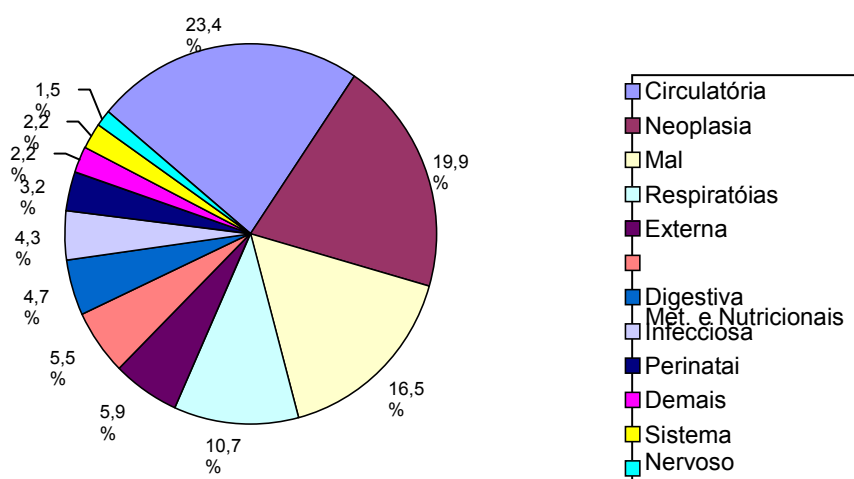
## Grupos de causas de morte

A Figura abaixo apresenta a distribuição dos óbitos de residentes no município de acordo com as principais causas classificadas pelos capítulos da Classificação Internacional de Doenças – 10<sup>a</sup>. Revisão (CID-10). As doenças do aparelho cárdio-circulatório ocupam o primeiro lugar (23,4%), seguidas das neoplasias (19,9%). Expressando a baixa qualidade do preenchimento das causas de morte na Declaração de Óbito, as causas mal definidas ocupam o terceiro lugar em Pelotas (16,5%), podendo comprometer a interpretação desta informação e impedindo a divulgação de outros dados, como por exemplo, as principais causas de morte por faixa etária.

Nos homens, as causas mais freqüentes de morte por câncer foram: neoplasia maligna de brônquios e pulmões (34,1%), neoplasia maligna de próstata (15,8%) e neoplasia maligna de estômago (12,8%). Entre as mulheres, a ordem de freqüência das principais causas de morte por câncer foi: neoplasia maligna de mama (19,2%), neoplasia maligna de brônquios e pulmões (14,3%) e neoplasia maligna de pâncreas (10,4%).

Embora o câncer de colo de útero apresente um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando a 100%, quando diagnosticado precocemente, no ano de 2006, seis mulheres foram a óbito por esta morbidade.

### Causas de óbito no município de Pelotas. 2006



## **Mortalidade materna**

O indicador de mortalidade materna mais utilizado atualmente é a razão de mortalidade materna (RMM), obtida pelo quociente entre o número de mortes maternas – aquelas entre mulheres de 10 a 49 anos, cuja causa básica de morte foi devida à gravidez, ao parto e ao puerpério (Capítulo XV da CID-10) - e o número de nascidos vivos em determinado período, multiplicado por 100.000. O número de nascidos vivos (NV), obtidos dos sistemas de registros vitais, é utilizado como uma aproximação ao número de mulheres grávidas, que idealmente deveria ser utilizado no denominador para que constituísse uma verdadeira taxa ou coeficiente. O principal problema para se calcular a RMM é a dificuldade em se identificar uma causa materna como causa do óbito claramente reconhecida e registrada, especialmente em locais onde os sistemas de registro vital não existem ou é falho.

Em Pelotas, no ano de 2006, ocorreram quatro óbitos declarados nestas condições e a taxa foi de 93,2 por 100.000 NV. No RS, ocorreram 94 óbitos, traduzindo-se em um coeficiente de 66,5 por 100.000 NV.

## **Mortalidade em crianças menores de 5 anos**

A mortalidade proporcional por diarreia aguda em crianças menores de 5 anos foi de 1,4% e por infecção respiratória aguda foi de 5,6%.

## **Mortalidade infantil**

A mortalidade infantil é classicamente utilizada como indicador de saúde, refletindo tanto o grau de desenvolvimento da sociedade assim como a preocupação e compromisso de seus governantes com o bem estar coletivo. Em 2006, 66 crianças residentes em Pelotas morreram antes de completar um ano de vida, sendo que quatro destes óbitos ocorreram em outros municípios. Este número de óbitos está expresso no coeficiente de mortalidade infantil (CMI) de 15,4 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV).

O Programa de Vigilância do Recém-nascido (RN) de Risco foi inserido neste contexto, em setembro de 2002, para desenvolver ações de vigilância à saúde

para crianças em risco de adoecer e morrer no primeiro ano de vida, e melhorar a qualidade do atendimento. Observa-se na Tabela 9 uma tendência à estabilização do CMI em torno de 20 óbitos por 1.000 NV até 2005, com queda nos anos de 2000 e 2006. Para o RS como um todo, o CMI em 2006 ficou em 13,1 por 1.000 NV. Tabela 17. Coeficiente de mortalidade infantil (CMI) em residentes no município de Pelotas no período de 2000-2006.

<b>Indicador</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Óbitos em menores de 1 ano	94	112	104	85	81	78	66
Nascimentos no ano	5636	5140	4675	4464	4518	4241	4248
CMI	16,7	21,8	22,2	19,0	17,9	18,4	15,4

A Tabela 18 apresenta a distribuição dos óbitos em crianças menores de 1 ano residentes e ocorridos em Pelotas no ano de 2006, excluindo os quatro óbitos acontecidos em outros municípios por falta de informações para as variáveis relacionadas a causa do óbito.

Tabela 18. Distribuição dos óbitos em menores de 1 ano de residentes em Pelotas, 2006.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Período do óbito (n = 66)</b>		
Neonatal precoce	39	59,1
Neonatal tardio	13	19,7
Pós-neonatal	14	21,2
<b>Causa da morte – capítulo CID 10 (N = 62)</b>		
Algumas afecções originadas no período perinatal	46	74,2
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	12	19,4
Outras causas externas de traumatismos acidentais	2	3,2
Indeterminada	5	8,0
<b>Causa básica de morte (N = 62)</b>		
Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	14	22,6
Septicemia bacteriana não específica do recém - nascido	8	12,9
Causas mal definidas / indeterminada	5	8,0
Prematuridade / imaturidade extrema	4	6,4
Asfixia ao nascer, não especificada	3	4,8
Demais	28	45,3

### **Mortalidade por causas externas**

O coeficiente de mortalidade por causas externas em 2006 foi de 36,9/100.000 habitantes e a Tabela 11 descreve a distribuição percentual por componente das causas de 2001 a 2006. Os acidentes de transporte estão na liderança, sendo responsáveis por um terço destes óbitos. Em 2003, chegaram a representar quase a metade de todas as mortes violentas (44,9%). Outros tipos de acidentes e os suicídios vêm respondendo, cada um, por um em cada quatro óbitos.

Tabela 19. Mortalidade proporcional por causas externas em Pelotas, RS, 2001 a 2006.

Indicador	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Acidente de transporte	36,2	39,5	44,9	35,6	31,3	32,0
Outros acidentes	31,1	19,5	23,1	24,5	32,0	25,8
Suicídios	14,1	20,1	15,4	13,5	19,5	25,0
Homicídios	18,6	20,9	16,7	26,4	17,2	17,2
<b>Total de óbitos por causas externas</b>	<b>177</b>	<b>139</b>	<b>156</b>	<b>163</b>	<b>169</b>	<b>128</b>

Tabela 20 - Coeficiente de mortalidade de Pelotas para algumas causas selecionadas por 100.000 habitantes de 2000 a 2006.

Causa do óbito	2000	2001	2002	2003	2004	2006
Aids	15,2	11,1	11,6	13,0	10,5	12,5
Neoplasia maligna da mama*	21,2	23,4	25,5	16,7	22,2	27,3
Neoplasia maligna do colo do útero*	5,9	10,5	6,4	7,5	4,0	4,7
Infarto agudo do miocárdio	82,0	65,0	53,4	50,7	51,4	50,9
Doenças cerebrovasculares	88,2	81,3	90,3	78,5	87,5	92,9
Diabetes mellitus	35,9	34,2	26,8	26,3	30,5	37,2
Acidentes de transporte	24,4	22,8	18,6	22,6	19,1	16,1
Agressões	6,5	10,2	8,8	8,4	12,5	8,6

Por 100.000 mulheres. Fonte: SIMTabela 21 - Outros Indicadores de Mortalidade

<b>Indicadores</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Total de óbitos	2.524	2.509	2.531	2.604	2.661	2515	2556
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	7,8	7,7	7,7	7,9	7,9	7,3	7,4
% óbitos por causas mal definidas	2,4	7,1	13,7	16,2	13,8	16,0	16,5
Total de óbitos infantis	94	112	104	85	81	78	66
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	1	2	5	4	4	8	5
% de óbitos infantis no total de óbitos*	3,7	4,5	4,1	3,3	3,0	3,2	2,5
% de óbitos infantis por causas mal definidas	1,1	1,8	4,8	4,7	4,9	10,3	7,6
Mortalidade infantil por 1.000 nascido-vivos **	16,7	21,8	22,2	19,0	17,9	18,4	15,4

\* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

Fonte: SIM/SINASC

## **IV-SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Pelotas é importante pólo regional de saúde em gestão plena desde 1º de agosto de 2000. Para o cumprimento de suas funções dentro do sistema loco regional o Sistema de Pelotas conta hoje com estrutura própria, serviços de saúde em parceria com as universidades e prestadores privados que compõem todos os níveis de atenção fazendo de Pelotas Sistema importante nos indicadores de saúde locais, regionais e estaduais. Neste capítulo estaremos apresentando o sistema municipal de saúde de Pelotas juntamente as ações realizadas em 2005

O sistema de saúde local é formado atualmente por 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 45 sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 03 sob gestão da UFPEL e 03 da UCPEL, destas, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) encontra-se instalada em 17 UBS, totalizando 29 equipes de saúde da família, atendendo 29,22% da população do município.

Tabela 22-Distribuição das UBS por Distrito

Unidade de Saúde:	<b>Distrito</b>
Arco Íris	Zona Norte
Areal I	Zona Norte
Areal Fundos - UFPel	Areal/ Praias
Balsa	Centro/Várzea
Barro Duro	Areal/Praias
Bom Jesus	Areal/Praias
Cascata	Colônia - 5º Distrito
Centro Especialidades	Centro/Várzea
Cerrito Alegre	Colônia - 3º Distrito
Cohab Fragata	Fragata
Cohab Guabiroba	Fragata
Cohab Lindóia	Zona Norte
Cohab Pestano	Zona Norte
Cohab Tablada I	Zona Norte
Cohab Tablada II	Zona Norte
Colônia Maciel	Colônia - 8º Distrito
Colônia Osório	Colônia - 4º Distrito
Colônia Triunfo	Colônia - 8º Distrito
Colônia Z-3	Areal/Praias
Corrientes	Colônia – 2º Distrito
Cordeiro de Farias	Colônia - 5º Distrito
CSU Cruzeiro	Areal/Praias
CSU Areal - UFPel	Areal/Praias
Dom Pedro I	Fragata
Dunas	Areal/Praias
Fátima - UCPel	Centro/Várzea
Fraget	Fragata
Getúlio Vargas	Zona Norte
Grupelli	Colônia - 7º Distrito
Jardim de Allah	Zona Norte

Unidade de Saúde:	<b>Distrito</b>
Laranjal	Areal/Praias
Leocádia	Areal/Praias
Monte Bonito	Colônia - 9º Distrito
Navegantes	Centro/Várzea
Obelisco	Areal Praias
Pam - Fragata	Fragata
Pedreiras	Colônia - 9º Distrito
Pestano – UCPel (CAIC)	Zona Norte
Puericultura	Centro/ Várzea
Py Crespo	Zona Norte
Sanga Funda	Zona Norte
SANSCA	Centro/Várzea
Santa Silvana	Colônia - 6º Distrito
Santa Terezinha- UCPel	Zona Norte
Simões Lopes	Fragata
Sítio Floresta	Zona Norte
União de Bairros	Zona Norte
Vila Municipal - UFPel	Zona Norte
Vila Nova	Colônia - 7º Distrito
Vila Princesa	Zona Norte
Virgílio Costa	Fragata

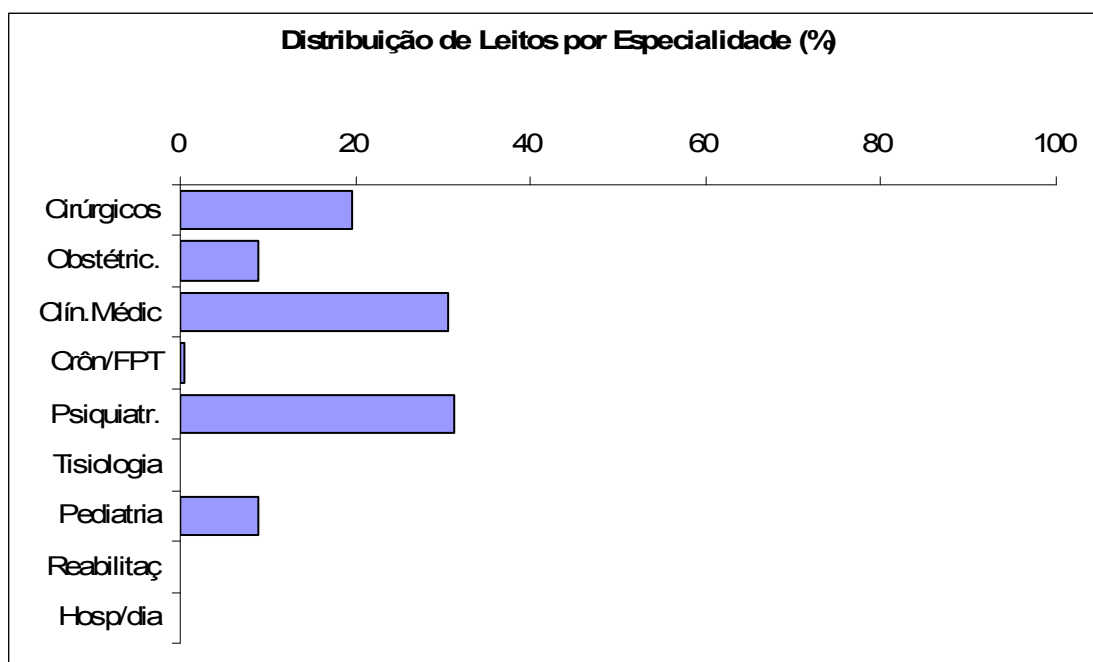
Tabela 23-Distribuição das equipes da ESF por Unidade Básica de Saúde

<b>UBS</b>	<b>Distrito</b>	<b>Nº de Equipes</b>	<b>Implantação</b>
Vila Princesa	Zona Norte	1	2002
Sítio Floresta	Zona Norte	1	2002
Sanga Funda	Zona Norte	1	2002
Arco Íris	Zona Norte	1	2002
Getúlio Vargas	Zona Norte	3	2002
Vila Municipal (SMS/UFPel)	Zona Norte	1	2002
Simões Lopes	Fragata	3	2002
Navegantes	Centro	4	2002
Dunas	Areal	3	2003
Barro Duro	Areal	1	2002
Bom Jesus	Areal	4	2004
Vila nova	Colônia	1	2002
Grupelli	Colônia	1	2002
Cordeiro de Farias	Colônia	1	2004
Pedreiras	Colônia	1	2005
Cerrito Alegre	Colônia	1	2005
Corrientes	Colônia	1	2003

Total de UBS com ESF – 17 Total de Equipes da ESF – 29

A rede hospitalar de Pelotas é constituída por dois hospitais Universitários e três hospitais filantrópicos que prestam serviços ao SUS. Os leitos da cidade estão distribuídos conforme gráfico abaixo.

Figura 24 -Gráfica: Percentual de leitos do município por especialidade



Fonte: DATASUS

Em nosso município são realizados anualmente grande número de procedimentos ambulatoriais, consultas especializadas e exames laboratoriais. Apesar do grande número de procedimentos, ainda são insuficientes para atender a população loco regional em todas as ações necessárias.

