



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018/2021

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MOSTARDAS/RS

Dezembro/2017

SUMÁRIO

1- IDENTIFICAÇÃO	04
2- INTRODUÇÃO	05
3- APRESENTAÇÃO	08
3.1- Histórico	08
3.2- Localização	09
3.3- Acesso Rodoviário	10
3.4- Mapa Geomorfológico	11
4- ANÁLISE SITUACIONAL	11
4.1- Perfil Demográfico	12
4.1.1- População	12
4.1.2- Pirâmide Etária	13
4.1.3- População Rural e Urbana	13
4.1.4- Dados Demográficos Municipais	14
4.1.5- Linha de Crescimento Populacional	14
4.2- Determinantes e Condicionantes	14
4.2.1 – Aspectos Econômicos e de Infraestrutura	14
4.2.2- Principais Atividades	16
4.2.3- Trabalho e Renda Familiar	21
4.2.4- Educação	22
4.2.5- Saneamento Básico	23
4.3- Perfil Epidemiológico	26
4.3.1- Mortalidade	27
4.3.2- Morbidade	30
4.3.3- Nascimento	32
4.4- Situação de Saúde dos Grupos Populacionais Específicos e Vulneráveis	32

4.4.1- População Negra -----	33
4.5- Atenção Primária em Saúde-----	34
4.5.1- ESF e Rede de Atenção à Saúde-----	34
4.5.2- Rede Física de Saúde pública e Privada Prestadora de Serviços ao SUS --	35
4.5.3 Saúde Bucal-----	36
4.5.4- Assistência farmacêutica -----	37
4.5.5- Vigilância em Saúde- -----	37
4.6- Atenção Secundária em Saúde-----	38
4.6.1- Atenção aos Serviços de Urgência-----	38
4.6.2- Atenção às Consultas Especializadas-----	39
4.6.3- Atenção Especializada ambulatorial-----	40
4.6.4- Serviço de Atenção Saúde Mental -----	41
4.7- Atenção Terciária à Saúde-----	41
4.8- Infraestrutura-----	43
4.8.1- Infraestrutura física das unidades-----	43
4.8.2- Infraestrutura de Equipamentos-----	48
4.8.3- Infraestrutura de Logística -----	49
4.9- Gestão de Pessoal -----	50
4.9.1- Quadro de Servidores da Secretaria Municipal de saúde-----	51
4.10- Financiamento-----	56
5- DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS-----	57
6-MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO-----	64
7- REFERÊNCIAS -----	65
8- ANEXOS-----	65
ANEXO 1- APROVAÇÃO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE-----	66
ANEXO 2- HOMOLOGAÇÃO-----	67

1- IDENTIFICAÇÃO

PREFEITO MUNICIPAL

Moisés Batista Pedone

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Gilnei José Nazareth de Souza

ASSESSOR DE SECRETÁRIO

Ana Lúcia da Cunha Lopes

DIRETORA ADMINISTRATIVA

Anelise Liz dos Santos

DIRETORA DA ÁREA DE ENFERMAGEM

Janaína da Silva Barreto Pereira

DIRETORA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Kátia Salles machado

DIRETORA DA ATENÇÃO BÁSICA

Jane Maria Chaves Peres

DIRETORA DE DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Juliana Colares de Araújo

DIRETORA DE TRANSPORTE

Gislaine da Costa Chaves

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Tadeu Cardoso da Perciuncula

2- INTRODUÇÃO

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
- Descentralização
- Resolutividade,
- Regionalização e hierarquização
- Participação Social

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, possamos buscar os meios - processos, estruturas e métodos – capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e, torná-lo efetivo em nosso país.

Estes meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, devem constituir-se em objetivos estratégicos que deem 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 devem atender o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer.

Desta forma a 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 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 comparti mentalizadas. As unidades prestadoras de serviço com seus diversos graus de complexidade formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Para isto, é necessária a elaboração de um **Plano Municipal de Saúde**.

A construção do Plano Municipal de Saúde de Mostardas pretende servir como instrumento de gestão das ações de saúde que serão desenvolvidas pelo município no período compreendido entre 2018 a 2021.

Buscamos aprofundar o diagnóstico da situação de saúde da população residente no município, além de detalhar as diretrizes, objetivos e ações prioritárias a serem desenvolvidas pelos serviços, programas e setores do Sistema Municipal de Saúde de Mostardas.

O Plano deve ainda analisar as receitas e despesas da Saúde, apontando ações para melhorar a eficiência e eficácia do Sistema Municipal de Saúde, mantendo uma relação de cofinanciamento tripartite, com participação de recursos Federais e Estaduais no custeio das ações e serviços de saúde do município.

Sua elaboração está regulada por instrumentos normativos e legais, a saber: lei n.º 8.080/90 que estabelece a elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde; lei n.º 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS; decreto federal n.º 1.232/94 que define as bases para transferência de recursos; Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96) que define o Plano Municipal de Saúde como um requisito a ser cumprido por estados e municípios para habilitação dentro de uma das modalidades de gestão; decreto n.º 1.651/95 que estabelece a análise do Plano Municipal de Saúde como atividade de avaliação, controle e auditoria; Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/01) – Portaria n.º 95/2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de Gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios; Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02) – Portaria n.º 373/2002, documento que incorpora definições da regulamentação complementar, oferecendo alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta da implementação da NOAS 01/01; e Portaria 548/GM de 12/04/2001, que trata da elaboração, tramitação e acompanhamento dos instrumentos de gestão previstos no SUS.

O processo de formulação do Plano Municipal de Saúde deu-se através da nomeação de uma comissão do Conselho Municipal de saúde e servidores da Secretaria Municipal de Saúde, para sua elaboração, com seus fundamentos no PPA e Orçamento do município, sendo definida como estratégias:

- Fortalecimento da Atenção Básica;
- Melhoria do acesso e qualidade dos serviços oferecidos;

As prioridades (a partir dos objetivos, diretrizes e metas) são propostas pelos seguintes eixos de orientação:

- A reforma do modelo de atenção;
- Ampliação do acesso com a qualificação, acolhimento e humanização da atenção;
- A redução dos riscos e agravos;
- O aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

3- APRESENTAÇÃO

3.1- HISTÓRICO

Em 1763 chegaram os primeiros açorianos vindos do Arquipélago dos Açores, guardando ainda hábitos e costumes desse povo, que se faz notar nas fachadas do casario, nas ruas estreitas, na gastronomia e na formação religiosa.

Os registros citam que em 1742 já existia um posto de vigilância denominado GUARDA DE MOSTARDAS, na área que hoje compreende o município. Segundo Heinrich Bunse, a colonização iniciou nessa década por portugueses que vieram de Laguna de São Paulo.

Com as constantes guerrilhas na Banda Oriental, Santa Vitória do Palmar, Chuí e outros, fazendo com que as populações procurassem refúgio mais ao norte, esses refugiados foram chegando e estabelecendo-se na região mostardeira.

Ainda em relação à colonização, tem grande expressão na formação étnica, cultural e religiosa de Mostardas o elemento negro, trazido pelos escravistas.

A FREGUESIA DE MOSTARDAS foi criada pelo Alvará datado de 18 de janeiro de 1773, sob a invocação de São Luiz Rei de França. O primeiro Vigário foi o Padre Manoel Monteiro Pereira. Com a emancipação de São José do Norte, Mostardas passou a ser o Distrito mais importante daquele novo Município.

Na década de 60 começou, efetivamente, um grande movimento emancipacionista em Mostardas. A Lei Estadual Número 4691, de 26 de dezembro de 1963, veio coroar o sonho dos mostardenses, tornando sua área de 2.908 Km² (a atual é de 1983 Km², após a emancipação de Tavares) politicamente independentes. O município foi instalado em 11 de abril de 1964 e seu primeiro prefeito foi Luiz Chaves Martins.

Quanto ao nome “Mostardas”, a tradição oral nos enuncia hipóteses várias, como:

- A quantidade abundante de vegetal comestível na região, com essa denominação;
- O naufrágio de um navio francês com esse nome, que teria se abrigado nesse local;
- Comerciante com esse sobrenome, que se estabeleceu junto ao Posto de Vigilância.

Entretanto, a hipótese mais consistente na atualidade é a da historiadora Marisa Oliveira Guedes (GUEDES, 2012), que afirma que em 1738 foi criada a “Guarda das Mustardas”, mais tarde com a criação da Freguesia é que passou a chamar Mostardas. O nome Mustardas teria sido originado de trincheiras cavadas e cobertas com uma esteira de taquara e junco, as quais eram camufladas plantando-se mostarda, já que este vegetal não murcha. Desse modo abrigaria e camuflaria os soldados nas guerras em Portugal.

Vultos históricos, filhos nobres de Mostardas:

- Marcelo Gama;
- Menotti Garibaldi.

Em divisão territorial datada de 2007, o município é constituído de quatro distritos:

- 1º Distrito: Sede de Mostardas;
- 2º Distrito: Rincão do Cristóvão Pereira;
- 3º Distrito: São Simão;
- 4º Distrito Dr. Edgardo Pereira Velho (Solidão).

Uma abrupta redução da população total ocorreu a partir da década de 1980, por conta da emancipação do município de Tavares. Esse fato impactou também a população rural, na medida em que o novo município possuía predominantemente uma população rural com mais de 3.000 habitantes na época. Somando a isso o êxodo rural contribuiu com uma migração rural-urbana de aproximadamente 5.000 habitantes em 40 anos (1970-2010). De maneira geral, a população vem aumentando, especialmente a urbana, enquanto a população rural apresenta leve tendência à diminuição. (IBGE, 2010).