Na tabela abaixo estão relacionados os procedimentos realizados no ano de 2005.

Além de estrutura hospitalar e de Unidades básicas adequada para o nosso município contamos também com complementação dos prestadores privados nas mais diversas especialidades conforme listado abaixo ( Tabela- 24)

Tabela 25 - Quantidade, valor dos procedimentos ambulatoriais – 2006

<b>Grupo Procedimento</b>	<b>Qtd.Apresentada</b>	<b>VI.Apresentado</b>
<b>Atenção Básica</b>		
01-AÇÕES EXECUT.ENFERMAGEM E OUTROS DE NIVEL MEDIO	358.765	0,00
02-AÇÕES MÉDICAS BÁSICAS	514.936	0,00
03-AÇÕES BÁSICAS EM ODONTOLOGIA	141.373	0,00
04-AÇÕES EXEC. P/ OUTROS PROF. DE NÍVEL SUPERIOR	263.203	0,00
05-PROCEDIMENTOS BÁSICOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA	0	0,00
<b>Média Complexidade</b>		
07-PROC.REAL.MEDICOS,OTROS NIVEL SUPERIOR E MEDIO	411.982	2.698.696,51
08-CIRURGIAS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADAS	12.311	271.840,88
09-PROCEDIMENTOS TRAUMATO-ORTOPÉDICOS	46.159	1.399.682,68
10-AÇÕES ESPECIALIZADAS EM ODONTOLOGIA	20.622	102.732,82
11-PATOLOGIA CLÍNICA	718.361	2.995.098,11
12-ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA	32.643	274.154,47
13-RADIODIAGNÓSTICO	121.344	1.504.431,40
14-EXAMES ULTRA-SONOGRÁFICOS	18.467	301.712,82
17-DIAGNOSE	34.696	176.036,26
18-FISIOTERAPIA (POR SESSÃO)	126.438	298.006,08
19-TERAPIAS ESPECIALIZADAS (POR TERAPIA)	2.279	43.374,55
20-INSTALACAO DE CATETER	0	0,00
21-PRÓTESES E ÓRTESES	0	0,00
22-ANESTESIA	0	0,00
<b>Alta Complexidade</b>		
26-HEMODINÂMICA	1.079	544.279,97
27-TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	35.691	5.476.437,72
28-RADIOTERAPIA (POR ESPECIFICAÇÃO)	46.383	807.724,10
29-QUIMIOTERAPIA - CUSTO MENSAL	13.287	6.758.941,50
30-BUSCA DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE	3	180,00
31-RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	0	0,00
32-MEDICINA NUCLEAR - IN VIVO	1.044	173.422,49
33-RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	0	0,00
35-TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	4.797	477.975,84
36-MEDICAMENTOS	810.041	3.720.660,32
37-HEMOTERAPIA	97.600	1.871.621,21
38-ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES	70.083	1.173.907,10
39-ATENÇÃO À SAUDE AUDITIVA	0	0,00
40-PROCEDIMENTOS ESPECIFICOS P/REABILITACAO	0	0,00
<b>Total</b>	<b>3.903.587</b>	<b>31.070.916,83</b>

Valores Médios Anuais de Internações – 2005 (Fonte: SIH/SUS)

Internações/100 hab. (local de internação)	7,2
Internações/100 hab. (local de residência)	5,9
Valor médio por habitante (R\$):	54,68

No município de Pelotas contamos com seis hospitais sendo que dois são Universitários, três filantrópicos e um privado.

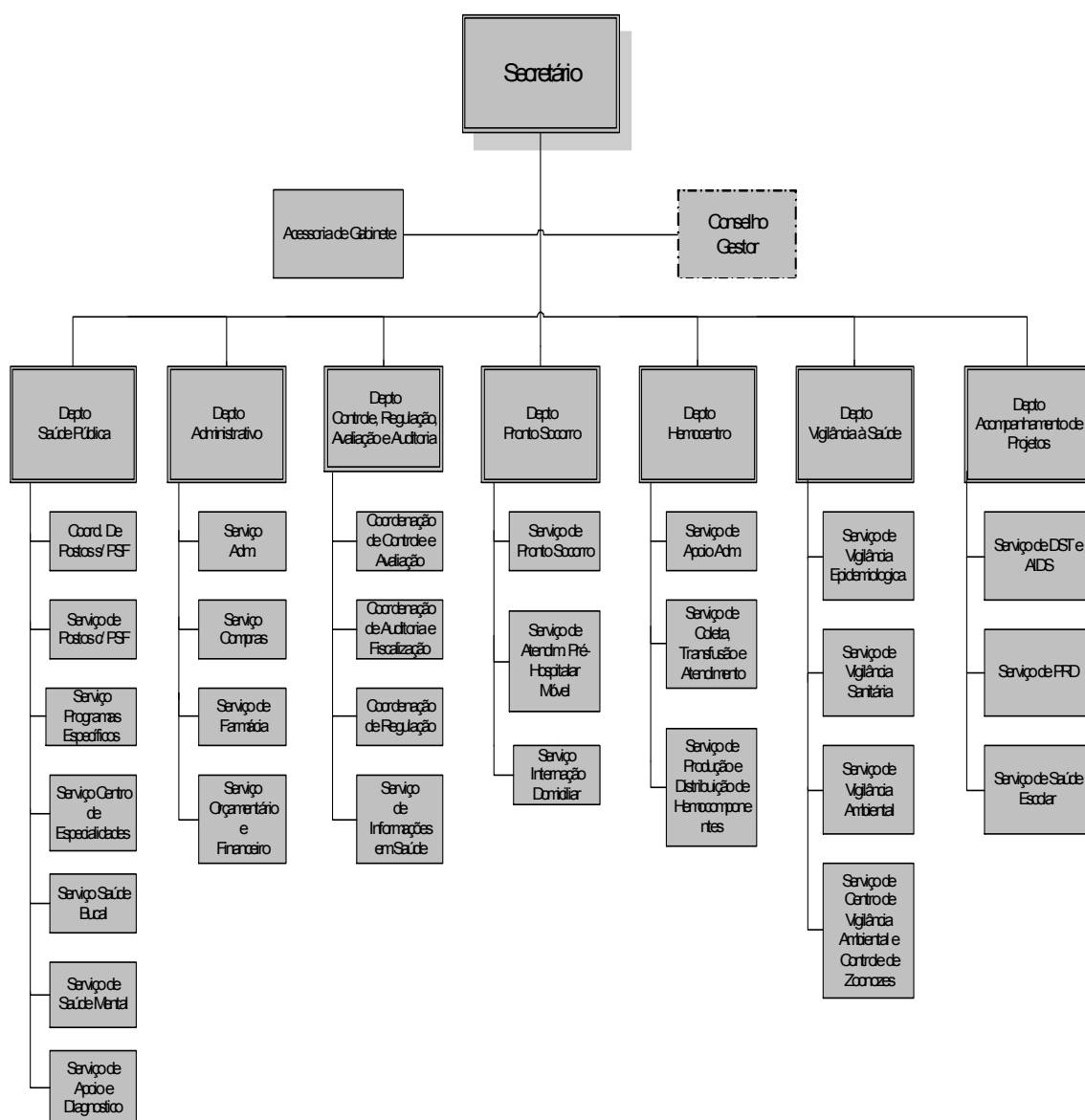
Tabela 26-Número de Internações,por especialidade em 2006

Especialidade	Núm. de Internações
Clínica cirúrgica	10.133
Obstetrícia	5.029
Clínica médica	6.371
Psiquiatria	2.512
Tisiologia	04
Pediatria	2.790
Total	26.839

Fonte: SIH/SUS

## V-ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

-O organograma da secretaria definido conforme legislação municipal vigente é o que segue: Figura 3



É importante observar que os departamentos de Pronto Socorro e de Hemocentro já foram modificados na prática ,mas ainda não oficializados no organograma. O Pronto Socorro encontra-se sob gestão tripartite conforme Termo de convênio assinado entre Município de Pelotas, UFPEL- Universidade Federal de Pelotas e UCPEL – Universidade Católica de Pelotas como parte da contratualização dos hospitais de ensino e o Hemocentro passou para gestão Estadual com parceria com o Município também oficializado através de Termo de Convênio firmado entre o Estado do Rio Grande do Sul e Município de Pelotas.

## **Departamento Administrativo**

A estrutura administrativa do departamento é composta pelos seguintes serviços:

1. Serviço Orçamentário e Financeiro;
2. Serviço de Compras;
3. Serviço de Apoio Administrativo;
4. Serviço de Farmácia;
5. Serviço de Transporte;
6. Serviço de Recursos Humanos;
7. Serviço de Manutenção.

O departamento tem como responsabilidade a execução, acompanhamento e monitoramento das atividades administrativas referentes aos processos de aquisições, manutenção das instalações físicas, transporte de usuários e servidores, gerenciamento dos recursos humanos, distribuição de medicamentos e insumos ambulatoriais, prestação de contas, orçamento e finanças, contratos administrativos, além das rotinas iniciais necessárias para o encaminhamento da liquidação e pagamento dos empenhos a serem realizadas pela Secretaria de Administração e Finanças.

Com relação ao FMS, possui a responsabilidade pela consolidação de dados gerenciais para o acompanhamento da execução orçamentária e financeira, através da elaboração de demonstrativos que permitam o acompanhamento da EC nº 29, evidenciando as receitas, despesas e rendimentos dos programas específicos de cada esfera de governo.

## **Recursos Humanos**

Contamos com 57 servidores estaduais municipalizados, 45 servidores federais municipalizados e 1024 servidores municipais. Dentre eles contamos com variadas especialidades havendo agentes administrativos, funcionários da limpeza, médicos, enfermeiros, técnicos e atendentes de enfermagem, fonoaudiólogos, dentistas, assistentes Sociais, fiscais, psicólogos, médicos veterinários, vigia, auxiliar de serviços diversos, administradores, agentes diversos como por exemplo os de combate ao aedes egypt e de investigação epidemiológica, arquitetos, artesãos, assessores técnicos, biólogos, farmacêuticos, engenheiro de segurança do trabalho, fonoaudiólogos entre tantos outros profissionais que integram os mais diversos níveis de atenção e estão lotados nas Unidades de Saúde e Unidades administrativas da Secretaria Municipal de Saúde.

## **Frota de veículos**

Para realização das atividades da secretaria em todos os setores o município conta com frota vasta, mas ainda insuficiente realizando neste momento programa de manutenção da frota visando melhorar a situação de conservação dos veículos, garantindo maior durabilidade e segurança aos profissionais que os utilizam.

Recentemente recebemos 1 ambulância de reserva para o SAMU e 2 veículos para atender as demandas da Estratégia de Saúde da Família. Estamos em processo de licitação de mais duas ambulâncias tramitando esperando recebê-las ainda no ano de 2007.

## Financiamento

Em 2007 o Ministério pretende implantar o Pacto pela Saúde que envolve diretrizes e metas do sistema Único de saúde estabelecendo os compromissos de cada esfera de governo. No pacto pela saúde haverá mudanças significativas no sistema de financiamento do SUS. As verbas federais da saúde começarão a ser repassadas por meio de cinco grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), substituindo, assim, as mais de cem "caixinhas" atualmente utilizadas para esse repasse. Com isso, os gestores estaduais e municipais poderão implementar políticas de saúde mais próximas das necessidades da população.

Se por um lado este formato de financiamento institui maior liberdade ao gestor de estabelecer suas prioridades, por outro, o gestor deverá ter maior controle e planejamento de suas ações visando otimizar e fazer melhor aproveitamento dos recursos.

Até o momento, como já referimos, o financiamento em saúde tem contado com diversas "caixinhas" de recursos determinados para ações específicas que contam com recursos federais, estaduais e municipais. Os repasses de recursos federais e estaduais são realizados fundo a fundo à exceção dos repasses feitos à UFPEL ( Universidade Federal de Pelotas) que são feitos diretamente ao prestador universitário.

Em 2006 o financiamento dos serviços de saúde de Pelotas aconteceu como segue (Tabela 27)

Tabela 27: Receita fundo municipal de Saúde 2006

<b>RELATÓRIO DE GESTÃO - RECEITA - FMS - PELOTAS</b>		
<b>FONTE</b>	<b>2006</b>	<b>%</b>
Municipal	18.035.168,69	26,23
Estadual	1.475.260,14	2,15
Federal	49.245.659,25	71,62
<b>TOTAL</b>	<b>68.756.088,08</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Relatório de Gestão - SMS Não inclui a FAU

A maior fonte de recursos como pode ser observada na tabela acima é federal distribuída no ano de 2006 como demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 27a-Receita - FMS - Fonte Federal – Pelotas

<b>RECEITA - FMS - FONTE FEDERAL - PELOTAS</b>		
<b>FONTE - FEDERAL</b>	<b>2006</b>	<b>%</b>
Atenção Básica	7.178.555,20	14,58
MAC	32.508.784,79	66,01
FAEC	6.184.977,49	12,56
Vigilância em Saúde	906.543,33	1,84
Assistência Farmacêutica	546.763,80	1,11
Convênios	1.621.961,60	3,29
DST/AIDS	298.073,04	0,61
<b>TOTAL</b>	<b>49.245.659,25</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Relatório de Gestão - SMS Não inclui a FAU

O cálculo dos recursos referidos na tabela 27<sup>a</sup> seguem regras financeiras conforme explicitado na tabela 27b.

Tabela 27b- Receita- FMS Fonte Federal - Pelotas

<b>ANO BASE - 2006</b>			
<b>PROGRAMA - FONTE FEDERAL</b>	<b>REGRA</b>	<b>VALOR</b>	<b>%</b>
	<b>FINANCEIRA</b>		
Gestão Plena do Sistema	PPI	4.465.755,30	76,30
PAB Fixo	15,00 hab/ano	428.141,25	7,31
Ações Básicas de VISA	0,25 hab/ano	7.135,69	0,12
PACS	380,00 p/ ACS	48.640,00	0,83
PSF	5.400,00 p/ equipe	156.600,00	2,68
Programa de Assistência Farmacêutica Básica	1,65 hab/ano	45.563,65	0,78
Teto Financeiro de Vigilância em Saúde	PPI	51.055,98	0,87
SAMU	Mês	84.000,00	1,44
DST/AIDS	Mês	24.839,42	0,42
Financiamento aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador	Mês	14.000,00	0,24
Medicamentos Saúde Mental	Mês	3.671,28	0,06
Medicamentos Hiperdia	1,15 hab/ano	32.443,80	0,55
Medicamentos Asma/Rinite	0,95 hab/ano	26.801,40	0,46
MAC - VISA - Fiscalização	Mês	2.854,28	0,05
Terapia Renal Substitutiva	Mês	461.433,74	7,88
<b>TOTAL</b>		<b>5.852.935,79</b>	<b>100,00</b>

As ações de alta e média complexidade ( MAC) contam com o maior

montante de recursos repassados aos prestadores conforme demonstrado na Tabela 28.

Tabela 28- Média e alta complexidade - ANO BASE - 2006 – mensal.

<b>ANO BASE 2006 - MÉDIA</b>		
<b>FONTE FEDERAL - MAC</b>	<b>VALOR</b>	<b>%</b>
HOSPITAIS	3.352.517,23	82,54
LABORATÓRIOS	129.335,22	3,18
TOMO/MAMO/ULTRA/RAIO X	76.536,60	1,88
FATURAMENTO	127.882,39	3,15
OUTROS	375.517,49	9,25
<b>TOTAL</b>	<b>4.061.788,92</b>	<b>100</b>

Fonte: Relatório de Gestão - SMS inclui a FAU

Fonte: SMS OBS: inclui a FAU

A emenda Constitucional 29 vem estabelecer aplicação mínima de recursos resultantes de impostos estaduais e municipais aumentando progressivamente chegando em 2004 a 12% de aplicação do Estado e 15% de aplicação dos impostos municipais em saúde. O município de Pelotas vem cumprindo o preconizado pela EC 29, o mesmo não acontecendo com o gestor estadual.