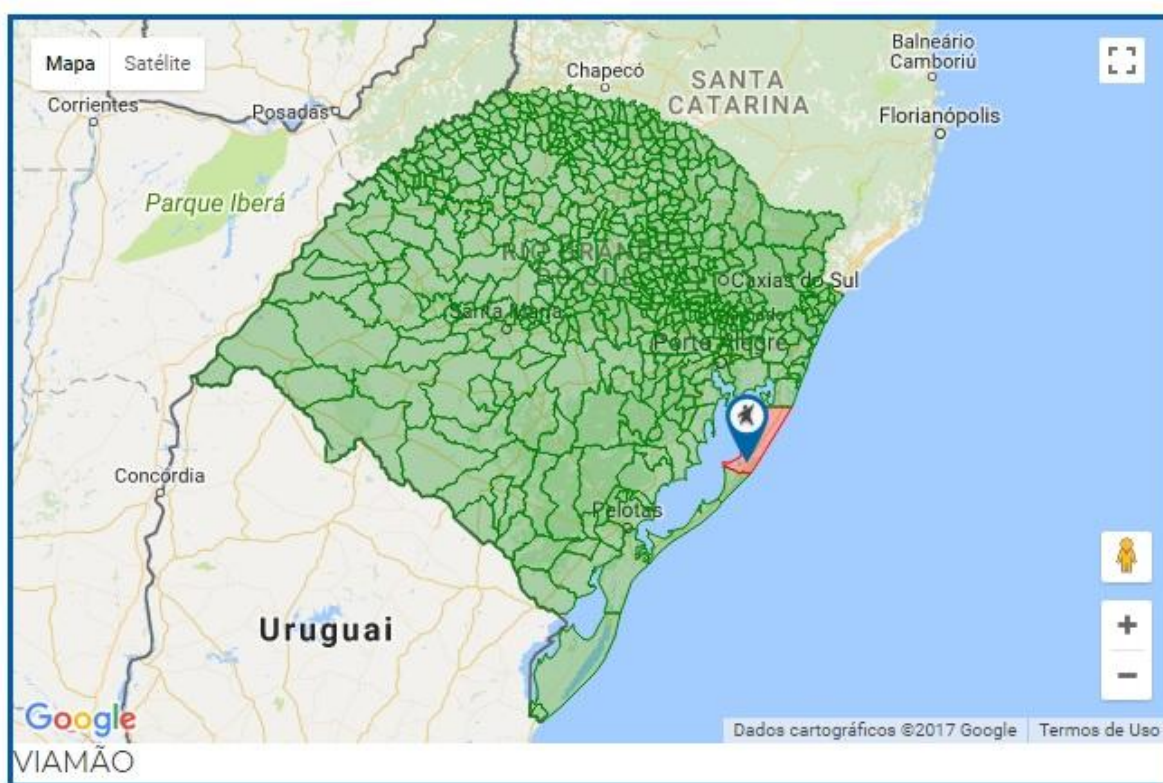
3.2- LOCALIZAÇÃO

Mostardas situa-se no Litoral Gaúcho, limita-se ao Norte com os municípios de Palmares do Sul, ao Sul com o município de Tavares, ao Leste com o Oceano Atlântico, e ao Oeste com a Laguna dos Patos.

Atualmente o município possui uma área atual de **1.983 Km²**, compreendendo grande parte de várzeas utilizadas com plantio de arroz, possui também florestas plantadas de Pinus e criação de gado de corte entre outras culturas.

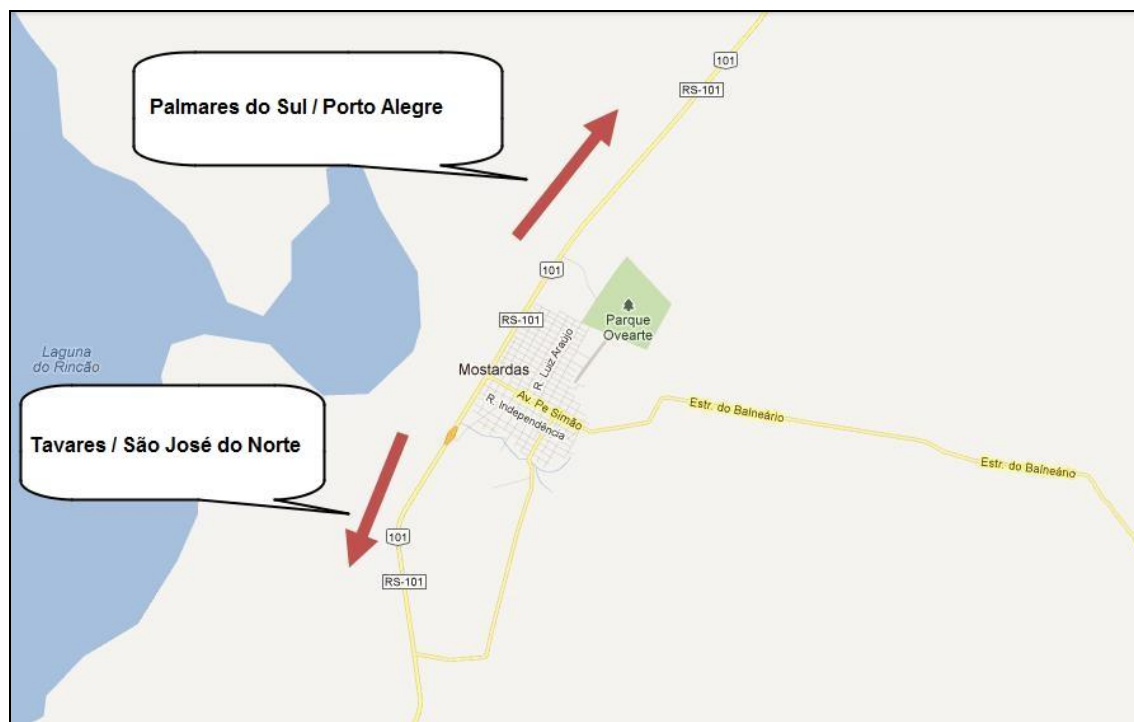
Está a uma distância de 204 km da Capital do Estado, sendo sua principal via de acesso a RSC-101.

Sua altitude é de 12 metros acima do nível do mar, com latitude de 31° 06' 20 "S e longitude 50° 55' 16" W.



Fonte: <http://www.cnm.org.br/municipios>

3.3 - ACESSO RODOVIÁRIO



3.4 - MAPA GEOMORFOLÓGICO



FONTE: GOOGLE EARTH

4- ANÁLISE SITUACIONAL

4.1 – PERFIL DEMOGRÁFICO

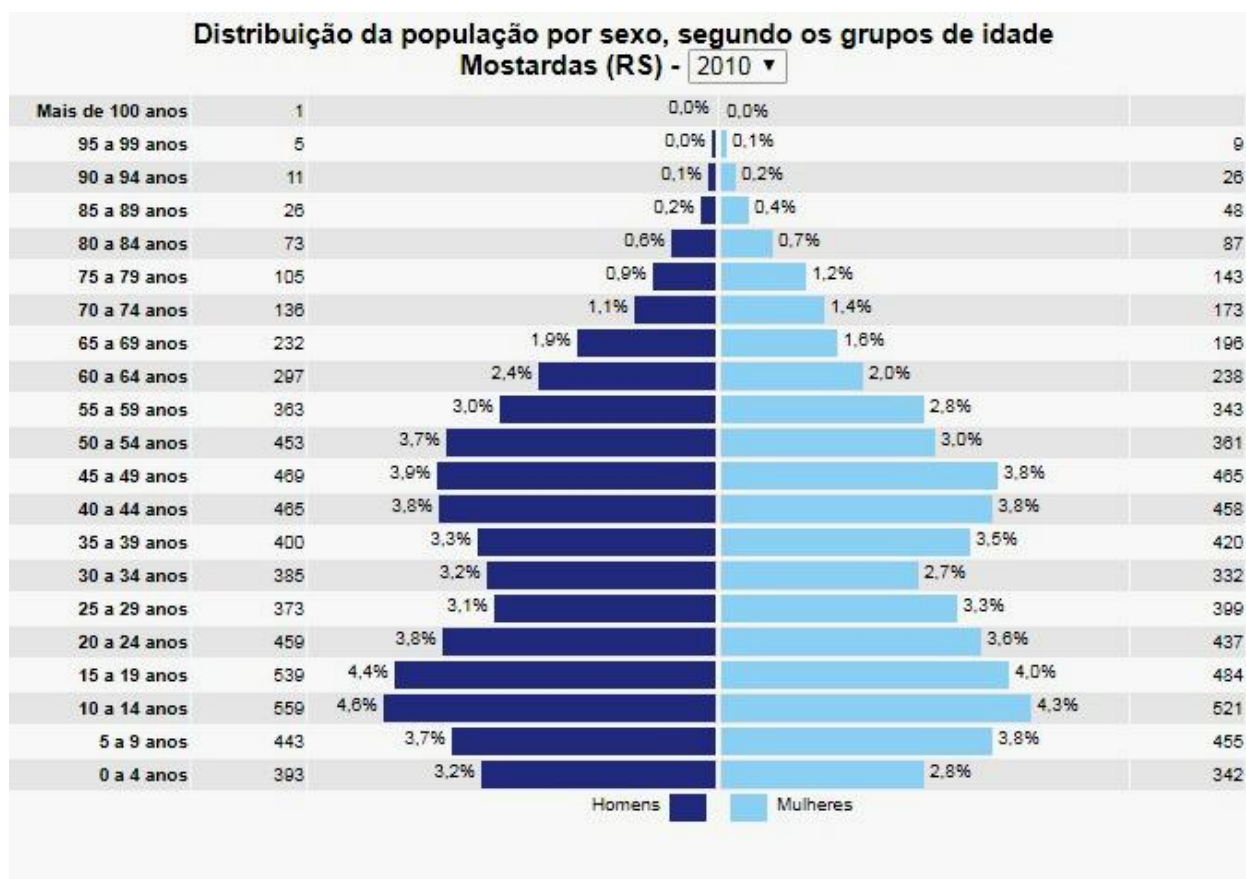
O município possui uma população de 12.392 hab. com uma densidade demográfica de 6,01 hab./Km² distribuída da seguinte forma dividida por sexo e faixa etária:

4.1.1 – POPULAÇÃO

HOMENS		MULHERES	
0 a 1 ano de idade	78	0 a 1 ano de idade	58
1 a 4 anos de idade	315	1 a 4 anos de idade	284
5 a 9 anos de idade	443	5 a 9 anos de idade	455
10 a 14 anos de idade	559	10 a 14 anos de idade	521
15 a 19 anos de idade	539	15 a 19 anos de idade	484
20 a 24 anos de idade	459	20 a 24 anos de idade	437
25 a 29 anos de idade	373	25 a 29 anos de idade	399
30 a 34 anos de idade	385	30 a 34 anos de idade	332
35 a 39 anos de idade	400	35 a 39 anos de idade	420
40 a 44 anos de idade	465	40 a 44 anos de idade	458
45 a 49 anos de idade	469	45 a 49 anos de idade	465
50 a 54 anos de idade	453	50 a 54 anos de idade	361
55 a 59 anos de idade	363	55 a 59 anos de idade	343
60 a 64 anos de idade	297	60 a 64 anos de idade	238
65 a 69 anos de idade	232	65 a 69 anos de idade	196
70 a 74 anos de idade	136	70 a 74 anos de idade	173
75 a 79 anos de idade	105	75 a 79 anos de idade	143
80 a 84 anos de idade	73	80 a 84 anos de idade	87
85 a 89 anos de idade	26	85 a 89 anos de idade	48
90 a 94 anos de idade	11	90 a 94 anos de idade	26
95 a 99 anos de idade	5	95 a 99 anos de idade	9
100 anos ou mais	1	100 anos ou mais	-