Tabela 29-Dados e indicadores financeiros 2001 a 2004- Município: Pelotas – RS

<b>Dados e Indicadores</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	161,44	167,53	171,58	192,36
Despesa com recursos próprios por habitante	32,46	40,78	43,38	55,01
Transferências SUS por habitante	128,98	126,75	128,20	150,94
% despesa com pessoal/despesa total	20,5	24,0	23,4	25,84
% despesa com investimentos/despesa total	1,9	0,9	2,1	1,76
% transferências SUS/despesa total com saúde	79,9	75,7	74,7	78,47
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	14,1	15,6	15,6	18,99
% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica /despesa total	74,0	71,2	69,2	65,42
Despesa total com saúde	52.426.716,62	54.943.039,56	56.855.815,25	64.396.490,46
Despesa com recursos próprios	10.539.889,33	13.374.528,72	14.373.545,52	18.417.429,75
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	74.573.681,64	85.775.473,94	91.943.906,13	96.984.093,72
Transferências SUS	41.886.827,29	41.568.510,84	42.482.269,73	50.531.650,00
Despesa com pessoal	10.767.830,12	13.169.496,83	13.280.401,56	16.638.721,48
Fonte: SIOPS				

## **Departamento de Saúde Pública**

O Departamento de Saúde Pública é responsável pelo planejamento, execução e avaliação das políticas de atenção básica em saúde no município. Atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, consolidando as diretrizes do SUS: equidade, universalidade e integralidade da atenção.

Os eixos prioritários são: atenção à saúde da criança, da mulher, do idoso, à pacientes portadores de doenças crônicas, serviço de saúde bucal, Estratégia de Saúde da Família.

A Atenção Básica é prestada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizam, além das ações de promoção da saúde e prevenção, consultas médicas e de enfermagem (clínica geral, pediatria, ginecologia/obstetrícia), atendimento odontológico e atendimentos básicos (vacinas, curativos, etc). Pelotas, conta com 51 UBS, com função de porta de entrada do sistema, sendo 45 UBS gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde, 03 pela UCPel e 03 pela UFPel.

Os Programas Saúde da Família - PSF e Agentes Comunitários de Saúde - PACS compõem a Atenção Básica. O PSF atualmente está implantado em 17 Unidades Básicas de Saúde com 29 Equipes de Saúde da Família, cobrindo uma população de aproximadamente 100.000 usuários

## **Núcleo de Atenção à Criança**

A redução da Mortalidade Infantil é um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade. Apesar do declínio observado, esta redução está aquém do desejado. No município de Pelotas percebe-se uma estagnação da Mortalidade Infantil nas últimas décadas, principalmente no componente neonatal.

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

integralidade do indivíduo e da assistência, que garantam a resolubilidade adequada e promovam a equidade, integrando a este processo Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família, equipes de apoio, Unidades Básicas de Saúde, atenção especializada, serviços de urgência, ações complementares de assistência (farmacêutica e diagnóstica), atenção hospitalar e ações intersetoriais que envolvam a criança e a família.

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da Mortalidade Infantil, apontam para o compromisso de promover qualidade de vida para a criança, para que esta possa crescer e desenvolver todo seu potencial.

Diretrizes Operacionais:

- Promoção do crescimento e desenvolvimento saudável;
- Atenção integral e integrada a saúde da criança;
- Estímulo às ações trans-setoriais visando a integralidade da atenção;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da criança;
- Avaliação e acompanhamento sistemático de resultados alcançados;

## **Núcleo de Atenção a Pacientes Portadores de Doenças Crônicas**

O Núcleo de Atenção a Pacientes Portadores de Doenças Crônicas tem como objetivo, como refere o nome do núcleo, dar especial atenção à prevenção, controle de agravos e tratamento de doenças crônico-degenerativas que apresentam hoje grande impacto na saúde da população.

É importante definir que as doenças crônico-degenerativas são aquelas caracterizadas por história natural prolongada, com multiplicidade de fatores de risco complexos, interação de fatores etiológico e biológico conhecidos e/ou desconhecidos, longo período de latência e longo curso assintomático, curso clínico em geral prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação, evolução para graus variados de incapacidades ou para morte; Portanto, busca-se mobilizar a clínica convencional há adotar uma perspectiva

sensível à abordagem integral, incorporando o usuário como parceiro na construção da melhor conduta possível e adequada às próprias circunstâncias de vida. Sendo este o desafio que se coloca ao SUS; na promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades.

No campo de atenção à saúde, as doenças crônicas estão em ascensão. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) serão as doenças crônicas que ocuparão a liderança das causas de incapacidades nas próximas duas décadas que, conjuntamente com o aumento da população idosa, representarão um contingente populacional marcado pelo convívio com a cronicidade.

O núcleo dará especial atenção a hipertensão arterial e o diabetes mellitus que se destacam pela magnitude de suas múltiplas expressões, podendo levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos alvo, principalmente coração, cérebro, olhos, rins e vasos periféricos.

A HAS e o DM constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente.

O Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada a essas doenças, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e Sociedade Brasileira de Cardiologia, hipertensão, Nefrologia e Diabetes, Federações Nacionais de Portadores de hipertensão arterial e Diabetes, Conass e Conasems para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessas patologias através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde disponibiliza para estados e municípios de um sistema informatizado (HIPERDIA) que permite o cadastramento de portadores e o seu acompanhamento, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.

#### **Diretrizes Operacionais:**

- Promoção de melhorias na assistência, visando a diminuição dos

agravos decorrentes das enfermidades crônicas e reabilitação da capacidade funcional comprometida;

- Atenção integral e integrada à saúde aos portadores de doenças crônicas
- Estímulo às ações trans-setoriais visando a integralidade da atenção;
- Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando critério de risco;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS em monitoramento de doenças crônicas;
- Promoção de política específica para garantia de insumos e medicações permanentes aos portadores de doenças crônicas.

## **Núcleo de Atenção a Saúde da Mulher**

A política municipal de Atenção a Saúde da Mulher reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

O núcleo de atenção a saúde da mulher incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo da melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar, humanização do atendimento, combate a violência doméstica e sexual e câncer ginecológico.

### **Diretrizes Operacionais:**

- Atenção integral e integrada à saúde mulher;
- Humanização e qualidade no atendimento à mulher;
- Estímulo à reorganização da rede de serviços visando a integralidade da atenção;
- Acesso universal e contínuo aos serviços de saúde;

- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da mulher;
- Avaliação e acompanhamento sistemático de resultados alcançados;

## **Núcleo de Atenção ao Idoso**

O Núcleo de Atenção a Saúde do Idoso tem como prioridade, viabilizar as Diretrizes do Pacto pela Saúde, publicado através da Portaria/GM nº 399/2006.

A prioridade da saúde do idoso é reflexo das conseqüências da dinâmica demográfica do país sobre os serviços de atenção à saúde em todos os seus níveis de complexidade. A população de idosos representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (8,6% da população brasileira). Essa transição demográfica é acompanhada pelo crescimento das doenças crônicas não-transmissíveis. As doenças crônicas não-transmissíveis compõem um grupo de entidades que se caracterizam por apresentar, em geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito.

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

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

### **Diretrizes Operacionais:**

- Promoção do envelhecimento ativo saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde do idoso;
- Estímulo às ações trans-setoriais visando a integralidade da atenção;

- Educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde do idoso;
- Atenção a idosos acolhidos e abrigados em instituições públicas;
- Reabilitação da capacidade funcional comprometida;

## Estratégia de Saúde da Família

### Política de Atenção Básica – Estratégia Saúde da Família (ESF)

Tabela 30- Indicadores da ESF

Município: Pelotas - RS

Indicadores da Atenção Básica											
Ano	Modelo de Atenção	População coberta <sup>(1)</sup>	% população coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família <sup>(2)</sup>	% de crianças c/ esq.vacinal básico em dia <sup>(2)</sup>	% de crianças c/aleit. materno exclusivo <sup>(2)</sup>	% de cobertura de consultas de pré-natal <sup>(2)</sup>	Taxa mortalidade infantil por diarréia <sup>(3)</sup>	Prevalência de desnutrição <sup>(4)</sup>	Taxa hospitalização por pneumonia <sup>(5)</sup>	Taxa hospitalização por desidratação <sup>(5)</sup>
2000	PACS	7.717	2,4	0,06	74,7	65,9	91,2	-	6,6	55,9	21,9
	PSF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>7.717</b>	<b>2,4</b>	<b>0,06</b>	<b>74,7</b>	<b>65,9</b>	<b>91,2</b>	-	<b>6,6</b>	<b>55,9</b>	<b>21,9</b>
2001	PACS	9.128	2,8	0,06	82,6	69,6	90,7	-	4,0	49,1	11,1
	PSF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>9.128</b>	<b>2,8</b>	<b>0,06</b>	<b>82,6</b>	<b>69,6</b>	<b>90,7</b>	-	<b>4,0</b>	<b>49,1</b>	<b>11,1</b>
2002	PACS	60.347	18,4	0,07	88,8	67,7	83,1	3,2	6,7	28,1	11,9
	PSF	6.690	2,0	0,08	93,8	71,3	90,6	-	2,9	14,4	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>67.037</b>	<b>20,4</b>	<b>0,07</b>	<b>89,6</b>	<b>68,3</b>	<b>84,3</b>	<b>2,7</b>	<b>5,9</b>	<b>26,8</b>	<b>10,8</b>
2003	PACS	41.863	12,6	0,09	88,6	54,8	88,8	8,9	7,2	28,4	10,4
	PSF	18.515	5,6	0,09	95,1	73,9	94,1	4,7	4,4	49,7	15,8
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>60.378</b>	<b>18,2</b>	<b>0,09</b>	<b>93,2</b>	<b>68,4</b>	<b>92,8</b>	<b>5,8</b>	<b>5,1</b>	<b>36,5</b>	<b>12,4</b>
2004	PACS	20.395	6,1	0,05	92,8	67,3	89,8	-	4,0	17,9	6,4
	PSF	53.426	16,0	-	-	-	-	-	-	-	-
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>73.821</b>	<b>22,1</b>	<b>0,05</b>	<b>92,8</b>	<b>67,3</b>	<b>89,8</b>	-	<b>4,0</b>	<b>4,6</b>	<b>1,6</b>
2005	PACS	4.696	1,4	0,06	92,1	65,8	92,7	-	3,0	57,3	7,2
	PSF	75.823	22,1	0,05	95,4	72,8	93,3	1,2	3,2	24,6	5,2
	Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>80.519</b>	<b>23,5</b>	<b>0,05</b>	<b>95,2</b>	<b>72,3</b>	<b>93,2</b>	<b>1,1</b>	<b>3,2</b>	<b>26,4</b>	<b>5,3</b>

Fonte: SIAB

Notas:

(1): Situação no final do ano

(2): Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos.

(3): por 1.000 nascidos vivos

(4): em menores de 2 anos, por 100

(5): em menores de 5 anos, por 1000; menores de 5 anos na situação do final do ano

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

A estratégia de saúde da família (ESF) incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF),

que trabalha com base nos seguintes princípios:

### **1- caráter substitutivo**

- A ESF não significa criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas. No entanto, o modelo tradicional, geralmente centrado em especialistas, é substituído por equipe de saúde da família com abordagem integral das necessidades de saúde da população.

### **2 – Integralidade e hierarquização**

- A USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica à saúde.

### **3- Territorialização e cadastramento da clientela**

- A USF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área.

### **4- Equipe multiprofissional**

- Cada equipe da ESF atualmente no município, é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS) para um grupo de aproximadamente 1.000 famílias, totalizando 3.000 a 4.000 pessoas.

Destaca-se ainda, a importância da inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Pretende-se inicialmente, incorporar a saúde bucal na ESF/Pelotas dentro da modalidade 1, que prevê um Cirurgião Dentista (CD) e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) com carga horária de 40 horas semanais, integrando-se a equipe de saúde da família, disponibilizando atendimento odontológico educativo, preventivo e curativo para comunidade.

A inserção das equipes de saúde bucal ESB deverá ocorrer, primeiramente, naquelas UBS/ESF com apenas 1 equipe de saúde da família e que já possuam consultório odontológico, seguindo a seguinte ordem:

1ª etapa) Vila Princesa, Sítio Floresta

2ª etapa) Arco Íris, Barro Duro e Sanga Funda

3ª etapa) Cerrito Alegre, Grupelli, Cordeiro de Farias e Vila Nova

Com o objetivo de favorecer a implantação, consolidação e qualificação da estratégia Saúde da Família, nos municípios acima de 100 mil habitantes, o Ministério da Saúde firmou acordo de empréstimo (N.º 7105 BR) com o Banco Mundial para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) em 22/09/2002. Em outubro de 2002, o município de Pelotas aderiu, juntamente com outros 188 municípios do Brasil, ao programa de reorganização, expansão e consolidação da saúde da família (PROESF).

A partir de então, o município passou a receber recursos da chamada Fase I do PROESF, com o objetivo de qualificar e ampliar UBS adequando-as as necessidades das equipes de saúde da família, possibilitando desta forma, a conversão do modelo de atenção a saúde tradicional para a estratégia saúde da família.

Para o ano de 2007 o Ministério da Saúde está pactuando com os municípios a Fase II do PROESF, que visa dar continuidade para reorganização e reorientação da atenção básica. Metas 2006

Tabela 31-Metas da estratégia de Saúde da Família

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA METAS 2006	COMO	QUANDO
Implantar 7 equipes de ESF, sendo: UBS Obelisco – 3 equipes UBS Dom Pedro - 2 equipes UBS Leocádia – 1 equipe UBS Areal I – 1 equipe	Contratação de recursos humanos 7 médicos de saúde da família 7 enfermeiros de saúde da família 7 auxiliares de enfermagem de saúde da família 36 agentes comunitários de saúde da família	UBS Obelisco – dezembro/06 UBS Dom Pedro - dezembro/06 UBS Leocádia – dezembro/06 UBS Areal I – dezembro/06
Proporcionar pós-graduação em saúde da família aos profissionais da ESF	Realização do Pólo de Capacitação Regional	Junho/06
Inclusão da equipe de Saúde Bucal na ESF nas UBS Vila Princesa, Sítio Floresta	Contratação de ACD (auxiliar de consultório dentário) e CD	Nov/06
Treinamento para agentes comunitários de saúde	Realização do Pólo de Capacitação Regional	1º semestre 2007
Aquisição de equipamentos e moveis através do PROESF (Projeto Expansão da Saúde da Família) para as UBS ampliadas para receber Equipes de Saúde da Família.	Recursos do PROESF	Nov/06

## Serviço de saúde bucal

Política de Atenção Básica em Saúde Bucal:

Situação Epidemiológica:

Tabela 32-Resultados do SB 2000 para o município de Pelotas:

Faixa Etária	Índice CPOD
12 anos	1,74
15 a 19 anos	4,5
35 a 44 anos	17,69
65 a 74 anos	24,70

Tabela 33-Indicadores de Saúde Bucal:

Indicador	Fonte	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Metas 2006
Cobertura de primeira consulta odontológica	SIA/SUS	10,62	11,31	12,46	12,41	13,09	11,66	10,4	9,8	10
Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos <sup>(1)</sup>	SIA/SUS		0,02	0,03	0,07	0,12	0,10	0,22	0,61	0,6
Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais	SIA/SUS	15,37	16,36	17,21	2,61	13,59	14,80	13,77	8,47	8,2

Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada – indicador a partir de 2006

## **Disponibilidade e ampliação de serviços odontológicos**

A situação epidemiológica de saúde bucal do município, segundo SB 2000, revela um CPOD de 1,74 aos 12 anos de idade, o que reflete que até esta faixa etária as ações em saúde bucal vêm sendo relativamente efetivas. Em contrapartida, o índice aumenta gradativamente em faixas etárias maiores, sendo que na faixa etária de 35 a 44 anos cada indivíduo possui em média 9.35 dentes perdidos e aos 65 a 74 anos, 22.42 dentes perdidos, sem reabilitação protética.

Sabendo que grande parte da perda dental pode ser evitada com tratamento endodôntico e periodontal torna-se fundamental a implantação destes serviços na rede municipal de saúde. Além disso, necessitamos oportunizar reabilitação protética para os indivíduos que já tiveram perda dental.

Das 45 unidades gerenciadas pelo município, 32 delas contam com equipamento odontológico, 22 na zona urbana e 10 na zona rural, além disso, existem 08 consultórios odontológicos instalados em escolas públicas, onde são realizadas atividades de atenção básica em saúde bucal.

No que concerne recursos humanos em saúde bucal, o município conta com 61 cirurgiões-dentistas. Destes, 51 efetivos do município, 04 em contrato administrativo, 04 dentistas oriundos do Estado e dois oriundos da União. Do total de 57 dentistas, 50 efetivamente trabalham no atendimento primário da população, 02 exercem atividades burocráticas junto ao Departamento de Saúde Pública - Serviço de Saúde Bucal desta Secretaria, e 02 trabalham no Departamento de Controle Regulação e Auditoria e 01 no Gabinete do Secretário, 01 está em licença saúde e 01 afastado para cumprir serviço militar.

Nos últimos anos a Secretaria de Saúde tem buscado a ampliação do acesso e qualificação da assistência odontológica nas unidades sanitárias, conseguindo assim, uma melhor qualidade no atendimento e ampliando a gama de procedimentos oferecidos à população, incluindo os grupos de puericultura e gestantes. Nas escolas públicas desenvolve-se um programa de atenção à saúde bucal através de procedimentos educativo-preventivos coletivos.

Para atendimento odontológico a trabalhadores há o serviço de saúde bucal noturno (até as 22:00 hs) em quatro Unidades Básicas de Saúde e pronto-

atendimento bucomaxilofacial 24hs no Pronto Socorro Municipal.

O município conta com um Centro de Especialidades (CNES nº 2254131), localizado na área central da cidade em prédio com 1117 m<sup>2</sup>, o qual oferece consultas e exames em diversas especialidades médicas, além de 1 consultório odontológico. O local possui área para instalação de serviço de radiologia odontológica, outros 3 consultórios odontológicos para estruturação de um Centro de Especialidades Odontológicas (ceo). A partir da reorganização da atenção básica, surge a necessidade de instalação de serviço especializado em saúde bucal, onde possa ser oferecido à população tratamento endodôntico, periodontal, atendimento a PPDs, serviço de radiologia, prótese, cirurgia bucomaxilofacial e diagnóstico de câncer bucal. Estas necessidades vêm ao encontro da política de saúde bucal do Governo Federal (Brasil Sorridente).

A partir da implantação do Centro de Especialidades Odontológicas visamos ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população do município de Pelotas e região, aumentando a resolutividade da atenção básica e proporcionando um serviço de referência e contra-referência de ações odontológicas especializadas eficiente.

Destaca-se ainda, a importância da inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a compor uma equipe de trabalho que se relacione com equipe multiprofissional e com usuários. Além de dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual, há o estabelecimento de vínculo territorial.

Pretende-se inicialmente, incorporar a saúde bucal na ESF/Pelotas dentro da modalidade 1, que prevê um Cirurgião Dentista (CD) e um Auxiliar de Consultório Dentário com carga horária de 40 horas semanais, integrando-se a equipe de saúde da família, disponibilizando atendimento odontológico educativo, preventivo e curativo para comunidade.

Contratação de recursos humanos:

- Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) – criar o cargo no quadro de funcionários do município, com carga horária de 40 horas semanais.

- Cirurgião Dentista (CD) – aproveitar os profissionais (CDs) da rede e estipular incentivo para complementação de carga horária.

Implantar primeiramente, as ESB no PSF naquelas UBS/PSF com apenas 1 equipe de saúde da família e que já possuam consultório odontológico.

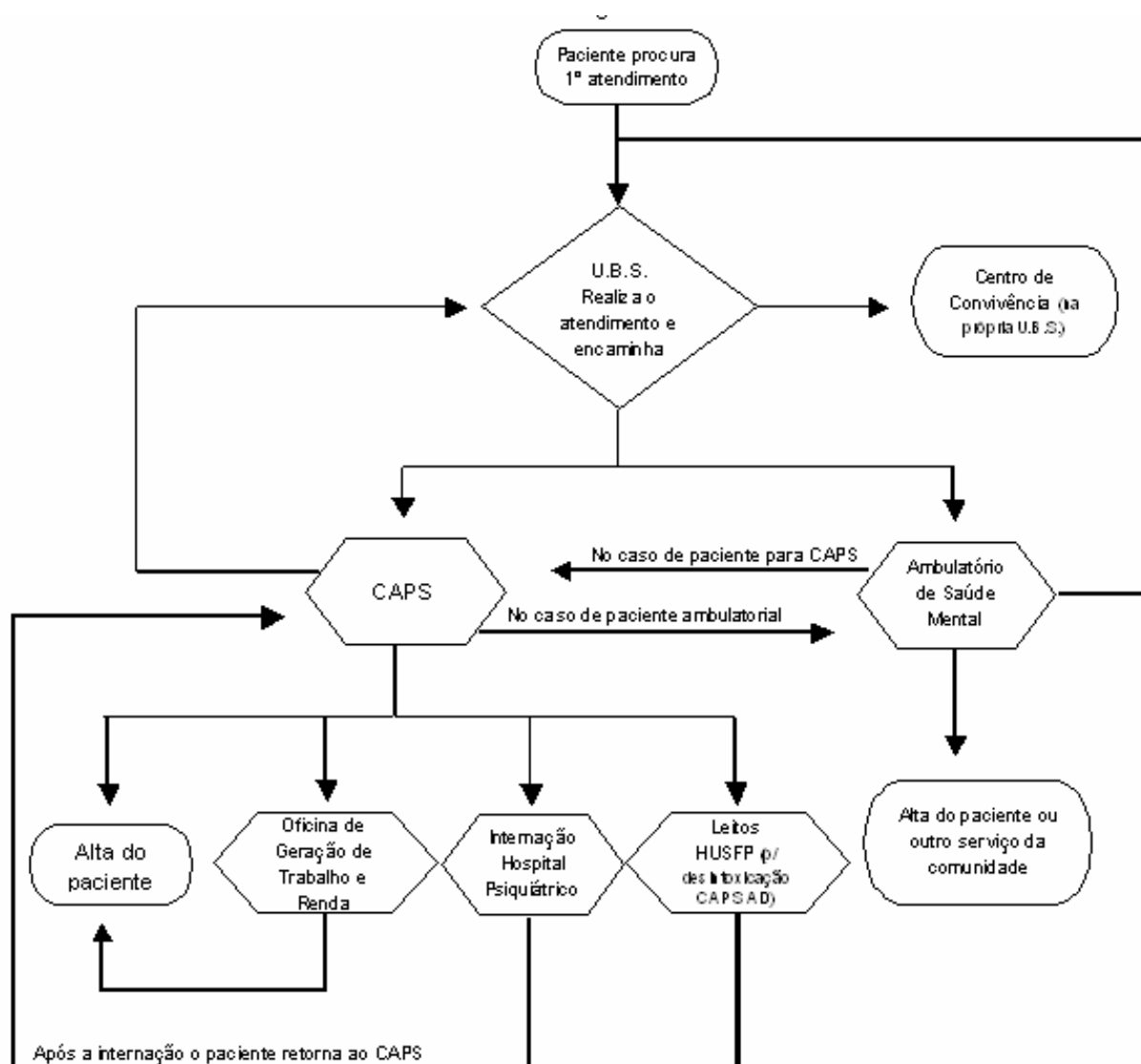
1ª etapa) Vila Princesa, Sítio Floresta – são UBS com 1 equipe de PSF, em localidades distantes do centro da cidade, que nunca contaram com serviço odontológico e possuem consultório disponível para implantar o serviço.

2ª etapa) Arco Íris, Barro Duro e Sanga Funda – possuem 1 equipe de PSF e atendimento odontológico em apenas 1 turno.

3ª etapa) Cerrito Alegre, Grupelli, Cordeiro de Farias e Vila Nova – UBS da colônia com 1 equipe de PSF e atendimento odontológico em apenas 1 turno.

## Serviço de Saúde Mental

### Fluxo do atendimento rede de saúde mental



## **CAPS - Centro de Atenção Psico-social**

### **O que são?**

São centros de atenção Psico-social dotados de equipe interdisciplinar que visam a reinserção social de pacientes que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes.

### **Características**

- Organização da demanda e da rede de cuidados em Saúde Mental como regulador da porta de entrada da rede assistencial do seu território;
- Coordenar as atividades de supervisão dos Hospitais Psiquiátricos no seu território;
- Supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, Serviço e Programas de Saúde Mental;
- Realizar o cadastramento de pacientes que utilizam medicamentos essenciais.

### **Modalidades de atenção**

- Intensivo – 45 pac. / 25 x mês
- Semi-Intensivo – 75 pac. / 12 x mês
- Não-Intensivo – 100 pac. / 3 x mês

### **Atividades**

- Oficinas Terapêuticas
- Atendimento em Grupo
- Atendimento Individual

- Visita domiciliar

## **Eventos**

- ENCONTRÃO: Encontro anual realizado para confraternização de todos profissionais e usuários dos serviços de Saúde Mental e CAPS dos municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde.
- OLIMPÍADAS: É realizada anualmente uma olimpíada para os usuários dos CAPS de Pelotas com atividades de confraternização e competição com distribuição de medalhas em diversas modalidades de atletismo e futebol.
- Este ano foi realizada a 1ª Olimpíada da Região Sul, que foi com os usuários dos Serviços de Saúde Mental de todos municípios que compõem a 3ª C.R.S.

## **Ambulatória saúde mental**

- Localizado no Centro de Especialidades (Rua Voluntários da Pátria, 1428) – sala 502;
- Horário: 8h às 12h e das 13:30h às 17:30h
- Equipe: Psiquiatra, Psicólogo, Ass. Social e Aux. Enfermagem;
- Público Alvo: Zona Rural e pacientes com alta dos CAPS e restante da rede.

## **Centros de convivência**

- Localizado junto às Unidades Básicas;
- Atividades: Oficinas, Grupos, etc.

- Equipe: da rede básica e PSF.

### **Oficina de geração de trabalho e renda**

- As Oficinas de Geração de Trabalho e Renda são orientadas para a autogestão, preservação ambiental e para a cidadania ativa.
- São utilizadas técnicas de reciclagem de materiais, papel jornal, garrafas PET e papel, pois além de estimular a preservação ambiental, trata-se de reciclar o “lixo”
- Esse serviço é referência para todos os CAPS e Serviços de Saúde Mental do município, para as questões de (re) inserção social através do trabalho

### **Projetos**

- CAPS i
- Programa de Volta pra Casa
- Residências Terapêuticas
- Leitos em Hospital Geral

“Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará assim uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto” (Albert Einstein)

### **Serviço de fonoaudiologia**

O Serviço de Fonoaudiologia do município de Pelotas está associado ao departamento de saúde pública e funciona no Centro de Especialidades.

Até 2003 quando foi criado o cargo de fonoaudiologia na prefeitura municipal os atendimentos fonoaudiológicos resumiam-se ao atendimento de demandas judiciais.

Após criação do cargo foi aberto concurso para o qual foram chamadas duas fonoaudiólogas e hoje o serviço conta com quatro profissionais.

Realiza atendimentos individuais e em grupo, exames audiológicos no ambulatório da Universidade Federal de Pelotas um turno por semana, grupos de orientação de familiares de pacientes em lista de espera e dedica 8 horas semanais à ações de promoção e prevenção à saúde nas unidades diversas de saúde do município.

A porta de entrada do serviço é a Central de marcação de consultas, sendo que agenda dos atendimentos em terapia é controlada pelos próprios profissionais.

Apesar de ser um serviço novo na Secretaria tem buscado a articulação com os diversos setores da saúde pública com progressos importantes no desenvolvimento do serviço.

O preparo da agenda e das metas do serviço de fonoaudiologia foram construídos dentro da lógica dos núcleos definidos pelo departamento de saúde pública. Apesar da ligação com os diversos núcleos, a atenção à criança foi priorizada em virtude de ser até o momento a área de maior demanda do serviço.

## **Sistema de urgência e emergência**

Pelotas conta hoje com um Pronto Socorro Municipal que atende em torno de 300 pacientes por dia recebendo não só os pelotenses como a população dos 22 municípios que pertencem à 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, que corresponde a um a população de aproximadamente 800.000 habitantes.

O PSM está sediado junto ao hospital Universitário São Francisco de Paula. Até o início de 2006 encontrava-se sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. No mês de abril de 2006 foi assinada a contratualização com a Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) ficando esta unidade de urgência sob gestão bipartite (SMS e UCPEL) até setembro de 2006. Em setembro a contratualização também foi assinada com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) havendo hoje uma gestão compartilhada entre UFPEL, UCPEL e SMS

Conta com profissionais socorristas, médicos clínicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, cirurgiões e equipe de apoio administrativo sendo hoje importante porta de entrada do SUS ao sistema

O atendimento de emergência é realizado na sede do pronto socorro e os pacientes que necessitam de internação ou cirurgia são encaminhados aos 5 hospitais da cidade através de central de leitos instalada no prédio da SMS.

O sistema de urgência conta também com o SAMU (Serviço de Atenção Móvel às urgências) que faz parte da Política Nacional de Atenção às Urgências, fruto do trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

O SAMU de Pelotas foi implantado em 25/08/2005 com 5 ambulâncias sendo 3 de suporte básico e 1 de suporte avançado e 1 ambulância de suporte básico de reserva objetivando qualificar ainda mais o socorro às urgências. Durante o período em que o SAMU vem atuando temos buscado integrar a atenção às urgências a todos os serviços existentes no município que, para maior qualificação do atendimento, necessitem estar articulados com o Pronto socorro municipal, hospitais, central de internação entre outros.

Objetiva-se com o SAMU manter a qualidade de prestação de serviços

em urgência, emergência e trauma (atendimento pré-hospitalar). Presta atendimento de urgência também na área psiquiátrica, ginecológica e obstétrica tendo como foco principal o atendimento ao trauma e a emergência clínica.

## **Departamento de Vigilância em Saúde**

Segundo a Lei 8.080, a Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. No parágrafo único, dizem respeito também à saúde às ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade de condições de bem-estar físico, mental e social.

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

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

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

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

As atividades de Vigilância em Saúde integram o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e são financiadas por recursos do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde -TFVS, do Ministério da Saúde, do Termo de Ajustes de Metas – TAM – da ANVISA, da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – RENAST, do Banco Mundial ( Projeto VIGISUS ), dos Municípios e do Tesouro do Estado.

## **Vigilância Ambiental**

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

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

Como principais objetivos da Vigilância Ambiental destacam-se: produzir, integrar, processar e interpretar informações, para disponibilizar instrumentos para

planejamentos e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente; estabelecer os principais parâmetros, atribuições, procedimentos e ações relacionadas à vigilância ambiental em saúde nas diversas instâncias de competência: identificar os riscos e divulgar as informações referentes aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças e outros agravos à saúde; intervir com ações de responsabilidade do setor ou demandando para outros setores, com vistas a eliminar os principais fatores ambientais de riscos à saúde humana; promover, junto aos órgãos afins ações de proteção da saúde humana relacionadas ao controle e recuperação de meio ambiente; conhecer e estimular a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, visando ao fortalecimento da participação da população na promoção da saúde e qualidade de vida.

Destaca-se que a Vigilância Ambiental em saúde tem necessariamente um caráter integrador inter e intra setorial, considerando-se que é impossível realizar atividades de vigilância e controle de riscos ambientais para a saúde humana, sem uma avaliação e ação conjunta de todos os setores envolvidos com o ambiente e a saúde humana em um determinado território.

## **Vigilância Epidemiológica do Município de Pelotas**

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

Com base neste conceito a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas disponibiliza informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, assim como os fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada para a execução de ações de controle e prevenção. Além disso, é um instrumento importante para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização das atividades técnicas correlatas. A operacionalização da vigilância epidemiológica é composta por um conjunto de funções específicas e

complementares que devem ser desenvolvidas de maneira contínua, permitindo conhecer a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo em questão.

São ações da Vigilância Epidemiológica a coleta de dados, o processamento dos dados coletados, a análise e interpretação dos dados processados, a recomendação das medidas de controle apropriadas, a promoção das ações de controle indicadas, a avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes. E pela vulnerabilidade das doenças imunopreveníveis pelo uso de vacina, estas historicamente são objeto da vigilância epidemiológica.