(Fonte: IBGE, 2010)

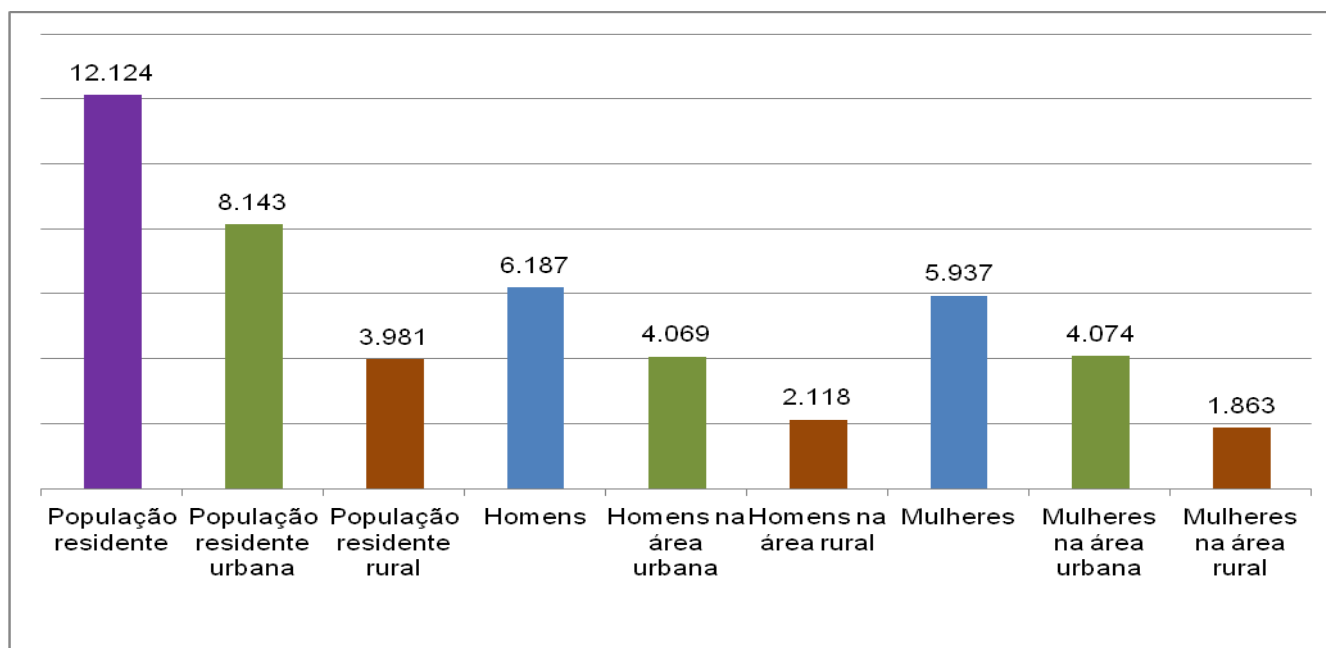
4.1.2 - PIRÂMIDE ETÁRIA:



Fonte: IBGE, 2010

4.1.3- POPULAÇÃO RURAL E URBANA

A população encontra-se na área urbana e rural sendo dividida da seguinte forma:



Fonte: IBGE, 2010

4.1.4- DADOS DEMOGRAFICOS MUNICIPAIS

Densidade demográfica (2010)	6,11 hab./km²
População municipal por sexo (2012)	Masculino: 6.187 Feminino: 5.937
Expectativa de Vida ao Nascer (2010)	75,94 anos

Fonte: IBGE, 2017

4.1.5 - LINHA DE CRESCIMENTO POPULACIONAL

Evolução Populacional			
Ano	Mostardas	Rio Grande do Sul	Brasil
1991	9.089	9.138.670	146.825.475
1996	9.255	9.568.523	156.032.944
2000	11.658	10.187.798	169.799.170
2007	11.903	10.582.840	183.987.291
2010	12.124	10.693.929	190.755.799

4.2 – DETERMINANTES E CONDICIONANTES

4.2.1 - ASPECTOS ECONÔMICOS E DE INFRAESTRUTURA

Em Mostardas a cultura do arroz apresentou um aumento desde o ano de 1982, com pequenas oscilações como as observadas no período de 1992–1994 decorrentes das várias medidas econômicas do Governo Federal. A cultura de cebola vem diminuindo a cada ano, ao passo que a do alho tem crescido. O arroz é cultivado em latifúndios com alto grau de tecnologia e mecanização gerando, portanto, poucos empregos.

Verifica-se em Mostardas o predomínio de pequenas propriedades com 21 a 50 ha pertencentes a 336 produtores (24,6% dos produtores da região). Propriedades com mais de 1000 ha perfazem 42,4% da área rural e encontram-se concentradas nas mãos de 3% dos produtores rurais, sendo destinadas à cultura do arroz e à pecuária.

A cebola, por sua vez, é cultivada nas pequenas e médias propriedades e envolve o maior número dos produtores, entretanto, oferece pouco retorno ao

município em termos de arrecadação quando comparado ao cultivo de arroz. A produtividade do arroz e da cebola é mais elevada neste município do que no resto do Estado.

Censo Agropecuário do Município de Mostardas em 2006

Descrição	Unidade	Área (hectare)
Número de estabelecimentos agropecuários	975	124.662
Número de estabelecimentos com lavouras permanentes	200	4.274
Número de estabelecimentos com lavouras temporárias	648	42.577
Número de estabelecimentos com pastagens naturais	778	68.120
Número de estabelecimentos com matas e florestas	248	6.339

Fonte IBGE

O Produto Interno Bruto (PIB) é a soma de todos os serviços e bens produzidos num determinado período numa determinada região. O PIB é expresso em valores monetários. Na cidade de Mostardas o setor agropecuário apresenta grande representatividade na composição do PIB.

Segundo dados do IBGE (2006), o produto Interno Bruto do Município apresentou maiores valores adicionado na agropecuária e Serviço. Sendo o PIB a preço de mercado corrente R\$ 134.775.000,00 e o PIB per capita de R\$ 9.941.000,00.

Produto Interno Bruto do Município de Mostardas em 2006

Especificações	Valor (mil reais)
Valor adicionado na agropecuária	55.446
Valor adicionado na indústria	16.281
Valor adicionado nos serviços	57.230
Impostos sobre prod. Líq. De subsídios	5.818
PIB a preço de mercado corrente	134.775

PIB per capita	9.941
----------------	-------

Fonte: IBGE

4.2.2 - PRINCIPAIS ATIVIDADES

Agricultura

O Município de Mostardas é um dos grandes produtores de arroz irrigado do Rio grande do Sul, com uma área cultivada de 33.397 hectares. Produzindo cerca de 200.000 toneladas anuais.

A produção de milho, feijão e cebola também são fortes fontes de renda para o município com áreas plantadas de 495, 281 e 200 hectares, respectivamente.

O plantio de cebola embora ocupe uma área menor do que a área ocupada na produção de milho e feijão apresenta quantidade e valor produtivo significativamente maior que os demais e é a principal atividade familiar da região.

Dados sobre lavoura temporária do município em 2007

Espécie	Quant. Prod.	Valor da produção	Área plantada
	(toneladas)	(Mil Reais)	(hectare)
Alho	3	13	1
Arroz	207.696	90.485	33.397
Batata doce	210	107	30
Batata inglesa	13	4	4
Cana de açúcar	60	12	5
Cebola	3.600	1.034	200
Feijão	149	234	281
Mandioca	765	281	90
Melancia	132	42	30
Melão	2	1	2
Milho	371	127	495
Sorgo granífero	108	31	45

Tomate	8	11	1
--------	---	----	---

FONTE: IBGE

Silvicultura

Outro setor que se destaca é o da silvicultura, que apresenta entre seus produtos a madeira em tora, chegando a alcançar anualmente mais de 144.000 m³ e mais de R\$6.600.000,00 em valor de produção (IBGE, 2007).

Produtos da Silvicultura

Produto	Quant. prod.	Valor da produção
	(m ³)	(Mil Reais)
Lenha	36.789	1.048
Madeira em tora	144.721	6.611
Resina	1.362 (t)	1.661

FONTE: IBGE

O *Pinus sp.* Originário do hemisfério norte teve um incremento em seu plantio a partir da década de 60 por incentivos fiscais. Adaptou-se muito bem na região litorânea, aumentando sua produtividade em relação aos países de origem, sendo responsável por uma cadeia produtiva na qual se destaca a indústria moveleira, a produção de celulose de fibra longa, a produção de madeira para serraria, marcenaria e carpintaria, indústria de chapa de MDF e, a partir da extração de resina de desta madeira, a produção de breu e terebintina, entre outros. A resina também é utilizada na indústria química na produção de solventes, tintas, óleos essenciais, fármacos, perfumes, materiais adesivos e aprova d'água, e na indústria química fina, de sabores para a fabricação de aditivos alimentares, entre outros (SCHÄFER, 2009).

Pecuária

A pecuária é bastante representativa na região, sendo o rebanho de bovinos o maior, seguido pelo de ovinos. São expressivos ainda os rebanhos de equinos e suínos, existindo ainda a presença de asininos, muares, bubalinos, coelhos, caprinos, codornas e galinhas. Como derivados podemos citar a produção de carne, leite, lã e ovos.

Produtos gerados no município de Mostardas

Descrição		Quantidade	Unidade
Bovinos	Efetivos dos rebanhos	78.915	Cabeças
Equinos	Efetivos dos rebanhos	2.891	Cabeças
Bufalinos	Efetivos dos rebanhos	297	Cabeças
Muare	Efetivos dos rebanhos	7	Cabeças
Suínos	Efetivos dos rebanhos	2.150	Cabeças
Caprinos	Efetivos dos rebanhos	109	Cabeças
Ovinos	Efetivos dos rebanhos	21.171	Cabeças
Galos, frangas, frangos e pintos	Efetivos dos rebanhos	8.365	Cabeças
Galinhas	Efetivos dos rebanhos	7.832	Cabeças
Vacas de ordenha	Produção-quantidade	2.510	Cabeças
Ovinos tosquiados	Produção-quantidade	20.169	Cabeças
Leite de vaca	Produção-quantidade	2.076	Mil litros
Ovos de galinha	Produção-quantidade	80	Mil dúzias
Mel de abelha	Produção-quantidade	30.012	Kg
Lã	Produção-quantidade	39.935	Kg

FONTE: IBGE

Indústria

A economia urbana está centrada no comércio local e pequenas indústrias, sendo que o município de MOSTARDAS conta com 27 (vinte e sete) Indústrias, que atuam em diversos ramos do setor, distribuídas conforme quadro a seguir:

Número de estabelecimentos industriais no município de Mostardas

ATIVIDADE	Nº de Estabel.	Potencial Poluidor
Serraria e Desdobramento da Madeira	12	Médio
Ind. De Cereais	02	Médio
Ind. Beneficiadora de Arroz	04	Médio

Beneficiamento de couros, peles e lã	01	Médio
Fábrica de artefatos de metal	04	Médio
Fábrica de artefatos madeira	04	Médio

FONTE: IBGE

Comércio

O município de Mostardas conta com muitos estabelecimentos comerciais de produtos diversificados o suficiente para suprir as necessidades básicas da comunidade, sendo:

Número de estabelecimentos comerciais no município de Mostardas

ATIVIDADE	Número de Estabelecimentos
Lojas de Materiais de Informática	09
Lojas de Eletrodomésticos	20
Lojas de Vestuários, Confeções e calçados	61
Lojas de Materiais Escolares e Papelarias	08
Lojas de Carnes / Açougue	14
Loja de Farmácia	04
Lojas de Móveis	10
Lojas de bijuterias e artigos de armarinho	05
Bar, Lanche ria, Restaurante e Pizzaria.	49
Postos de Venda de Combustível	04
Loja de Relojoaria	02
Vidraçaria	02
Mini-mercados, Mercados.	46
Loja funerária	02
Comércio de automóveis	03
Loja peças aces. p/ motos, bicicletas e automóveis	24
Lojas de Insumos Agrícolas e Veterinários	06
Lojas de Materiais de Construção	15
Instituições de Crédito/ Banco	02

Postos de Lavagem de Veículos	11
Associações Setor Comercial	01
Associações em geral	14
Igrejas e ou religiões	06
Cooperativas de produção	01
Lojas de Consertos em geral	07
Distribuidores de energia elétrica	01
Institutos de Beleza e Barbearia	36
Construtor/Pintor/Pedreiro/Marceneiro	56
Eletricistas	18
Costureiras	03
Massagistas	02

Serviços

Na área de prestação de serviços e organização social são representadas no município pelas seguintes entidades, profissionais liberais e autônomos:

Relação de prestadoras de serviço no município de Mostardas

ATIVIDADE	Nº de Estabel.
Clínicas Médicas	02
Clínicas Odontológicas	04
Laboratórios de Análise Clínica	01
Contabilistas e Despachantes	05
Advogados	12
Oficinas Mecânicas	16
Hotéis/ Pousadas	12
Hospitais	01

4.2.3 – TRABALHO E RENDA FAMILIAR.

Em 2015, o salário médio mensal era de 2.0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 16.6%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 363 de 497 e 282 de 497, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1987 de 5570 e 1884 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 36.3% da população nessas condições, o que o colocava na posição 98 de 497 dentre as cidades do estado e na posição 3293 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

POPULAÇÃO	
População estimada [2017]	12.794 pessoas
População no último censo [2010]	12.124 pessoas
Densidade demográfica [2010]	6,11 hab./km²
TRABALHO E RENDIMENTO	
Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2015]	2 salários mínimos
Pessoal ocupado [2015]	2.112 pessoas
População ocupada [2015]	16,6 %
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo [2010]	36,3 %
ECONOMIA	
PIB per capita [2014]	25.180,29 R\$
Percentual das receitas oriundas de fontes externas [2015]	76,6 %
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010]	0, 664

4.2.4 – EDUCAÇÃO

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5.4 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.1. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 266 de 497. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 314 de 497. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 96.6 em 2010. Isso posicionava o município na posição 414 de 497 dentre as cidades do estado e na posição 4099 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

EDUCAÇÃO	
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	96,6 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental [2015]	5,4
IDEB – Anos finais do ensino fundamental [2015]	3,1
Matrículas no ensino fundamental [2015]	1.751 matrículas

REDE DE ENSINO

A rede de ensino das escolas públicas e particulares na cidade de Mostardas/RS. São doze escolas municipais e quatro estaduais.

Escolas por nível:

Estadual:

- Esc. Est. De Ens. Fundamental 11 De Abril - Centro.
- Esc. Est. De Ens. Médio PE Simão Moser - Centro.
- Esc. Est. Ens. Médio Mario Quintana - Solidão.
- Esc. Est. Ens. Fund. Maria Rita Marques Da Rocha Velho – Rural

Municipal:

- EMF DR DINARTE SILVEIRA MARTINS - VILA NORTE
- E M F MARCELO GAMA - CENTRO
- E M F NOSSA SENHORA APARECIDA - SOLIDAO
- E M F MARCILIO DIAS - ZONA RURAL
- EMEI DONA IOLANDA TESCHE - SUL BAIXADA
- E M E I PEQUENO PRINCIPE - CENTRO

- E M E I VO TOTA - VILA NORTE
- E M E I SITIO DO PICA-PAU AMARELO - CENTRO
- E M F EMILIO FERREIRA DE LEMOS - RURAL
- E M F BENTO GONCALVES - ZONA RURAL
- EMF QUITERIA PEREIRA DO NASCIMENTO - ZONA RURAL
- E M F ANITA GARIBALDI - ZONA RURAL

ESCOLAS POR NÍVEL

PRÉ-ESCOLA	04
FUNDAMENTAL	11
MÉDIO	1

4.2.5 - SANEAMENTO BÁSICO

Famílias com saneamento: número de domicílios com rede pública, fossa e esgoto a céu aberto por cidade do Brasil - MOSTARDAS, RS

O levantamento foi elaborado a partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde. Os dados do SIAB, por sua vez, são gerados a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, que fazem o cadastramento das famílias e identificam a situação de saneamento e moradia. Para cálculo da taxa ou percentual de domicílios com e sem sistema de esgoto (1. rede pública ou geral de esgoto, 2. esgoto por fossa e 3. esgoto a céu aberto), a pesquisa divide o número de domicílios com ou sem sistema de esgoto, pelo total de famílias cadastradas no SIAB.

Percentual de domicílios com rede pública de esgoto por famílias cadastradas no SIAB

Ano	MOSTARDAS RS	MÉDIA NACIONAL
2013	40,89%	41,93%
2012	40,88%	43,01%
2011	42,88%	40,75%
2010	31,80%	39,76%

2009	31,64%	38,59%
2008	32,17%	38,94%
2007	32,37%	38,11%
2006	34,07%	37,06%
2005	34,07%	35,56%
2004	34,07%	34,28%
2003	41,27%	33,44%
2002	41,02%	31,18%
2001	41,40%	29,32%
2000	41,45%	26,07%
1999	42,91%	22,40%
1998	Sem dados	19,85%

FONTE: Ministério da Saúde - DATASUS | Situação de Saneamento oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB

Percentual de domicílios com esgoto por fossa por famílias cadastradas no SIAB

Ano	MOSTARDAS RS	MÉDIA NACIONAL
2013	53,10%	47,76%
2012	53,11%	46,53%
2011	50,78%	48,01%
2010	58,71%	47,48%
2009	57,90%	47,59%
2008	55,82%	47,13%
2007	53,90%	47,04%
2006	51,94%	47,21%
2005	51,94%	47,64%
2004	51,94%	47,93%
2003	42,08%	47,78%
2002	42,30%	48,90%
2001	42,14%	49,29%
2000	41,86%	51,23%

1999	41,21%	51,38%
1998	Sem dados	45,59%

FONTE: Ministério da Saúde - DATASUS | Situação de Saneamento oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB

Percentual de domicílios com esgoto a céu aberto por famílias cadastradas no SIAB

Ano	MOSTARDAS RS	MÉDIA NACIONAL
2013	6,01%	10,29%
2012	6,00%	10,45%
2011	6,34%	11,21%
2010	9,49%	11,85%
2009	10,46%	12,55%
2008	12,01%	13,30%
2007	13,73%	14,00%
2006	13,99%	14,77%
2005	13,99%	15,77%
2004	13,99%	16,70%
2003	16,65%	17,69%
2002	16,68%	18,78%
2001	16,46%	20,05%
2000	16,69%	22,00%
1999	15,88%	24,77%
1998	Sem dados	20,37%

FONTE: Ministério da Saúde - DATASUS | Situação de Saneamento oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB

Número de domicílios com rede pública de esgoto por famílias cadastradas no SIAB

Ano	MOSTARDAS RS
2013	1.818 famílias
2012	1.818 famílias

2011	1.825 famílias
2010	1.364 famílias
2009	1.328 famílias
2008	1.130 famílias
2007	934 famílias
2006	1.062 famílias
2005	1.062 famílias
2004	1.062 famílias
2003	1.066 famílias
2002	1.033 famílias
2001	1.016 famílias
2000	1.011 famílias
1999	1.013 famílias

FONTE: Ministério da Saúde - DATASUS | Situação de Saneamento oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB

Segundo o IBGE (2010), a proporção de domicílios particulares permanentes por tipo de saneamento é o seguinte:

- 59,22% são considerados adequados, ou seja, abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente;
- 40,64 % são considerados semi-adequados que significa que existe pelo menos uma forma de saneamento adequada e;
- 0,14% foram considerados inadequados, ou seja, todas as formas de saneamento inadequadas.

4.3 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O investimento público e a gestão qualificada em saúde refletem diretamente na melhoria da qualidade de vida da população, no aumento da esperança de vida ao nascer, no aumento da expectativa de vida da população, na redução de internações por causas sensíveis à atenção básica - ICSAB (internações são mais dispendiosas do que tratamentos ambulatoriais e prevenção e significam agravo

nas condições de saúde), na redução da mortalidade, entre outros indicadores de saúde sensíveis a estes investimentos. A melhoria da qualidade de vida e saúde da população tem relação direta positiva com indicadores socioeconômicos, tais como a estabilidade laboral e financeira das famílias (pela diminuição de afastamentos por adoecimento e dos gastos com saúde), redução da desigualdade social em saúde e, por estas razões, contribui para a estabilidade e crescimento econômico e social.