Todos os níveis do sistema de saúde têm atribuições de vigilância epidemiológica dentro das funções mencionadas. Quanto mais eficiente essas funções forem realizados maior será a eficácia das ações de controle desenvolvidas. Após a implantação da NOB/SUS/96 grandes avanços ocorreram na descentralização das ações de Vigilância epidemiologia. A relação das doenças e agravos de notificação compulsória tem sofrido revisões em função de novas ações programáticas instituídas para controlar problemas específicos de saúde. As portarias federais definem as doenças e agravos de notificação compulsória para todo o território nacional. Além disso, todas as suspeitas de surto ou agravo inusitado devem ser investigadas e imediatamente notificadas aos níveis hierárquicos superiores pelo meio mais rápido de comunicação disponível.

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

## **Vigilância Sanitária**

Entende-se por Vigilância Sanitária um 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 da saúde.

Esta definição denota a abrangência de Vigilância Sanitária (VISA) e sua natureza essencialmente preventiva contendo especificidades que a diferenciam de

outras ações e serviços de saúde devido ao vínculo estreito com os setores econômico, jurídico, público e privado e com a organização econômica da sociedade e seu desenvolvimento tecnológico e científico que abrangem um amplo espectro dos elementos determinantes do processo saúde-doença-qualidade de vida e que podem ser entendidos como risco ou problemas/necessidades de saúde relacionadas à produção, circulação e consumo de bens e serviços.

São ações da VISA; inspecionar; cadastrar; emitir alvarás sanitários; colher amostras para análise fiscal; cobrar taxas; abrir e acompanhar o processo administrativo sanitário em seus ritos desde a lavratura do auto de infração até a aplicação de suas penalidades previstas em legislação própria (advertência, multa interdição,...); analisar projetos arquitetônicos; definir normas.

A VISA está estruturada dentro dos serviços abaixo citados:

- Vigilância dos Produtos – setor de alimentos, sangue, medicamentos e cosméticos e saneantes.
- Vigilância dos Estabelecimentos de Saúde – setores de estabelecimentos de saúde e controle de infecção em estabelecimentos de saúde.

As ações da Vigilância Sanitária são privativas de órgãos públicos de saúde, indelegáveis, intransferíveis a outro, mesmo que da administração direta.

## **Departamento de Controle Avaliação e Auditoria**

O município de Pelotas, desde agosto de 2000 está em Gestão Plena do Sistema Municipal, recebendo diretamente em seu Fundo Municipal de Saúde o total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o próprio município e parcela destinada ao atendimento da população referenciada.

Município-pólo, oferta serviços de média e alta complexidade para sua população e para municípios da 3ª e 7ª Coordenadorias Regionais de Saúde, perfazendo aproximadamente um milhão de habitantes.

As ações de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria, responsabilidade do gestor do SUS nas três esferas de governo e regulamentadas pela Lei 8080/90 e

Norma Operacional de Assistência à Saúde –NOAS-SUS 01/01 e NOAS-SUS 01/2002 são desenvolvidas, à nível municipal pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria.

Conforme a NOAS 01/2002, o controle e a avaliação dos prestadores de serviços compreende:

- Conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território
- Cadastramento de serviços
- Condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com necessidades encontradas e legislação específica,
- Acompanhamento do faturamento,
- Quantidade e qualidade dos serviços prestados.

O escopo da Regulação é entendido na NOAS 01/2002 como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, traduzida na prática pelas Centrais de Regulação (Leitos, Consultas Especializadas, Exames, ..)

## **Ações desenvolvidas no DCAA**

### **Controle**

- Revisão de Laudos Médicos para liberação de Autorização de Internação Hospitalar (AIHs);
- Revisão técnico-administrativa de laudos e prontuários médicos para autorização de mudanças de procedimento, diárias de UTI e outros procedimentos especiais durante a internação hospitalar;
- Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APACs), tais como Terapia Renal Substitutiva, Quimioterapia, Radioterapia e outros, através de revisão técnico-administrativa;

- Autorização de Exames Especializados (Endoscopias, Ultrassonografias, ..) a nível ambulatorial;
- Revisão técnico-administrativa de contas de procedimentos ambulatoriais;
- Controle do faturamento e pagamentos aos prestadores;
- Controle dos principais procedimentos realizados;
- Controle mensal de AIHs e do teto físico e financeiro contratado com prestadores;
- Cadastramento de prestadores e serviços de saúde de acordo com as normas e portarias vigentes;
- Manutenção do cadastro de prestadores atualizado;
- Alimentação e manutenção do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

### **Avaliação**

- Análise mensal de relatórios de faturamento dos prestadores em relação aos tetos físico-financeiros contratados avaliando o alcance ou extrapolação dos mesmos;
- Acompanhamento mensal da produção hospitalar e ambulatorial procurando identificar alcance ou falhas na cobertura assistencial, de acordo com demanda reprimida verificada principalmente na marcação de consultas e exames especializados, procura por cirurgias eletivas e outros;
- Análise de série histórica de internações e de procedimentos realizados a nível ambulatorial e hospitalar, avaliando custo, tempo médio de internação e variações sazonais;
- Acompanhamento dos sistemas e procedimentos de Alta Complexidade;
- Avaliação do alcance dos tetos financeiros da Municipalização Plena mensalmente e realização de análise acumulada semestral e anual;

- Acompanhamento do faturamento das ações do PAB e PABA;
- Acompanhamento de indicadores e parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade;
- Avaliação do impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população.

### **Auditoria**

- Realização de auditoria operacional de AIHs bloqueadas mensalmente segundo critérios pré-estabelecidos pelos gestores do SUS;
- Auditoria especial quando solicitada para análise de casos fora da rotina ou denúncias;
- Realização de auditorias em serviços de Alta Complexidade;
- Realização de auditoria em todos os prestadores contratados pelo SUS de forma operacional ou de acordo com demandas identificadas no processo de controle e avaliação.

### **Fiscalização**

- Recebimento de denúncias em relação ao processo assistencial no SUS e apuração e encaminhamento das mesmas de acordo com o previsto nos contratos com prestadores;
- Apuração de denúncias via Cartas do Ministério da Saúde, Ouvidorias, Conselho Municipal de Saúde e outros;
- Atuação em conjunto com a Vigilância Sanitária em vistorias em estabelecimentos de saúde.

### **Tratamento fora de domicílio**

O Serviço de Acolhimento ao Usuário trata do encaminhamento, a outros municípios, de pacientes com necessidades de consultas e procedimentos que não são prestados pelo SUS em Pelotas.

## **Regulação**

- Elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI) de acordo com parâmetros propostos e com vistas às demandas sentidas e à capacidade instalada local, para subsidiar o processo de regulação intra e intermunicipal;
- Criação de mecanismos para identificar a procedência dos usuários dos serviços ambulatoriais;
- Monitoração do cumprimento efetivo dos termos pactuados na PPI
- Identificação de pontos de desajuste entre a pactuação e a demanda para realimentar a PPI;
- Implantação e implementação das Centrais de Regulação de leitos, consultas e exames especializados, conforme especificado abaixo.

## **Central de Marcação de Consultas Especializadas**

Agendamentos por telefone de primeiras consultas à especialistas do SUS pelas Unidades Básicas, Ambulatórios e Secretarias Municipais de Saúde da área de abrangência

## **Central de Leitos Hospitalares**

- Manter sob controle do gestor o fluxo de pacientes que necessitam internação hospitalar e a regulação da demanda reprimida (lista de espera), permitindo que sejam garantidos os preceitos básicos do SUS, organizando e garantindo o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime.

## **Departamento de Acompanhamento de Projetos**

Departamento responsável pelos programas especiais, com verba

específica e forma de atuação em população definida.

Atualmente o departamento coordena, também, as verbas estaduais e federais que são disponibilizadas através de Consulta Popular e Emendas Parlamentares e o setor de arquitetura.

Os serviços são: Programa Municipal de DST/AIDS, Programa Municipal de Redução de Danos e Centro de Atendimento a Saúde Escolar (CASE).

## **Programa DST/AIDS**

O Programa Municipal de DST/AIDS foi criado em 1998 com o objetivo de organizar as ações de prevenção e assistência as DST's, HIV/AIDS na cidade de Pelotas.

O Programa atua nas seguintes áreas:

- 1) Promoção, Prevenção e Proteção;
- 2) Diagnóstico, Tratamento e Assistência;
- 3) Desenvolvimento Institucional e Gestão;

1) Promoção, Prevenção e Proteção:

- Campanhas preventivas
- Material educativo e informativo
- Peças publicitárias
- Redução de Danos pelo uso de drogas
- Capacitação de recursos humanos
- Disponibilização de preservativos
- Acesso a populações + vulneráveis ( HSH, PS, carcerária, C&A, UD e

UDI )

2) *Diagnóstico, Tratamento e Assistência:*

- Atenção a gestantes HIV (+), e às crianças expostas ao HIV / sífilis

congenita

- Atenção a gestantes portadora de sífilis
- Atenção aos portadores de DST
- Atenção as pessoas vivendo com HIV/AIDS (adesão)
- Diagnóstico a acompanhamento laboratorial
- Aquisição de medicamentos ( DST, HIV, IO ), equipamentos ( HD, CTA, laboratório, Programa Municipal ) e insumos ( laboratórios ) e KITS
- Capacitação de Recursos Humanos

### *3) Desenvolvimento Institucional e Gestão:*

- Capacitação de Recursos Humanos (saúde, educação e assistência social )
- Monitoramento e avaliação das ações (consultoria)
- Realizar ações de promoção do Controle Social em DST/HIV/AIDS (Seminário Grupo de Trabalho Vinculado ao Conselho de Saúde )

### **Serviços:**

1. SAE
2. CTA
3. HOSPITAL DIA
4. PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS
5. ONG VALE A VIDA
6. ONG GESTO
7. PASTORAL DA AIDS

1.SAE (Serviço de atendimento especializado à pacientes HIV/AIDS).

Inaugurado em Abril de 1998, tem parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e FAMED/UFPel, é formado por uma equipe multidisciplinar: Clínicos (7), Pediatras (2), Enfermeira (1), Ginecologistas e Obstetras (2), Assistente Social (1),

Farmacêutica (1), Assistente Farmacêutica (1)

Atendimento diário aos pacientes HIV positivos encaminhados pelo CTA, postos de saúde da rede municipal, outras cidades da região.

Atendimento diário, em dois turnos.

Atendimento médio mensal: - Clínico: 360 pacientes; - Enfermagem: 300 pacientes; - Serviço Social: 200 pacientes

## 2. CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento)

Entrou em funcionamento em agosto de 1991, com o objetivo de propiciar o acesso da população à testagem do HIV, com aconselhamento pré e pós teste; durante ou após o processo de testagem, se necessário, são feitos encaminhamentos para o SAE ou para tratamento de DST's.

O CTA funciona em dois turnos de segunda à quinta-feira e sexta-feira pela manhã.

A equipe do CTA é composta por três aconseladoras, um recepcionista e uma coletadora.

No ano de 2005 até novembro, foram realizados 1409 testes, destes 73 resultados foram positivos e 63 confirmatórios.

## 3. HOSPITAL DIA

Fundado em 1998, é um sistema de internação onde o paciente passa algumas horas no hospital. Recebe o tratamento de sua doença e retorna para o convívio familiar e suas atividades profissionais.

É formado por uma equipe de: Médicos (2), Enfermeira (1), Auxiliar de Enfermagem (1).

## 4. PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS (PRD)

Histórico

Em outubro de 2001, foi implantado o Programa de Redução de Danos. Três meses após, o programa foi contemplado com recursos federais que visavam à ampliação do trabalho de prevenção de HIV/AIDS/HBV entre a população usuária de

drogas injetáveis. Em fevereiro de 2002 os recursos recebidos começaram a ser utilizado neste programa.

Desde o primeiro mês de trabalho mostrou-se surpreendente a grande demanda pelos kits distribuídos e a receptividade da comunidade envolvida.

Em função da grande demanda foram feitas parcerias com o SAE (Serviço de Assistência Especializada), CAPS (Centro de Apoio Psico-Social), CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) para o apoio necessário.

Foram realizadas reuniões com o poder judiciário, especificamente os órgãos da Brigada Militar, Promotoria Pública e Delegacias com o finalidade de apresentar o programa e sensibilizar para o trabalho realizado.

A zona urbana de Pelotas conta com seis grandes bairros, inicialmente dois bairros foram atendidos<sup>1</sup> - Porto (compreende os bairros Navegantes I, II, III, Ambrósio Perret, Fátima, Balsa e assentamentos, população de 57.155 habitantes) e Areal (compreende os bairros Dunas, Vasco Pires, Clara Nunes, Darcy Ribeiro, Jardim Europa e Bom Jesus - população 82.092 habitantes) e, atualmente, estamos ampliando a cobertura para o bairro Centro - população 57.155 habitantes. Pretendemos, ainda em 2003 ampliar para o bairro Fragata - população 73.625 Habitantes.

O atendimento nos bairros se dá em diversas maneiras, como a abordagem direta de UDI (usuários de drogas injetáveis) fornecendo kits, a abordagem da comunidade para informar e sensibilizar para a prevenção do HIV/AIDS/HBV e para o acolhimento da equipe, no qual tivemos retornos adequados, salientando o grande número de pessoas dos bairros que se colocam a disposição como voluntários para o trabalho (Amigos do Programa).

Oferecemos mais um atendimento: a vacina contra a hepatite B entre os UDI atendidos nos domicílios e nas ruas do bairro, ampliando e facilitando o acesso destas pessoas aos serviços de saúde para outras demandas, como os vários encaminhamentos de DST e alguns outros para acompanhamento psico-social.

É sabido que o uso de drogas acompanha a história da humanidade. Por este motivo não se tem a expectativa de terminar com o problema, mas se espera

---

<sup>1</sup> Estes bairros foram escolhidos em função do boletim epidemiológico, onde se identificou o maior índice de soro-positividade associada ao compartilhamento de seringas.

poder trabalhar no sentido de orientar formas mais seguras de uso, aproximando ainda mais estas pessoas dos serviços de saúde, para evitar outras patologias associadas, no caso a infecção pelo HIV/AIDS/HBV e conseqüentemente todas as demais que cursam com esta forma de transmissão.

É formada por uma equipe de: Coordenadores (2), Assistente de coordenação (1), Supervisor de campo (1), Redutores (6). Desde sua criação em 2001 foram acessados 6000 usuários, e mantém uma média de 900 abordagens por mês.

#### 5. ONGs:

As 3 ONGs existentes fazem parte da rede de apoio a coordenação municipal e aos usuários.

### **Coordenadoria do Programa Municipal de DST/AIDS**

- - Coordenadora: Claudia Berardi
- - Vice Coordenador: José Ricardo Fonseca

### **Consultores**

- Consultoria em Adesão: Sonia Cabral
- Consultoria em Informática / Epidemiologia: Bianca Gonçalves
- Consultoria em Populações Vulneráveis: Maria Alice Tavares
- Consultoria em Monitoramento e Avaliação: Vania Beatriz Araújo

### **Centro De Atendimento À Saúde Escolar (CASE)**

De acordo a dados fornecidos pela Organização Mundial da Saúde, em todo o mundo, 20% das crianças e adolescentes padecem de uma doença mental grave e 3 a 4% requerem tratamento. Conhecer e tomar consciência da gravidade destes transtornos emocionais e comportamentais de crianças e adolescentes e a

criação de políticas que defenda a saúde destes deve ser meta dos Serviços Especializados em Saúde Infantil.

No ano de 2003, o tema para o Dia da Saúde Mental foi Transtornos Emocionais e Comportamentais de crianças e adolescentes, para o qual centrou a atenção do mundo inteiro nos efeitos traumáticos e a violência sobre o bem estar mental e emocional dos jovens.

A falta de uma boa saúde mental nas primeiras etapas da vida pode levar a transtornos mentais com conseqüências em longo prazo. É fundamental que profissionais da saúde mental, as famílias, a escola, os encarregados de formular políticas trabalhem juntos com o objetivo de melhorar a atenção e o tratamento das crianças e adolescentes, para dessa maneira aumentar a base de conhecimentos por meio de pesquisa, e estabelecer políticas avançadas que levem a redução da carga que estes transtornos impõe.

Os serviços de saúde escolar destacam-se neste contexto como prioritários no acompanhamento da criança e do adolescente. A escola é o espaço cotidiano de estabelecimento de vínculos e de aquisição de conhecimentos, de construção da cidadania e da formação de hábitos saudáveis. No momento em que a escola, família e comunidade vão trabalhar para implantar hábitos de saúde, se processa o contrato EDUCAÇÃO e SAÚDE, que deverá ter caráter interdisciplinar na promoção da saúde e prevenção da doença. Deste modo, o trabalho junto à comunidade escolar caracteriza-se como conjunto articulado de ações de promoção, proteção e assistência à saúde, referenciado no Estatuto da Criança e do Adolescente, assim como na Lei 8080/90, que garante acesso ao serviço de saúde à luz das políticas sociais básicas, de educação e de saúde.

O programa de saúde escolar, dirigido a crianças e adolescentes na faixa etária de dois a 14 anos, desenvolve ações preventivas nas diversas áreas da saúde desde o espaço da escola e as crianças com necessidade de atendimento especializado nas áreas médica, psicológica e pedagógica são encaminhadas para o Centro de Atendimento à Saúde Escolar (CASE).

No ano de 2001 estabeleceu-se proposta de parceria entre as secretarias de Saúde Municipal e educação e as Coordenadorias regionais de Saúde e Educação, com o objetivo de estruturar um Serviço único de Saúde Escolar

(município e estado) que possibilitasse atenção integral à saúde da criança e do adolescente em idade escolar, a partir da escola e com ações articuladas à rede básica de saúde. O estabelecimento de uma política de atenção à saúde de crianças e adolescentes em idade escolar permitiu a reorientação dos recursos humanos disponíveis junto às instituições parceiras, para ações integradas e planejadas otimizando as possibilidades de atenção à clientela.

O serviço foi estruturado nos quatro distritos sanitários de saúde, junto à rede básica e responsável por ações na rede de ensino público do referido território; distrito centro/várzea, distrito centro, distrito zona norte e distrito areal/praias, os distritos são compostos pelos postos de saúde e escolas de referencia. As escolas da zona rural recebem atendimento no CASE.

### **Ações desenvolvidas nos distritos**

Considerando o espaço escolar privilegiado para ações preventivas e formação de hábitos saudáveis de vida, as equipes passam a desenvolver nas escolas públicas atividades como: controle da cárie, aplicação de flúor, orientação da escovação (odontologia), avaliação nutricional, orientação da merenda, controle da qualidade da água e de alimentos, educação alimentar (nutrição), avaliação antropométrica, acuidade visual e auditiva, controle da pediculose e escabiose, prevenção de doenças infecto-contagiosas (medicina), prevenção de gestação na adolescência, de DST/AIDS, abuso de drogas, problemas de aprendizagem, assessoria a professores, violência doméstica, orientação familiar (psicologia), visitas domiciliares, encaminhamentos, orientação familiar, contato com outras instituições (serviço social).

O Programa a partir de 2002, passa a realizar levantamento de dados epidemiológicos sobre o impacto de suas ações. É possível avaliar o programa pela vinculação de 110 escolas públicas do município nas ações propostas pelos programas, além da cobertura total em algumas áreas, tais como: avaliação da acuidade visual, avaliação nutricional e prevenção de parasitoses, assim como assistência psicológica, psicopedagógica, psiquiátrica e neurológica, a toda demanda referenciada pelas escolas públicas.

O serviço de saúde escolar estabelece seu fluxo a partir da demanda

oriunda das escolas públicas do município e da própria rede de saúde, conselhos tutelares, Organizações não governamentais e outras instituições afins assim como desenvolve uma relação de parceria com estas instituições. As equipes que atuam nos distritos atendem em torno de 20 a 30 escolas cada distrito, conforme sua área de abrangência. As atividades preventivas desenvolvem-se nas escolas e a assistência à saúde realiza-se nas unidades básicas de saúde.

## **Objetivos do Programa de Saúde Escolar**

### **Objetivo Geral**

Desenvolver atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde do escolar, visando uma melhor qualidade de vida, estimulando-o quanto ao desenvolvimento de suas potencialidades e dos recursos individuais que envolvem aspectos de criatividade, produção, iniciativa, relacionamentos, conhecimentos, auto-estima e exercícios de cidadania.

### **Objetivos específicos**

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

### **Atividades realizadas nos distritos sanitários**

- Atividades de Prevenção (realizadas nas escolas) –

- Atividade realizada
- Controle da acuidade visual
- Encaminhamentos ao oftalmologista
- Avaliação nutricional
- Controle dos desvios nutricionais
- Educação alimentar
- Supervisão do serviço de merenda
- Atendimento no serviço de nutrição
- DST/AIDS
- Contracepção na adolescência
- Prevenção ao uso de álcool, drogas e controle do tabagismo
- Prevenção à violência
- Prevenção à cárie e doenças periodontais
- Assistência odontológica
- Assessoria a professores e escola
- Avaliação e acompanhamento psicológico
- Grupos, palestras, oficinas
- Orientação familiar
- Orientação vocacional
- Assistência médica
- Controle da escabiose e pediculose
- Avaliação antropométrica
- Atendimento em serviço social

As ações preventivas desenvolvidas pela saúde escolar integram-se a outros programas específicos do departamento de ações em saúde tais como: DST/AIDS, saúde da mulher, saúde mental, saúde oral, etc., assim como com programas da 5ª CRE e SME entre os quais educação especial e educação em

saúde. Estão dirigidas a alunos, professores, familiares e comunidade em geral.

Outras ações preventivas e secundárias são realizadas no Centro de Atendimento a Saúde Escolar (CASE), referência para o atendimento nas áreas de clínica geral, pediatria, neurologia, psiquiatria, psicologia, psicopedagogia e serviço social, com atenção de maior complexidade que complementa as atividades realizadas nas escolas.

O CASE presta atendimento nas áreas de psicologia, neurologia, psiquiatria, pediatria, clínica geral, medicina homeopática, psicopedagogia e assistência social. Funciona em parceria com as escolas da rede municipal e estadual através do Programa de saúde Escolar.

A prioridade do atendimento são crianças matriculadas nas rede de ensino com idade entre dois e catorze anos que apresentam: problemas de comportamento, familiares, emocionais, transtornos de atenção, dificuldades de aprendizagem entre outros. As crianças menores de dois anos são atendidas através de orientação familiar e encaminhadas a outra instituição.

Os encaminhamentos são recebidos pela assistente social, o qual é cadastrado e aguarda vaga. Os encaminhamentos são derivados na sua maioria das escolas municipais e estaduais através das psicólogas locadas nos distritos (Norte, Centro, Areal e Fragata), das Unidades Básicas de Saúde e de outras instituições tais como Casas de acolhimento, Conselho Tutelar, Promotoria da Infância e Adolescência entre outras.

O CASE oferece atendimento nos turnos da manhã, tarde e noite. Os encaminhamentos para os profissionais são realizados através da assistente social.

Os atendimentos psicoterapicos são inicialmente individuais e logo passam a ser em grupo, paralelamente ao grupo das crianças é realizado um grupo de orientação para pais ou responsáveis.

### **Objetivo Geral**

Oferecer assistência à saúde do escolar, visando uma melhor qualidade de vida, que favoreça seu desenvolvimento, potencialidades, criatividade, auto-

estima, melhor convívio familiar e escolar e maior possibilidades de exercitar sua cidadania

### **Objetivos específicos**

- receber os familiares dos alunos que chegam encaminhados da escola,
- oferecer tratamento especializado e acompanhamento aos usuários,
- integrar a família e a escola no atendimento da criança,
- assistir aos alunos portadores de algumas necessidades especiais
- promover grupos de orientação aos pais dos usuários,
- desenvolver atividades para capacitação dos técnicos da equipe,
- participas de atividades integradoras da SMSBE bem como de outras instituições,
- Participar dos debates para melhorar o sistema de saúde pública,

## **VI-CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS - CMSPeL**

### **Marco legal**

Foi a partir da Constituição Federal de 1988, que o debate sobre a saúde ganhou contornos mais precisos, porque seu texto contemplou a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS, com a introdução do conceito de descentralização com direção única, atendimento integral e universal e a participação da sociedade através do Controle Social.

Os princípios constitucionais se consolidaram nas Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regulamentou o SUDS, passando a se chamar Sistema Único de Saúde – SUS, Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que definiu a participação da sociedade no SUS, e Decreto nº 99.438 de 7 de agosto de 1990 que criou o Conselho Nacional de Saúde, regulamentando a participação social. Este Conselho tornou-se, então, a referência nacional para todos os demais Conselhos e a 8ª Conferência Nacional de Saúde constituiu-se no elemento norteador do debate nacional sobre a saúde e o SUS.

Hoje, todos os Estados e Municípios possuem Conselhos de Saúde, foros deliberativos, de caráter permanente, que representam a efetiva possibilidade da sociedade participar da formulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas de saúde.

A história do CMSPeL começou em 1986, quando a Chefia Social do INAMPS e o Sindicato dos Prestadores de Serviços em Saúde de Pelotas iniciaram os contatos para abrir um FÓRUM que fosse capaz de discutir as ações de saúde do Município, sendo chamado AIS – Ações Integradas de Saúde.

Este fórum era formado por prestadores, gestores e trabalhadores da saúde. Reunia-se, semanalmente, na sede do INAMPS, para discutir, avaliar e propor encaminhamentos a respeito da prestação de serviços de saúde no Município. Nestas reuniões se reivindicavam melhorias em instalações hospitalares e

ambulatoriais, eram estabelecidos critérios de controle e avaliação do sistema de saúde vigente na época, bem como encontravam soluções para os impasses que aconteciam entre os entes envolvidos na prestação de serviços de saúde.

Neste período, consolidava-se o país o Movimento da Reforma Sanitária, que teve seu momento máximo de discussão durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e significava às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, naquele momento.

Em 1987 foi instituída em Pelotas a CIMS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – tendo sido esta a primeira do estado do Rio Grande do Sul. Esta comissão veio substituir o Fórum instituído em 1986. A CIMS também era constituída por gestores, prestadores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde.

A efetiva instituição do Controle Social do SUS em Pelotas se deu pela Lei Municipal 3377/91 que mais tarde foi alterada pela Lei 4.554/2000, ficando estabelecido a substituição da CIMS pelo CMSPel – Conselho Municipal de Saúde de Pelotas

Este trabalho estruturado ao longo dos anos, em Pelotas, contribuiu de forma importante para a estruturação do Conselho Estadual de Saúde e também na estruturação de outros conselhos municipais da região sul.

Ao longo destes anos, o SUS tem se fortalecido e por ser parte fundamental deste sistema o CMSPel tem buscado corresponder as suas responsabilidades, contribuindo desta forma para a melhoria da saúde no município de Pelotas.

O CMSPel, constitui-se no órgão colegiado máximo do SUS no Município, em caráter permanente, com funções deliberativa, normativa e fiscalizadora, atuando na formulação de estratégias e no acompanhamento, no controle e na avaliação da execução da política municipal de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

## **As competências do CMSPel**

São competências do CMSPel:

- Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados a população pelos órgãos e entidades públicas, filantrópicas e privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde, no âmbito do Município;
- Implementar a mobilização e articulação contínua da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o Controle Social de Saúde;
- Elaborar o Regimento Interno e outras normas de funcionamento do Conselho.
- Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;
- Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;
- Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;
- Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados;
- Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.
- Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;
- Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde SUS;
- Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal;
- Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, Parágrafo 2º da Constituição Federal), observado o

princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90) e legislação municipal;

- Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária do Fundo de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.
- Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde;
- Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.
- Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar quando houver irregularidades ou denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.
- Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias;
- Estabelecer critérios para a realização das Conferências Municipais de Saúde conforme legislação;
- Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde;
- Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do SUS;
- Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões;
- Apoiar e promover a educação para o controle social;
- Deliberar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS, inclusive os aspectos financeiros de remuneração e incentivos, forma de contratação e vínculo;
- Acompanhar a implementação das deliberações constantes dos relatórios das plenárias do conselho municipal de saúde;

- Enunciar as diretrizes de elaboração e proceder a revisão anual (1º trimestre do ano), do Plano Municipal de Saúde;
- Apreçar e aprovar os critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços, oferecidos pelos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde no Município;
- Coordenar, acompanhar, avaliar e redimensionar o funcionamento dos Conselhos das Unidades Básicas de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde, Conselho Gestor do Pronto Socorro Municipal e qualquer outro conselho gestor de instituição que tenha vínculo com o SUS, existentes ou que venham a ser criados, em consonância com as políticas de saúde públicas e diretrizes do CMS/PEL;
- Outras atribuições, definidas e asseguradas em atos complementares, baixados pelos Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, que se referirem á gestão do Sistema Único de Saúde SUS;
- Aprovar critérios e valores, de remuneração de serviços extras e os parâmetros municipais de cobertura assistencial.

### **Estrutura Organizacional do CMSPel**

A estrutura organizacional do CMSPel (Figura 5) compreende: Plenária Geral, Diretoria, Secretaria Executiva, Comissões Permanentes e Temáticas, Assessorias Técnicas, Comissões Especiais.

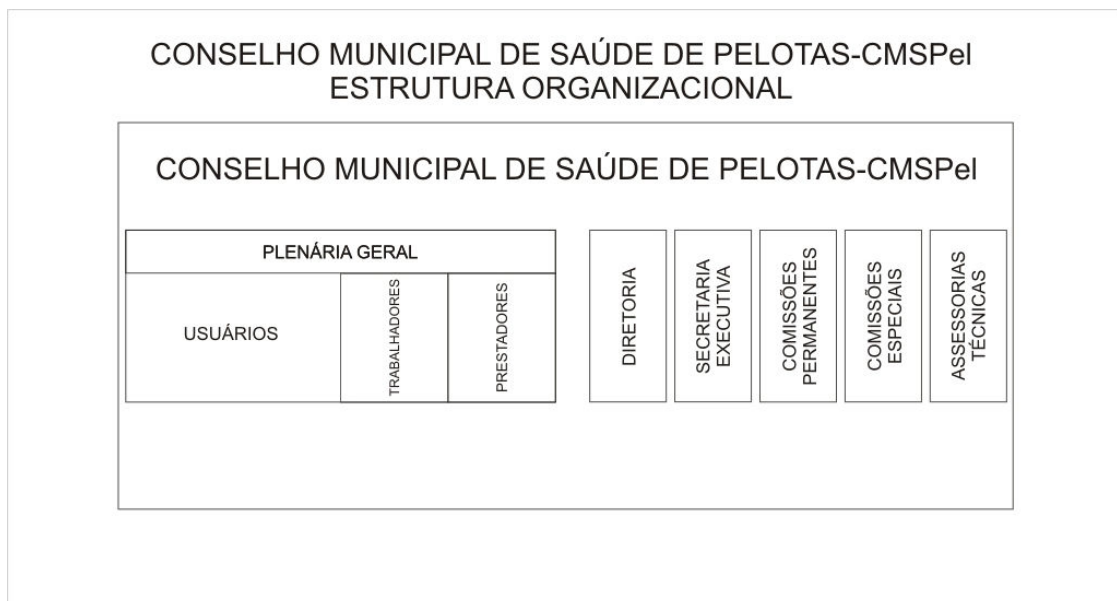


Figura 5 – Estrutura Organizacional do CMSPel.

A Plenária Geral é o órgão deliberativo máximo, constituído por 48 conselheiros titulares e os seus respectivos suplentes, representantes de órgãos e entidades da área governamental, dos prestadores de serviços de saúde ao SUS, dos profissionais vinculados à saúde e de usuários representantes da sociedade civil organizada. Essa composição é paritária com relação ao segmento de USUÁRIOS, conforme legislação vigente.

### **A Gestão Estratégica por Resultados-GER como instrumento do gerenciamento estratégico do CMSPel**

A Figura 2 apresenta a Visão Sistêmica do Padrão de Organização do Conselho Municipal de Saúde de Pelotas, que busca identificar o seu funcionamento para viabilizar a implementação dos fundamentos do sistema gerencial proposto - a Gestão Estratégica por Resultados (GER).