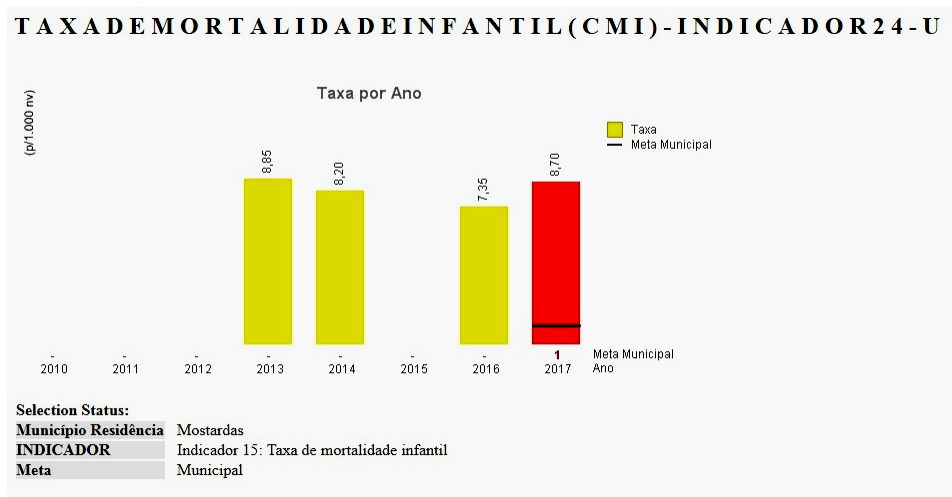
4.3.1 - MORTALIDADE

Mortalidade: número e taxa de óbitos por cidade do Brasil - MOSTARDAS, RS.

O levantamento foi elaborado a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), administrado pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

As informações são coletadas pelas Secretarias de Saúde a partir das Declarações de Óbitos dos cartórios. A causa básica de óbito é codificada a partir do declarado pelo médico atestante, segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. Para cálculo da taxa de mortalidade infantil (em percentual da população menor de 1 ano) foram utilizadas as estimativas intercensitárias disponibilizadas pelo DATASUS que, por sua vez, utiliza fontes do IBGE.

Mortalidade infantil

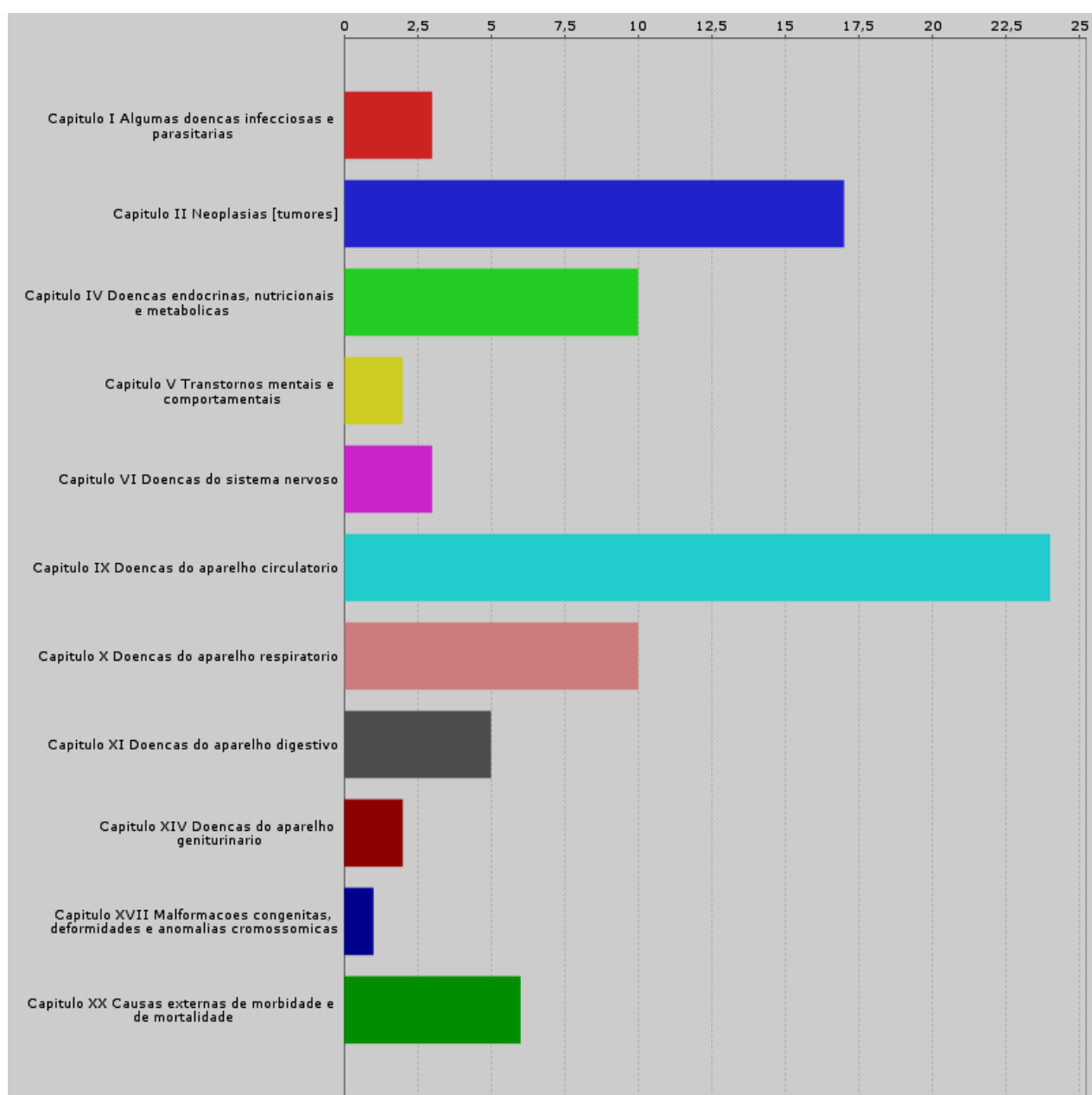


Mortalidade por grupos de causas, faixa etária.

Dados Epidemiológicos										
Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência										
Mortalidade por Capítulo CID 10	1 a 4	5 a 9	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	1	0	0	2	0	0	3
Capítulo II Neoplasias [tumores]	0	0	0	0	1	3	6	5	2	17
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	2	0	2	3	3	10
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	4	1	4	5	10	24
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	0	2	1	7	10
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	0	1	4	5
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Capítulo XVII Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	1	2	1	0	2	0	0	0	6
Total	0	1	3	3	9	7	17	17	26	83
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	1	0	0	2	0	0	3
Capítulo II Neoplasias [tumores]	0	0	0	0	1	3	6	5	2	17
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	2	0	2	3	3	10
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	4	1	4	5	10	24
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	0	2	1	7	10

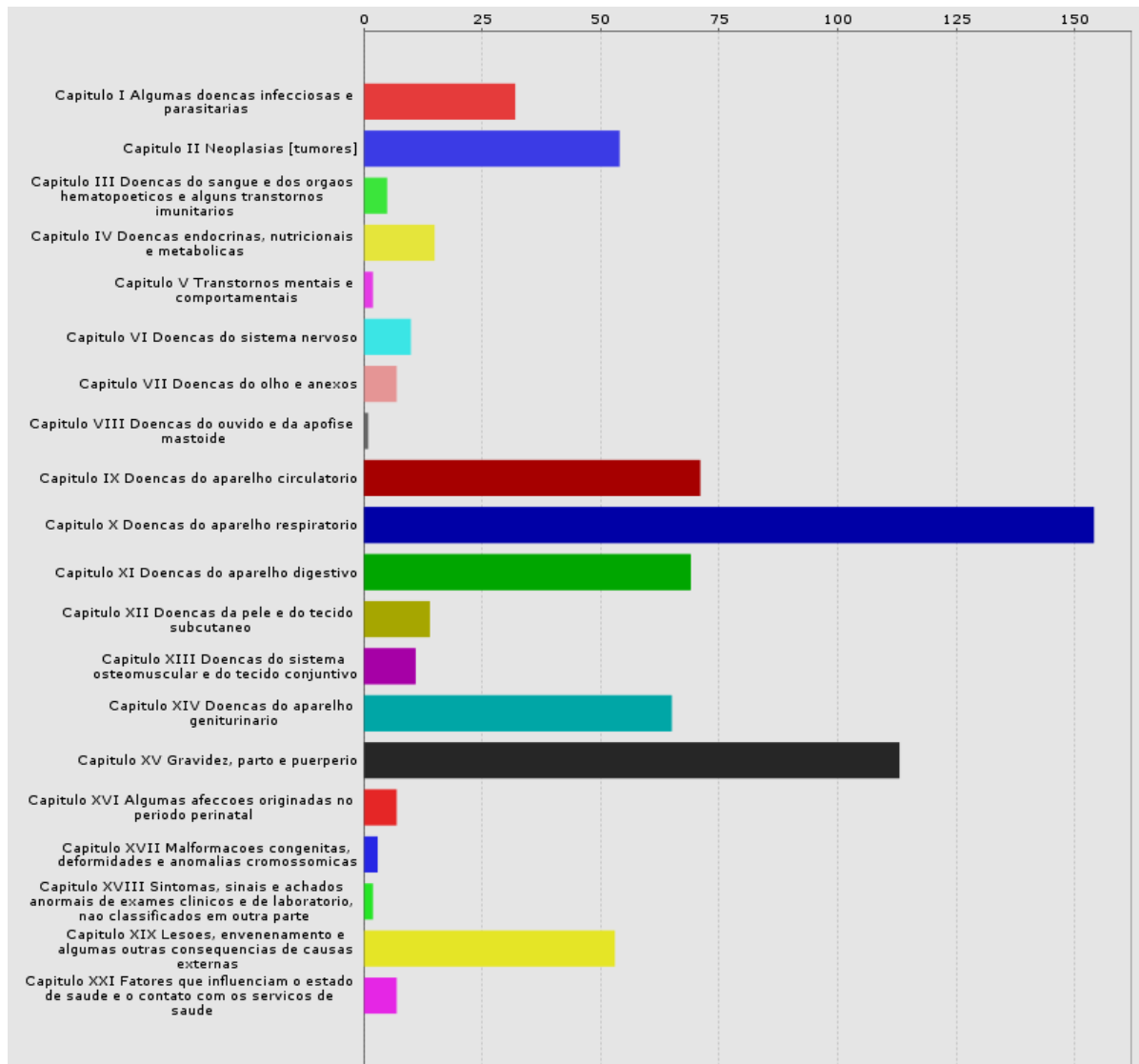
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	0	1	4	5
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	1	2	1	0	2	0	0	0	6
Total	0	1	3	3	9	7	17	17	26	83

(Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM - 0)



4.3.2 - MORBIDADE

Morbidade Hospitalar por grupos de causas, faixa etária.



(Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH - 0)

Internações por Capítulo CID-10	> 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	2	2	0	2	3	6	2	4	2	5	2	32
Capítulo II Neoplasias [tumores]	0	0	1	0	0	1	3	4	20	13	10	2	54
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	5
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	2	1	0	0	1	4	3	4	15
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	1	1	0	0	1	1	1	0	4	1	0	0	10
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	2	7
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	1	0	2	0	1	0	8	7	11	16	14	11	71
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	25	6	7	0	4	3	11	7	14	19	23	35	154
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	1	1	1	1	3	10	5	11	11	17	5	3	69
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	3	4	3	1	1	2	0	0	14
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	1	1	0	0	2	1	4	2	0	0	11
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	2	0	0	3	8	12	8	7	6	6	9	4	65
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	7	20	55	24	7	0	0	0	0	113
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7
Capítulo XVII Malformações congenitas, deformidades e anomalias	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

cromossômicas													
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	1	0	6	3	3	6	3	6	6	3	4	12	53
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	3	0	7
Total	40	14	21	15	49	99	77	53	84	87	81	75	695

(Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH - 0)

4.3.3- NASCIMENTO

Houve decréscimo do número de nascimentos e aumento da população acima de 60 anos. Projeções para 2030 apontam um processo de envelhecimento da população e a pirâmide etária se aproxima da estrutura de países desenvolvidos

Indicadores	2013	2014	2015	2016	2017
Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	5,30%	7,37%	6,71%	8,08%	6,06%
Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	83,19%	83,61%	78,36%	72,79%	77,27%

4.4- SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS GRUPOS POPULACIONAIS ESPECÍFICOS E VULNERÁVEIS

O acesso à saúde para grupos em situação de vulnerabilidade social tem sido um desafio para rede de atenção à saúde, entendendo as questões relacionadas as condições de vida e seu impacto na saúde, e conforme preconizado no Decreto nº 7.508 de 2011 e na Portaria GM/MS nº 2.135/2013, no Decreto nº 7.508 de 2011 e na Portaria GM/MS nº 2.135/2013, optou-se por realizar a análise situacional dos grupos populacionais mais expressivos no município e buscou-se identificar suas necessidades de saúde, reconhecendo o impacto de determinantes e condicionantes no processo saúde-doença e as diferenças de perfil epidemiológico deste grupo onde a rede atenção à Saúde

(RAS) do município na busca pelo cumprimento do princípio da equidade, visam responder às especificidades destas populações.

4.4.1- POPULAÇÃO NEGRA

Grande parte da população negra, especialmente as residentes em comunidades quilombolas ou nas periferias, apresenta condições de alta vulnerabilidade social e econômica. Somam-se a isso as consequências do racismo vivenciado nos espaços de convivência social, inclusive nos espaços públicos, em que ocorre o racismo institucional, o que dificulta o acesso a serviços de saúde de forma qualificada.

A taxa de analfabetismo atinge 9% dos negros no RS (IBGE, 2010) e mais de mil famílias residentes em comunidades quilombolas são beneficiadas pelo programa Bolsa Família. Além disso, os jovens negros gaúchos têm 1,7% mais chances de morrer do que os jovens brancos no estado (BRASIL, 2015).

As morbidades em relação às doenças mais importantes de caráter étnico que afetam a população negra são a doença falciforme, a deficiência de glicose-fosfato-desidrogenase, a hipertensão arterial, a doença hipertensiva específica da gravidez e o diabetes mellitus. Além dessas, podemos enumerar outras decorrentes das condições de vulnerabilidade a que essa população está exposta como: desnutrição, doença do trabalho, DST/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil, sofrimento psíquico, transtornos mentais derivados do uso abusivo de álcool e drogas, doenças infecciosas parasitárias e problemas decorrentes de gravidez, parto e puerpério.

Com o intuito de facilitar e qualificar o acesso dessas comunidades à atenção primária à saúde, o município aderiu ao incentivo à ESF Qilombola, através da Resolução CIB/RS nº98/2013.

Fonte: www.ces.rs.gov.br

Terras em processo por UF: Rio Grande do Sul				
Nome da Terra	Comunidade(s)	Famílias	Município	Etapa
Beco dos Colodianos	Beco dos Colodianos	36	Mostardas	RTID em elaboração
Casca	Casca	85	Mostardas	Portaria do presidente do Incra publicada no Diário Oficial

Teixeiras	Teixeiras	80	Mostardas	Certidão Fundação Cultural Palmares
-----------	-----------	----	-----------	--

Fonte: http://www.cpisp.org.br/terras/asp/terras_mapa.aspx?UF=rs&VerTerras=r

4.5 – ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" e centro articulador do acesso dos usuários nos sistemas de saúde e às Redes de Atenção à Saúde, orienta-se pelos princípios da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da corresponsabilização e da humanização. Para atender esses princípios, a Atenção Básica desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

4.5.1- ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O município de Mostardas elencou a **Estratégia Saúde da Família (ESF)** como modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e a melhoria do acesso da população ao SUS. As equipes de saúde da família trabalham nos territórios junto às famílias e comunidades, com uma cobertura de 100% da população.

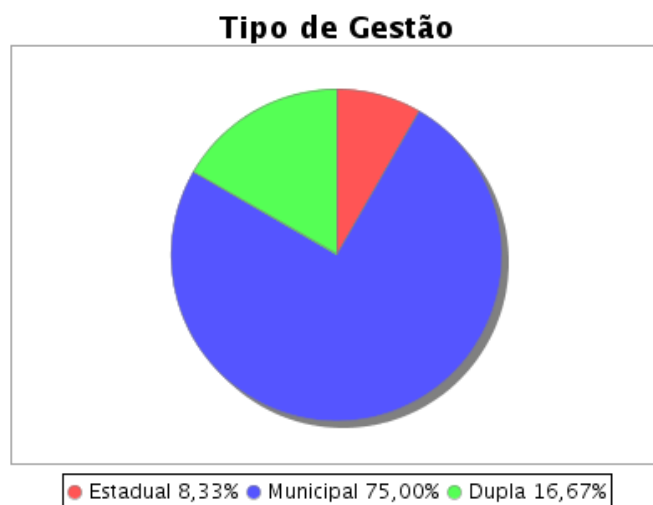
O município conta com:

- 04 Unidades Básicas;
- 04 ESFs;
- 01 Centro de Especialidades;
- 01 Hospital filantrópico;
- 01 laboratório conveniado com o estado;

A atenção básica de saúde de Mostardas hoje tem uma cobertura populacional de 100% da população, mantendo o acesso facilitado da população na porta de entrada do SUS.

4.5.2- REDE FÍSICA DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS:

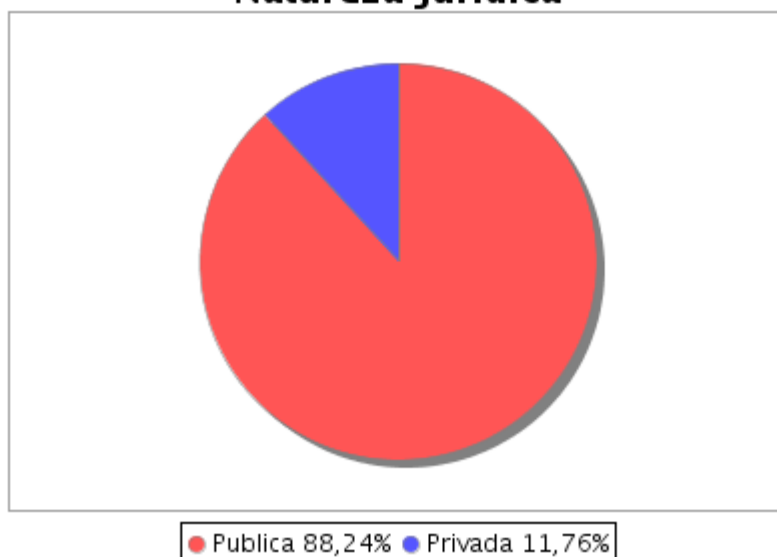
Tipo de Estabelecimento	Total	Tipo de Gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
POSTO DE SAUDE	5	5	0	0
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	3	3	0	0
POLICLINICA	1	0	0	1
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	1	0	1	0
HOSPITAL GERAL	1	0	0	1
SECRETARIA DE SAUDE	1	1	0	0
Total	12	9	1	2



Fonte: CNES

Natureza Jurídica (Gerência)	Total	Tipo de Gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
PRIVADA	6	0	3	3
MUNICIPAL	45	42	0	3
Total	51	42	3	6

Natureza Jurídica



Fonte: CNES

4.5.3- SAÚDE BUCAL

A equipe de saúde bucal na atenção primária tem como atribuição fomentar estratégias de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, com base em diagnósticos situacionais e pactuações com os atores locais. Ao pensar a atuação da equipe como possibilidade de construção de cidadania é primordial compreender o contexto ambiental, social, político e econômico das comunidades, transcendendo o foco cirúrgico-restaurador-mutilador em saúde bucal.

A oferta da atenção, individual e coletiva prevê acesso universal com equidade e cuidado integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis. Tais desafios demandam da gestão municipal o dimensionamento adequado da rede de serviços e um reordenamento dos processos de trabalho. A instituição do Protocolo de Organização da Rede e Fluxos de Atendimento da Atenção em Saúde Bucal é fundamental para alinhar as ações municipais em saúde bucal aos princípios filosóficos do SUS, facilitando a organização institucional do acesso aos serviços de saúde bucal através de condutas embasadas cientificamente e pactuadas em colegiado formado por gestores e trabalhadores da SMS.