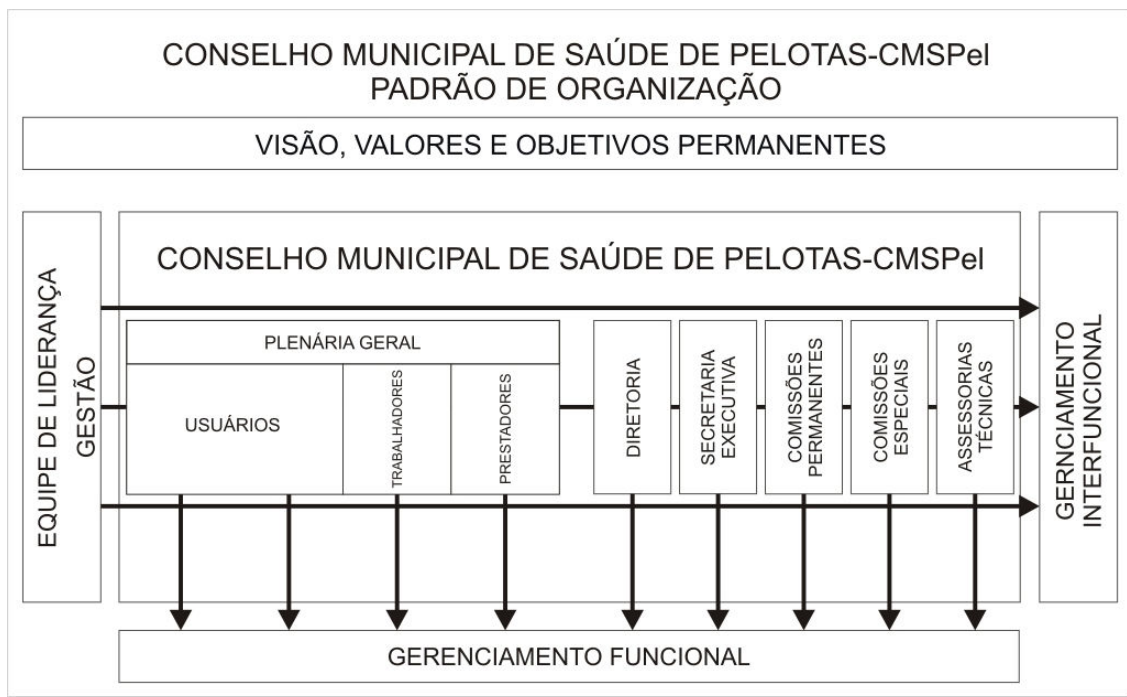


Figura 6 – Padrão de Organização Sistêmica do CMSPel.

O fator preponderante nesse sistema é a **Declaração de Visão, Valores, Missão e Objetivos Permanentes**, que se posiciona acima da Estrutura Organizacional, atuando como um “guarda-chuva” do Conselho. Este guarda chuva, além de proteger o Conselho das “intempéries e do mau tempo” que, eventualmente, poderão perturbar a sua vida, atua também como uma bússola que aponta o rumo para onde o CMSPel deverá se dirigir para assegurar a sua condição de guardião da Saúde do Município de Pelotas.

As setas funcionais verticais representam o Gerenciamento Funcional, ou seja, o Gerenciamento da Rotina, ou ainda, como o gerenciamento das funções para as quais o CMSPel foi criado, acontece no exercício do seu dia-a-dia.

O Gerenciamento Interfuncional “corta” horizontalmente o Gerenciamento Funcional e tem como característica fundamental o fato de envolver o Conselho como um todo. É o gerenciamento que se preocupa com as Melhorias Sistêmicas que, efetivamente, podem aumentar a eficácia das ações do CMSPel.

Sendo estas Melhorias Sistêmicas, elas provocam as mudanças no todo. Para que as mudanças neste todo gerem a sustentabilidade do Conselho, elas têm um caráter Estratégico. Assim, o Gerenciamento Interfuncional deve ser necessariamente, Estratégico.

A Equipe de Liderança, que no caso do CMSPel se confunde com a Diretoria, é a equipe que desenvolve o Gerenciamento Interfuncional, tendo como atribuições a definição das Diretrizes Fundamentais - Visão, Valores, Missão e Objetivos Permanentes - e do Planejamento das Estratégias, ou seja, do Mapa Estratégico

O instrumento da Equipe de Liderança para desenvolver essa ação é a Gestão Estratégica por Resultados GER – modelo de gestão que foi adotado pelo CMSPel. A GER tem o caráter eminentemente Interfuncional, portanto, gerenciador das ações estratégicas do Conselho. A Equipe de Liderança é que define, estrutura e gerencia a Estratégia, desenvolvendo um processo de melhoria contínua da Estratégia, que resulta no aperfeiçoamento gerencial de todo o Conselho e, por consequência, da Saúde da População do Município de Pelotas, razão de ser do Conselho.

O Comitê de Gestão, que se relaciona com a Diretoria, responde pela tarefa de criar as condições e a infra-estrutura para que o desenvolvimento gerencial do Conselho aconteça.

## Diretrizes fundamentais do CMSPel: Visão, Valores, Missão e Objetivos Permanentes

Diretriz	Definição														
<b>VISÃO</b>	o que acreditamos realizar, representando o estado da alma do Conselho em uma condição de plena e completa satisfação: <b>SER REFERÊNCIA NO CONTROLE SOCIAL E NO ACESSO À SAÚDE.</b>														
<b>VALORES</b>	os princípios que sustentam a <b>VISÃO</b> . Acreditamos que fora dos Valores, não há como realizar a <b>VISÃO</b> ;														
	<table border="1"> <tr> <td><b>SOLIDARIEDADE</b></td> <td>Integração, cumplicidade e aproximação com a sociedade.</td> </tr> <tr> <td><b>ÉTICA</b></td> <td>Transparência, honestidade e respeito em todas as ações.</td> </tr> <tr> <td><b>JUSTIÇA</b></td> <td>Responsabilidade social, seguindo os princípios do SUS.</td> </tr> <tr> <td><b>COMPETÊNCIA</b></td> <td>Plena capacidade para o alcance dos objetivos do Conselho.</td> </tr> <tr> <td><b>EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b></td> <td>Valorização e responsabilização dos conselheiros e comunidade.</td> </tr> <tr> <td><b>PRINCÍPIOS DO SUS</b></td> <td>Eqüidade, integralidade e universalidade das ações em saúde.</td> </tr> <tr> <td><b>QUALIDADE</b></td> <td>Melhoria contínua na oferta dos serviços.</td> </tr> </table>	<b>SOLIDARIEDADE</b>	Integração, cumplicidade e aproximação com a sociedade.	<b>ÉTICA</b>	Transparência, honestidade e respeito em todas as ações.	<b>JUSTIÇA</b>	Responsabilidade social, seguindo os princípios do SUS.	<b>COMPETÊNCIA</b>	Plena capacidade para o alcance dos objetivos do Conselho.	<b>EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b>	Valorização e responsabilização dos conselheiros e comunidade.	<b>PRINCÍPIOS DO SUS</b>	Eqüidade, integralidade e universalidade das ações em saúde.	<b>QUALIDADE</b>	Melhoria contínua na oferta dos serviços.
<b>SOLIDARIEDADE</b>	Integração, cumplicidade e aproximação com a sociedade.														
<b>ÉTICA</b>	Transparência, honestidade e respeito em todas as ações.														
<b>JUSTIÇA</b>	Responsabilidade social, seguindo os princípios do SUS.														
<b>COMPETÊNCIA</b>	Plena capacidade para o alcance dos objetivos do Conselho.														
<b>EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b>	Valorização e responsabilização dos conselheiros e comunidade.														
<b>PRINCÍPIOS DO SUS</b>	Eqüidade, integralidade e universalidade das ações em saúde.														
<b>QUALIDADE</b>	Melhoria contínua na oferta dos serviços.														
<b>MISSÃO</b>	o caminho ou o modo pelo qual realizamos a <b>VISÃO</b> : <b>ASSEGURAR, ATRAVÉS DO CONTROLE SOCIAL, A EXCELÊNCIA DA SAÚDE PÚBLICA, INFORMANDO, CONSCIENTIZANDO, PROPONDO E FISCALIZANDO POLÍTICAS PARA PROVOCAR MUDANÇAS DE COMPORTAMENTO DA SOCIEDADE E ESTADO</b>														
<b>OBJETIVOS</b>	como a <b>VISÃO</b> beneficia ou se manifesta em relação às														

Diretriz	Definição	
<b>PERMANENTES</b>	Partes Interessadas, quais sejam, Usuários, Trabalhadores em Saúde, Prestadores de Serviços ao SUS, Gestores (Governo) e Conselheiros.	
	<b>USUÁRIOS</b>	Estabelecer canais de comunicação com a comunidade para o efetivo Controle Social, construindo redes de proteção na sociedade.
	<b>TRABALHADORES</b>	Estimular a valorização, o comprometimento e a educação permanente para o trabalho no SUS.
	<b>PRESTADORES</b>	Estimular a busca de serviços de excelência com transparência para a sociedade.
	<b>GESTORES</b>	Estimular a otimização dos recursos para atender aos princípios do SUS.
	<b>CONSELHEIROS</b>	Promover e estimular a educação permanente para a atuação crítica e responsável.

## Visão Estratégica

VISÃO ESTRATÉGICA é o desdobramento da VISÃO em uma dimensão temporal, ou uma etapa desta que se entende deva ser realizada prioritariamente. Identifica, em outras palavras, o que o CMSPel deseja realizar ou materializar, como uma primeira etapa da sua Visão Permanente: *Ser referência no controle social e no acesso à saúde*. É a diretriz para a realização do Planejamento das Estratégias ou do Mapa Estratégico utilizando a ferramenta de gestão Balanced Scorecard.

VISÃO ESTRATÉGICA PARA O ANO DE 2009: *Que todos os usuários, trabalhadores, prestadores e gestores reconheçam no Controle Social o caminho para o efetivo fortalecimento e desenvolvimento do SUS.*

## Mapa Estratégico

O papel da GER é tornar em realidade perceptível para toda a comunidade, as crenças explicitadas pela Visão, Valores, Missão e Objetivos Permanentes. O Mapa Estratégico finaliza a etapa de definição da Visão Estratégica. Para a sua elaboração foi utilizada a ferramenta gerencial Balanced Scorecard (BSC).

O BSC é um modelo de gestão que auxilia as organizações a traduzirem a estratégia em objetivos, facilitando sua compreensão e implementação. O uso do BSC como Modelo de Gestão da Estratégia traz, pelo menos, três grandes benefícios:

- a estratégia é descrita e comunicada de forma clara;
- viabiliza o foco na estratégia e na visão a longo prazo;
- cria um real sentido de organização, mobilizando para a ação.

Os principais componentes de um BSC são:

Mapa Estratégico: expressa a maneira pela qual a estratégia é implementada. É um diagrama, que identifica os principais Objetivos Estratégicos e estabelece entre eles relações de causa e efeito.

Os Objetivos Estratégicos representam o que deve ser alcançado ou o que é imprescindível para se chegar aos resultados esperados. São desdobrados em:

- INICIATIVAS, que representam as estratégias tático operacionais;
- PLANOS DE AÇÃO, que representam as ações propriamente ditas, ou seja, são as ações que devem ser desenvolvidas pelos membros da Organização para que os objetivos sejam alcançados e as metas atingidas. Os Planos de Ação representam a estratégia levada aos níveis operacionais;
- INDICADORES DE DESEMPENHO: São os Instrumentos de Medida que monitoram as estratégias. Mostram como será acompanhado o sucesso da estratégia, informando o foco de cada um dos objetivos e, ao mesmo tempo, sinalizando o direcionamento necessário para a implementação.

- METAS: estabelecem o nível esperado de desempenho e possibilitam a compreensão acerca do esforço necessário para a consecução dos objetivos.

Os Objetivos Estratégicos, INICIATIVAS e PLANOS DE AÇÃO são alinhados com a Estratégia pelos INDICADORES DE DESEMPENHO, quantificados por METAS. O alcance ou não das METAS mede o Desempenho da Estratégia, e permitem avaliar a eficácia da Gestão da Estratégia.

O BSC é um modelo de gestão baseado em quatro perspectivas, que permitem um diagnóstico equilibrado do desempenho operacional de uma organização e indica quais são os motores que irão impulsionar o seu futuro. No caso do CMSPel essas perspectivas são as seguintes:

PERSPECTIVA	Significado
DOS RESULTADOS	Para realizarmos nossa Visão Estratégica que resultados nós precisaremos obter?
DOS PROCESSOS INTERNOS	Para alcançarmos nossa Visão Estratégica, que necessidades de nossos “clientes” deverão ter satisfeitos?
DA COMUNIDADE E DOS USUÁRIOS DO SISTEMA	Para satisfazermos os nossos “clientes” em que Processos Internos (todas as atividades realizadas regularmente, no dia a dia, para que o CMSPel realize a sua Visão) deveremos alcançar excelência?
DO APRENDIZADO	Para realizarmos nossa Visão Estratégica, como sustentaremos nossa capacidade de mudar e melhorar?. Esta perspectiva descreve como as pessoas, a tecnologia e a cultura do CMSPel vão se desenvolver para dar suporte para as três perspectivas anteriores

Ao se falar em Planejamento das Estratégias é fundamental que se estabeleçam as Competências Essenciais, tanto da Organização, as competências coletivas, quanto dos indivíduos que a compõe, as competências individuais, para desenvolver a estratégia organizacional que se pretende. Em outras palavras, Competências Essenciais são as competências que devem ser desenvolvidas pelo

CMSPel através dos seus Conselheiros, para que a Visão Estratégica seja realizada. Constituem-se nos fundamentos que, em conjunto com a Visão Estratégica, são utilizados para a definição do Mapa Estratégico.

Uma vez que Competências Essenciais devem estar contidas na Estratégia Organizacional, por esta condição, elas geram, se identificam, ou constituem os Objetivos Estratégicos definidos nas quatro Perspectivas do Mapa Estratégico, previstas no BSC, quais sejam:

PERSPECTIVA	Competências Essenciais
DOS RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ter instituído no âmbito do Município a Rede de Assistência Social</li> <li>✓ Ter a totalidade dos conselheiros em processo de Educação Permanente</li> <li>✓ Ter sob controle o Fluxo de Recursos no Fundo Municipal de Saúde</li> <li>✓ Ter sob Controle Sistemático a execução do Plano Municipal de Saúde</li> </ul>
DOS PROCESSOS INTERNOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assegurar estrutura de apoio às atividades do CMSPeI;</li> <li>✓ Aprimorar o Sistema de Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde;</li> <li>✓ Fortalecer os Conselhos Locais para o efetivo fortalecimento da Rede de Controle Social;</li> <li>✓ Desenvolver Sistemas de Controle do Fluxo de Recursos no Fundo Municipal de Saúde;</li> <li>✓ Implementar Sistema de Acompanhamento do Plano Municipal de Saúde</li> </ul>
DA COMUNIDADE E DOS USUÁRIOS DO SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover a educação popular em saúde;</li> <li>✓ Melhorar a Resolutividade, Integralidade e Acesso;</li> <li>✓ Prezar pela Qualidade dos Serviços;</li> <li>✓ Aperfeiçoar o comprometimento ético com o SUS por parte dos trabalhadores;</li> <li>✓ Primar pela Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS</li> </ul>
DO APRENDIZADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conhecimento do SUS;</li> <li>✓ Conhecimento do Controle Social;</li> <li>✓ Conhecimento do Sistema de Saúde do Município;</li> <li>✓ Desenvolvimento da Participação Solidária;</li> <li>✓ Desenvolvimento da Articulação Intersetorial;</li> <li>✓ Educação Permanente com Aprendizagem Significativa;</li> <li>✓ Comprometimento com a Visão, Valores, Missão e Visão Estratégica</li> </ul>

O Mapa Estratégico finaliza a etapa de definição da Visão Estratégica do CMSPel.