A saúde bucal no município possui cinco consultórios dentários, localizados:

- ESF I SOLIDÃO
- ESFII MOACIR MACHADO BRAGA
- ESF III CENTRO COMUNITÁRIO
- ESF IV PEDRO GAUTÉRIO
- UBS ANTONIO ZABELA - TEIXEIRAS

Objetiva-se nessa gestão instalar 01 consultório odontológico na Comunidade da Casca, uma comunidade de remanescente de Quilombolas, ampliando o acesso a população e intensificando o serviço na atenção primária à saúde.

4.5.4- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica é uma Política de Saúde garantida pela Lei 8080/90 em seu artigo 6º e pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), de 1998, que constituiu um dos elementos fundamentais para efetiva implementação de ações, capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

O município de Mostardas conta uma central de armazenamento e distribuição de medicamentos à população, denominados sob a assessoria técnica da farmacêutica e está organizada conforme a legislação vigente de forma a atender os usuários com medicamentos essenciais, constantes na REMUME.

4.5.5 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

No campo da saúde, a vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de

doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho.

A partir daí, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador.

A vigilância epidemiológica reconhece as principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias que ocorrem em territórios específicos. Além disso, age no controle dessas doenças específicas.

A vigilância ambiental se dedica às interferências dos ambientes físico, psicológico e social na saúde. As ações neste contexto têm privilegiado, por exemplo, o controle da água de consumo humano, o controle de resíduos e o controle de vetores de transmissão de doenças – especialmente insetos e roedores.

As ações de vigilância sanitária dirigem-se, geralmente, ao controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos. Realizam também a fiscalização de serviços de interesse da saúde, como escolas, hospitais, clubes, academias, parques e centros comerciais, e ainda inspecionam os processos produtivos que podem pôr em riscos e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente.

Já a área de saúde do trabalhador realiza estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

4.6- ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE

Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (Erdmann, 2013).

4.6.1 ATENÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS

A portaria 1600 de julho de 2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde

(SUS). Esta portaria normatiza a estruturação da rede de saúde para o atendimento aos usuários com quadros agudos. Ainda destaca que a organização em rede visa atender aos problemas de saúde dos usuários na área de urgência de acordo com as necessidades da população, assegurando os princípios do SUS.

O Município possui um contrato com o Hospital São Luiz para que este preste o serviço de urgência e emergência.

Com a necessidade de organização e padronização dos fluxos assistenciais e indicadores de processos, o MS recomenda a utilização de protocolos validados internacionalmente de classificação de risco em 5 níveis, por estratificarem com maior segurança as necessidades dos pacientes, de acordo com a Rede Brasileira de Cooperação em Emergência.

A implantação da classificação de risco no atendimento às urgências se faz necessário para a organização do fluxo de atendimento conforme os níveis indicados pelo ministério da saúde.

Classificação de risco segundo protocolo de cinco cores			
Prioridade	Nome	Cor	Tempo alvo
1	Emergente	Vermelho	0 min
2	Muito Urgente	Laranja	10 min
3	Urgente	Amarelo	60 min
4	Pouco Urgente	Verde	120 min
5	Não Urgente	Azul	240 min

4.6.2- Oferta de Consultas Especializadas

As consultas médicas especializadas são acessadas via sistema AGHOS pelas unidades da rede de atenção primária para a Central de Marcação de Consultas Especializadas – CMCE.

A adequação do agendamento e da oferta e a realização de mutirões de consultas são os fatores que apresentaram resultados satisfatórios, possibilitando o primeiro acesso às consultas especializadas com maior rapidez e contribuindo para a redução das filas de espera. Por outro lado verifica-se que muitos usuários não comparecem as consultas agendadas devido a falhas de comunicação entre todos os atores envolvidos.

Observa-se também a necessidade de elaborar mecanismos junto a comunidade visando a diminuição do absenteísmo.

O processo de agendamento informatizado GERCON está em implantação e constantemente em processo de ajustes como a adequação da oferta, motivo pelo qual não foi apresentada a média anual de agendamentos e demanda reprimida.

Alguns motivos que contribuem para demanda reprimida gerada no sistema como o excesso de encaminhamentos para certas especialidades que gera ociosidade em algumas, ou fila de espera em outras, e a não qualificação da fila. Diariamente são encontradas no sistema solicitações não adequadas, com CID incompatível e dados incompletos, tornando necessário ser organizado um trabalho mais criterioso, juntamente com os profissionais da rede de atenção primária - unidades solicitantes.

Das consultas especializadas com oferta pactuada atualmente na CIB, em sua maioria são para a região metropolitana e demais para aos municípios da regional de saúde reguladas pela 18ª CRS.

4.6.3- ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

Atenção Especializada Ambulatorial caracteriza-se pelo papel complementar a APS, proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ ou assistência especializada e, quando necessário através do apoio matricial (consultorias, interconsultas e teleconsultas), ou seja, auxiliar na resolutividade da APS.

Os componentes da atenção especializada são serviços de média complexidade, ambulatoriais e serviços especializados que constituem as redes de atenção, convergindo com a organização de linhas de cuidado.

Os componentes da atenção especializada oferecidos pela Secretaria de Saúde são:

- Exames de análise clínicas;
- Exames de diagnóstico por imagem;
- Consultas médicas em Psiquiatria
- Consultas médicas em Pediatria
- Atendimento de Psicologia
- Atendimento de Nutrição
- Atendimento em Fonoaudiologia

- Atendimento em Fisioterapia
- Eletrocardiograma

4.6.4- SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Evidenciou-se a urgência de revisão de algumas estratégias de atenção psicossocial. Desse modo, vem sendo desenhada uma rede que contemple ações efetivas na atenção primária, como as Equipes de Apoio Matricial em Saúde Mental, com Psicólogo, enfermeiro e técnico de enfermagem, formando uma rede de Apoio em Saúde Mental atuando juntamente com a Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Educação e Rede Escolar, onde usuários são referenciados através de matriciamento estabelecendo integralidade necessária aos tratamentos que são fundamentais para garantia de um atendimento qualificado e identificação mais precoce do sofrimento psíquico.

4.7- ATENÇÃO TERCIÁRIA EM SAÚDE

No nível terciário de atenção à saúde estão os hospitais de grande porte (alta complexidade), subsidiados pela esfera privada ou pelo estado. Nessas instituições podem ser realizadas manobras mais invasivas, caso haja necessidade, intervindo em situações nas quais a vida do usuário do serviço está em risco. No aparelhamento dos estabelecimentos do nível terciário estão presente máquinas de tecnologia avançada (como equipamentos para ressonância magnética, tomógrafos e hemodinâmicas, por exemplo).

O objetivo nesse nível de atenção à saúde é garantir que procedimentos para a manutenção dos sinais vitais possam ser realizados, dando suporte mínimo para a preservação da vida sempre que preciso.

A **PORTARIA Nº 1044/GM Em 1º de junho de 2004** institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade.

O Município de Mostardas conta com um Hospital de pequeno porte com a capacidade de internação de 23 leitos, onde a maior parte das internações são de causas sensíveis a atenção básica, conforme quadro abaixo:

Internações por Capítulo CID-10	> 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	2	2	0	2	3	6	2	4	2	5	2	32
Capítulo II Neoplasias [tumores]	0	0	1	0	0	1	3	4	20	13	10	2	54
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	5
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	2	1	0	0	1	4	3	4	15
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	1	1	0	0	1	1	1	0	4	1	0	0	10
Capítulo VII Doenças do olho e anexos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	2	7
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	1	0	2	0	1	0	8	7	11	16	14	11	71
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	25	6	7	0	4	3	11	7	14	19	23	35	154
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	1	1	1	1	3	10	5	11	11	17	5	3	69
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	3	4	3	1	1	2	0	0	14
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	1	1	0	0	2	1	4	2	0	0	11
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	2	0	0	3	8	12	8	7	6	6	9	4	65
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	7	20	55	24	7	0	0	0	0	113
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7
Capítulo XVII Malformações congenitas, deformidades e anomalias	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

cromossomicas													
Capitulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clinicos e de laboratorio, nao classificados em outra parte	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
Capitulo XIX Lesoes, envenenamento e algumas outras consequencias de causas externas	1	0	6	3	3	6	3	6	6	3	4	12	53
Capitulo XXI Fatores que influenciam o estado de saude e o contato com os servicos de saude	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	3	0	7
Total	40	14	21	15	49	99	77	53	84	87	81	75	695

4.8- INFRAESTRUTURA

Os princípios da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50/ANVISA/fevereiro/2002, que dispõe sobre a Regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) aponta que a Unidade Básica de Saúde deve ser compatível tanto com a pró-atividade da Equipe de Saúde da Família em seu trabalho na comunidade quanto com o imperativo de acolher as demandas espontâneas, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e garantindo a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios.

Os espaços devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade e ao número de usuários esperados e também viabilizar o acesso de estagiários e residentes de instituições formadoras da área da saúde, na rotina de sua aprendizagem. Esses fatores delineiam prioridades, estabelecem limites e propõem a organização dos processos de trabalho, na perspectiva da ambiência.

O quadro abaixo descreve a estrutura física das unidades de saúde no Município de Mostardas.