As Perspectivas, que estruturam a ferramenta de gestão BSC, são identificadas pelos Objetivos Estratégicos que são as elipses apresentadas na Figura 3. Deve então ser entendido que o meio pelo qual o CMSPel realizará a sua Visão Estratégica, (ou seja, que em 2009 “*todos os usuários, trabalhadores, prestadores e gestores reconheçam no Controle Social o caminho para o efetivo fortalecimento e desenvolvimento do SUS*” está definido no Mapa Estratégico no qual os Objetivos Estratégicos estão relacionados entre si, por relações de Causa e Efeito – as setas em curva. Neste contexto, os Objetivos Estratégicos da Perspectiva do Aprendizado são as forças propulsoras dos Objetivos Estratégicos da Perspectiva dos Processos Internos, que são a causa dos Objetivos Estratégicos da Perspectiva Comunidade e dos Usuários do Sistema dos Usuários e assim por diante.

Deste modo, se completa a rede de causas e efeitos ao longo das Perspectivas. O Mapa Estratégico assim constituído é capaz de mostrar uma visão do todo, ou seja, do sistema CMSPel, bem como possibilita a observação desse todo a partir dos relacionamentos. É a rede de relação de causa e efeito que mapeia a estrutura do todo. Em síntese, o Mapa Estratégico é um instrumento que pretende conduzir o CMSPel a:

- pensar mais no todo do que nas partes;
- enfatizar mais os relacionamentos do que os “objetos”;
- promover o entendimento da realidade como *redes* no lugar de hierarquias;
- focalizar a dinâmica dos processos adjacentes em vez de estruturas estáticas.

É importante destacar que os objetivos gerais de cada perspectiva foram agrupados em um objetivo maior desta perspectiva. Assim, os objetivos maiores de cada perspectiva foram assim definidos:

- Perspectiva do Aprendizado: EDUCAR PARA FORTALECER O CONTROLE SOCIAL;

- Perspectiva dos Processos Internos: PROMOVER O DESENVOLVIMENTO DO CONTROLE SOCIAL;
- Perspectiva da Comunidade e dos Usuários do Sistema: PROMOVER A EXCELÊNCIA DOS SERVIÇOS;
- Perspectivas dos Resultados: PROMOVER A CONSOLIDAÇÃO DO SUS.

Dentro de cada perspectivas, alguns objetivos também foram agrupados em pequenas caixas que contém um objetivo coletivo. O critério de agrupamento foi o da similaridade das ações que ensejam. Por exemplo: na Perspectiva dos Resultados encontram-se duas caixas:

- FORTALECER O SUS, que contém os objetivos “Ter instituída no âmbito do município a Rede de Assistência Social” e “Ter a totalidade dos conselheiros em processo de Educação Permanente”
- DESENVOLVER O SUS, que contém os objetivos “Ter sob controle o Fluxo de Recursos no Fundo Municipal de Saúde” e “Ter sob Controle Sistemático a execução do Plano Municipal de Saúde”.

A Perspectiva da Comunidade e dos Usuários do Sistema contém uma caixa que agrupa os objetivos “Melhorar a Resolutividade, Integralidade e Acesso” e “Prezar pela Qualidade dos Serviços” em um objetivo identificado por MELHORAR A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.

Os objetivos “Aprimorar o Sistema de Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde”, “Implementar Sistema de Acompanhamento do Plano Municipal de Saúde” e “Desenvolver Sistemas de Controle do Fluxo de Recursos no Fundo Municipal de Saúde”, da Perspectiva dos Processos Internos forma agrupados na caixa

### **Aperfeiçoar sistemas de controle e avaliação**

Todos os objetivos da Perspectiva do Aprendizado constituem depois de agrupados a caixa EDUCAR PARA PROMOVER O CONTROLE SOCIAL. O CMSPeI está, atualmente, definindo os Indicadores, Metas e Programas. Como foi dito, o alcance ou não destas Metas mede o Desempenho da Estratégia, e permitem avaliar a Gestão Estratégica.

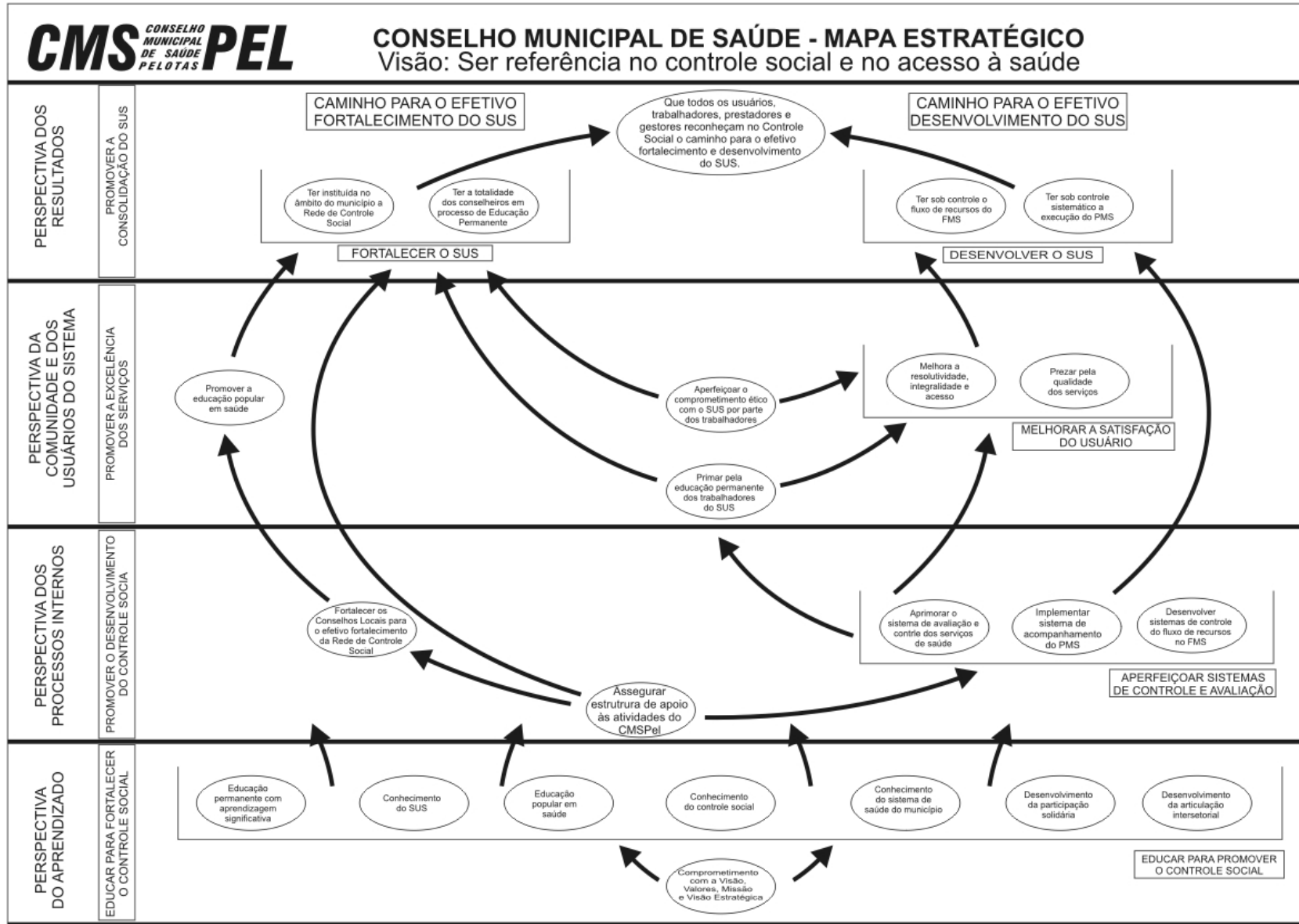


Figura 7- Mapa Estratégico CMS PEL

## **VII-RELATÓRIO DA VII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **VII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE - VALORIZANDO A ATENÇÃO BÁSICA - O SUS que queremos começa bem aqui**

Propostas apresentadas, discutidas e aprovadas na Plenária Final da VII Conferência Municipal de Saúde de Pelotas – Auditório da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Pelotas.

#### **Gestão**

- Que o Conselho Municipal de Saúde junto com a Secretaria Municipal de Saúde discuta e elaborem, no prazo de 90 dias, o Plano Municipal de Saúde.
- Que sejam construídas e/ou reformadas as UBS dotando-as com infraestrutura adequada, inclusive mobiliário, insumos e serviços para o serviço a que se destinam e que sejam efetuadas por ordem de prioridade e com cronograma discutido com a comunidade.
- Que seja assegurada uma assistência farmacêutica técnica e cientificamente fundamentada, com critérios de equidade, qualidade, efetividade, para suporte das ações de diagnóstico tratamento e prevenção da saúde, com uso racional dos medicamentos, enfocando as necessidades do paciente e da comunidade em prol da saúde e melhor qualidade de vida.
- Que seja implantado um sistema de gestão (planejamento, gerenciamento, acompanhamento e informação e avaliação) para referência e contra-referência de atendimento definindo competências a avaliando as ações desenvolvidas.
- Que seja implementado o serviço de controle, avaliação e fiscalização das UBS e dos prestadores conveniadas identificando as

irregularidades e tomando providências, para garantir maior qualidade na assistência prestada sem diferenciação entre o setor público e/ou conveniado.

- Que seja exigido o cumprimento da legislação no que diz respeito ao horário dos profissionais sem nenhuma exceção inclusive dos cargos de chefia e comissionados em todas as UBS, com fixação de informativos em local visível, com nome do profissional, função e horário de trabalho e aplicação das punições previstas na legislação municipal, nos casos cabíveis.
- Que se intensifique o desenvolvimento de ações para a implementação do Programa de Saúde bucal em todas as UBS com horário adequado as necessidades da comunidade.
- Que seja viabilizado um sistema de co-gestão federal, estadual e municipal no sentido de garantir recursos financeiros para o pleno funcionamento do Pronto Socorro Regional.
- Que seja implementado atendimento médico nas UBS nos períodos da manhã e tarde e implantando o terceiro turno de funcionamento, considerando as necessidades de cada área.
- Que seja implementado e, efetivamente, funcione a central de consultas referenciadas e de leitos hospitalares e que a secretaria fiscalize o cumprimento do contratado.
- Que a Secretaria Municipal de Saúde funcione em dois turnos.
- Que seja criado o "DISQUE-SAÚDE MUNICIPAL" para receber denúncias de todos os agravos em saúde e encaminhar soluções de forma articulada com todas as Secretarias e Autarquias Municipais.
- Que seja implantado um sistema informatizado em rede de receituário e prontuário para evitar duplicidade de procedimentos entre UBS e Pronto Socorro.
- Que seja agilizado o cadastramento da população usuária do SUS, através do Cartão SUS.

- Que seja, efetivamente, implementado o Plano de Ações e Metas da Saúde Mental já aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.
- Que sejam implantadas unidades de saúde com Pronto Atendimento nos bairros e área rural 24 horas racionalizando assim o fluxo para o Pronto Socorro
- Que seja garantido o abastecimento de medicamentos básicos para a população com disponibilidade na Farmácia Municipal e UBS através da melhoria no planejamento do sistema de aquisição destes.
- Que seja adequada a marcação das consultas nas UBS, de acordo com a necessidade local em concordância com a comunidade.
- Que as UBS sejam equipadas com equipamentos de emergência e Recursos Humanos capacitados para fazer a triagem e o acolhimento de pacientes nas UBS com vistas aos atendimentos de urgências e emergência, que seja garantindo a manutenção do mesmo.
- Que sejam implementadas ações de segurança das UBS com a presença de guarda, alarme ou grades cercando a Unidade.
- Que seja implementada a proibição de fumar nas dependências das UBS, conforme legislação.
- Que seja implantado o Serviço Municipal de Radiologia contemplando Radiologia Odontológica
- Que sejam ampliadas as equipes do PID, atendendo, prioritariamente, os idosos e pacientes com patologias crônicas e atendendo área Rural, bem como o seu credenciamento legal.
- Que sejam reavaliados de imediato os contratos com os prestadores de serviços ao SUS no município, respeitando os princípios da Lei Orgânica da Saúde.
- Que a Secretaria Municipal de Saúde crie e apresente ao Conselho Municipal de Saúde normas e rotinas para os profissionais que trabalham na mesma.

- Que sejam feitas melhorias e qualificação do Serviço de Vigilância em Saúde, implantação de fato da Vigilância em Saúde do Trabalhador, conforme Portaria 3120/98.
- Que sejam implantados ações efetivas para acompanhar o trabalho das equipes técnicas da Secretaria de Saúde e que tanto prestadores trabalhadores e usuários tenham conhecimento das mesmas.
- Que sejam implantados em todos os locais de atendimento sistemas de avaliação e auto-avaliação do atendimento, por parte do usuário, trabalhador, prestador e gestor, a serem abalizados por uma equipe formada pelo gestor e controle social.

## **Recursos Humanos**

- Que sejam desenvolvidas ações de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde visando melhoria da competência técnica e humanização do atendimento através da educação permanente.
- Que sejam estudados e implantados critérios de incentivo ao bom desempenho profissional e cálculos com base no salário de referência do Município.
- Que seja melhorada a distribuição de todos os trabalhadores na rede municipal, adequando à realidade e necessidades das UBS.
- Que o(a) enfermeiro(a) possa prescrever medicamentos conforme programas e protocolos.
- Que seja aumentado o número de trabalhadores de maior demanda no SUS contemplando a qualidade dos serviços.
- Que se exija do Ministério da Saúde a instituição dos núcleos de ação integral em apoio ao PSF, com financiamento próprio, conforme projeto do Ministério da Saúde.
- Que se implemente a MOB/RH-SUS
- Que sejam ampliados os atendimentos em Fonoaudiologia, Serviço Social e Psicologia, através da contratação de mais profissionais, de

forma a atender a demanda da comunidade com qualidade, bem como se adequando as estruturas de atendimento e equipamentos.

## **Controle Social**

- Que a Secretaria Municipal de Saúde, mantenha autonomia financeira ao Conselho Municipal de Saúde, garantindo no orçamento do Fundo Municipal de Saúde mais recursos para sua manutenção e melhor desempenho de suas funções (incluindo transporte para a fiscalização).
- Que sejam implementadas ações para a capacitação e ou atualização dos Conselheiros de Saúde para o exercício de seu papel, através de Oficinas, Cursos e Seminários periódicos, promovidos em parceria com o gestor e/ou outras instâncias do Controle Social.
- Que seja, efetivamente, criada uma Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde, responsável pela articulação entre os Conselheiros e comunidade pelo encaminhamento das atividades definidas nas plenárias: pela análise de documentos e propostas, apuração de denúncias e respostas das reivindicações.
- Que a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde definam estratégias de divulgação que possibilitem um maior esclarecimento da população sobre os serviços de Saúde prestados pelo Município.
- Que o Conselho Municipal de Saúde encaminhe ao Ministério Público a solicitação de regulamentação conforme Lei específica da Gestão do Fundo Municipal de Saúde.
- Que o Secretário Municipal de Saúde participe, efetivamente, dos eventos do Conselho Municipal de Saúde bem como estabeleça e execute um calendário de visita junto as UBS para avaliar e, constatar a deficiência da mesma e viabilizar providências.
- Que sejam divulgadas massivamente as funções e deliberações do Conselho Municipal de Saúde.

- Que o Conselho Municipal de Saúde acompanhe e assessore os Conselhos Locais com o intuito de fortalecê-los.
- Que seja incentivada a formação dos Conselhos Locais com participação nas reuniões mensais da Unidade de Saúde, reforçando o Controle Social.
- Que seja destinada verba específica para o desenvolvimento de ações de informação da população sobre o funcionamento do SUS e divulgação de direitos e deveres dos usuários.
- Que todos os prestadores de serviços ao SUS, públicos ou conveniados, disponibilize espaço em seus locais de atividade para informações relacionadas ao Conselho Municipal de Saúde (Endereço e Telefone para sugestões e denúncias).
- Que seja disponibilizada nas UBS uma urna permanente para recebimento de denúncias e sugestões, que sejam analisados pelo Conselho Municipal de Saúde para encaminhamentos e soluções junto a Secretaria Municipal de Saúde.
- Que a comunidade seja mais informada quanto ao preenchimento das Fichas de Atendimento Ambulatorial, através de informativos afixados nos locais de atividade.