4.8.1- ESTRUTURA FÍSICA DE UNIDADES

ESF I SOLIDÃO	
SALA	QUANTIDADE
CONSULTÓRIO MÉDICO	01
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	01
SALA ENFERMAGEM	01
SALA CURATIVOS	02
SALA VACINAÇÃO	01
SALA OBSERVAÇÃO	01
SALA ESTERILIZAÇÃO	01
EXPURGO	01
BANHEIRO PÚBLICO	03
BANHEIRO PRIVATIVO FUNCIONÁRIOS	01
COZINHA	01
SALA REUNIÕES	01
SALA DE TRIAGEM	01
SALA DE FISIOTERAPIA	01
DEPOSITO DE MATERIAL E LIMPEZA	01
ESF II MOACIR MACHADO BRAGA	
SALA	QUANTIDADE
CONSULTÓRIO MÉDICO	02
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	01
CONSULTÓRIO ENFERMAGEM	01
SALA DE ESPERA	01

SALA DE TRIAGEM	01
SALA DE EMPACOTAMENTO E DISPENSAÇÃO MATERAIS	01
SALA DE PROCEDIMENTOS	01
SALA DE PROCEDIMENTOS CONTAMINADOS	01
SALA DE OBSERVAÇÃO	01
SALA ADMINISTRATIVA	01
SALA DE REUNIÕES	01
SALA DE ESTERILIZAÇÃO	01
EXPURGO	01
LANAVDERIA	01
BANHEIRO PÚBLICO	02
BANHEIRO FUNCIONÁRIOS	01
VETIÁRIO	01
COZINHA	01
DEPOSITO MATERIAL DE LIMPEZA	01
ESF III CENTRO COMUNITARIO Dr VALMOR DE SOUZA MACHADO	
SALA	QUANTIDADE
CONSULTÓRIO MÉDICO	02
CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM	01
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	01
SALA DE REUNIÕES	01
SALA DE OBSERVAÇÃO	01

SALA DE PROCEDIMENTOS	02
SALA CURATIVOS	01
SALA DETRIAGEM	01
SALA DE ESPERA	01
RECEPÇÃO	01
SALA ADMINISTRATIVA	01
SALA DE VACINAS	01
BANHEIRO PÚBLICO	03
BANHEIRO PRIVATIVO FUNCIONÁRIOS	02
SALA DE ESTERILIZAÇÃO	01
EXPURGO	01
DEPOSITO MATERIAL DE LIMPEZA	01
COZINHA	01
DEPOSITO E OXIGENIO	01
ESF IV VALIM	
SALA	QUANTIDADE
SALA DE ESPERA E RECEPÇÃO	01
SALA DE VACINAS	01
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	01
CONSULTÓRIO MÉDICO	01
SALA DE ENFERMAGEM	01
BANHEIRO PÚBLICO	01
SALA DE PROCEDIMENTOS	01

DEPOSITO DE MATERIALE LIMPEZA	01
COZINHA	01
BANHEIRO PRIVATIVO FUNCIONÁRIOS	01
UBS PRAIA SOLIDÃO	
SALA	QUANTIDADE
SALA DE ESPERA E RECEPÇÃO	01
CONSULTÓRIO MÉDICO	01
SALA DE PROCEDIMENTOS	01
DEPOSITO DE MATERIAL E LIMPEZA	01
EXPURGO	01
BANHEIRO	02
COZINHA	01
UBS BALNEÁRIO MOSTARDENSE	
SALA	QUANTIDADE
SALA DE ESPERA E RECEPÇÃO	01
CONSULTÓRIO INDIFERENCIADO	01
BANHEIRO	01
COZINHA	01
DEPOSITO DE METERIAL E LIMPEZA	01
UBS RINCÃO CRISTOVÃO PEREIRA	
SALA	QUANTIDADE
SALA DE ESPERA E RECEPÇÃO	01
CONSULTÓRIO MÉDICO	01

SALA DE PROCEDIMENTOS	01
BANHEIRO	01
DEPOSITO DE MATREIAL E LIMPEZA	01
COZINHA	01
UBS TEIXEIRAS	
SALA	QUANTIDADE
SALA DE ESPERA E RECEPÇÃO	01
SALA DE PROCEDIMENTOS	01
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	01
CONSULTÓRIO INDIFERENCIADO	01
BANHEIRO PÚBLICO	01
ESTERILIZAÇÃO	01
EXPURGO	01
DEOSITO DE MATERIAL E LIMPEZA	01
BANHEIRO PRIVATIVO FUNCIONÁRIOS	01
COZINHA	01

4.8.2- ESTRUTURA DE EQUIPAMENTOS

EQUIPAMENTO	UNIDADE
03 Eletrocardiógrafos	ESF solidão Centro comunitário Dr Valmor S. Machado Hospital São Luiz
03 aparelho de Rx odontológicos	ESF I Solidão, ESF II Moacir Braga, ESF III

	C. Comunitário Dr Valmor Machado
01 Cardioversor	Hospital São Luiz
02 DEA	Hospital São Luiz ESF I Solidão
01 Aparelho RX	Hospital São Luiz

4.8.3- ESTRUTURA DE LOGÍSTICA

O direito à saúde é parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. No Brasil este direito apenas foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, antes disso o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias, as outras pessoas tinham acesso a estes serviços como um favor e não como um direito. Durante a Constituinte de 1988 as responsabilidades do Estado são repensadas e promover a saúde de todos passa a ser seu dever. Após a Constituição de 1988 e com a criação do SUS em 1990 a saúde tomou novos rumos de atuação principalmente em relação ao atendimento à população. A partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política, passaram a estabelecer novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema, imprimindo novas características ao modelo de gestão e atenção. O Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior sistema público de saúde do mundo, tendo atuação efetiva em todo o país e abrangendo todos os tipos de tratamento e graus de complexidade, desde um pequeno atendimento ambulatorial até um transplante de órgãos. Dentro desse complexo sistema de atendimento à população encontra-se o Tratamento Fora de Domicílio (TFD); instrumento legal que visa garantir, pelo SUS, o tratamento médico de média e alta complexidade a usuários portadores de doenças não tratáveis no município de origem, quando

esgotados todos os meios existentes na microrregião e houver possibilidade de recuperação total e/ou parcial da saúde do paciente.

A infraestrutura de apoio e logística na SMS é composta por os veículos abaixo relacionados:

VEÍCULO	MODELO VEÍCULO	ANO	MOD	QTD	PLACA	SERVIÇO
VAN	M.BENZ 515 CD SPRINTER	2013	2014	1	IVD8153	TFD
VAN	M.BENZ 415 CD SPRINTER	2013	2014	1	IVL8999	TFD
AMBULANCIA	FIAT DUCATO AMBULANCIA A15	2016	2017	1	IXW5042	URGENCIA EMERGENCIA
AMBULANCIA	RENAULT MASTER	2017	2018	1	IYH 2125	URGENCIA EMERGENCIA
PASSEIO	FORD/FIESTA FLEX 1.0	2012	2013	1	ITH7012	ESF
PASSEIO	FORD/FIESTA FLEX 1.6	2013	2014	1	IVB8103	TFD
PASSEIO	VW/NOVO GOL 1.6	2013	2014	1	IUG0572	ESF
PASSEIO	VW/NOVO GOL 1.6	2013	2014	1	IUG0569	TFD
PASSEIO	FIAT UNO MILLE ECONOMY	2010	2011	1	ETX8271	ESF
PASSEIO	FIAT UNO MILLE WAY	2011	2012	1	ISD8067	
PASSEIO	RENAULT/LOGAN EXPR 16	2015	2016	1	IWZ6278	TFD
UTILITÁRIA	GM/MONTANA	2008	2008	1	IOU7063	VISA
AMBULANCIA	FIAT/DOBLO TH AMB	2009	2009	1	IPZ2358	ELETIVO
PASSEIO	FORD KA SE1.0 HÁ B	2016	2017	1	IVC2950	TFD
UTILITÁRIA	CHEVROLET/S10 LT FD4	2015	2015	1	IWV7122	EPIDEMIO
UTILITÁRIA	AMAROK	2017	2018	1	IYG 0234	ESF I

4.9- GESTÃO DE PESSOAL

Para a realização das atividades administrativas, atividades das Unidades de saúde, do setor de transporte e outras áreas a Secretaria Municipal de Saúde apresenta uma força de trabalho composta por servidores efetivos municipais,

cargos em comissão, servidores com contrato temporário e funcionários Seletistas, conforme quadro abaixo.

4.9.1- QUADRO DE SERVIDORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CATEGORIA FUNCIONAL	VÍNCULO	JORNADA TRABALHO (SEMANAL)	LOTAÇÃO
MÉDICO CLÍNICO GERAL	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF III
	ESTATUTÁRIO	20 HORAS	ESF II
	MAIS MÉDICO	40 HORAS	ESFIV
	PROCESSO SELETIVO PÚBLICO	20 HORAS	PSF II
DENTISTAS	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF III
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF II
	ESTATUTÁRIO	20 HORAS	ESF IV
	PROCESSO CELETIVO PÚBLICO	40 horas	ESF I
ENFERMEIRAS	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF I
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF II
	ESTATUTÁRIO	20 HORAS	ESF III
	CONTRATO POR TEMPO INDETERMINADO	35 HORAS	ESF III
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF IV
FARMACÊUTICA	ESTATUTÁRIO	30 HORAS	FARMÁCIA
FISIOTERAPEUTA	ESTATUTÁRIO	30	C. COMUNI
	PROCESSO	20	C. COMUM

	SELETIVO		
NUTRICIONISTA	ESTATUTÁRIO	20	C. COMUNI
FONOAUDIÓLOGA	ESTATUTÁRIO	20	C. COMUNI
PSIQUIATRA	PROCESSO SELETIVO	20	C. COMUNI
PEDIATRA	PROCESSO SELETIVO	20	C. COMUNI
TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF I
	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	ESF I
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF I
	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	ESF II
	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	ESF II
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF II
	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	ESF II
	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	ESF II
	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	ESF III
	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	ESF III
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF III
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF III
	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	ESF III
	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	ESF III
	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	ESF III
	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	LICENÇA
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF IV
	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	ESF IV

	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	ESF IV
	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	ESF IV
AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE	SELETISTA	40 HORAS	LICENÇA
	SELETISTA	40 HORAS	ESF I
	SELETISTA	40 HORAS	ESF I
	SELETISTA	40 HORAS	ESF I
	SELETISTA	40 HORAS	ESF II
	SELETISTA	40 HORAS	ESF II
	SELETISTA	40 HORAS	ESF II
	SELETISTA	40 HORAS	ESF II
	SELETISTA	40 HORAS	ESF III
	SELETISTA	40 HORAS	ESF III
	SELETISTA	40 HORAS	ESF III
	SELETISTA	40 HORAS	ESF III
	SELETISTA	40 HORAS	ESF IV
	SELETISTA	40 HORAS	ESF IV
	SELETISTA	40 HORAS	ESF IV
	SELETISTA	40 HORAS	ESF IV
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF II
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF I
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF III
TECNICO EM SAÚDE BUCAL	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF III
AGENTE	ESTATUTÁRIO	35 HORAS	SECRETARIA

ADIMINISTRATIVO			
ATENDENTE GERAL	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	SECRETARIA
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	SECRETARIA
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	FARMÁCIA
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	LABORATÓRIO
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF II
RECEPCIONISTA	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF III
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF II
ASSISTENTE FARMÁCIA	PROCESSO SELETIVO	35 HORAS	FARMÁCIA
HIGIENIZADORAS	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF I
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF II
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF III
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF III
	PROCESSO SELETIVO	40 HORAS	ESF III
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF IV
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	SECRETARIA
SERVENTE GERAL	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	SMS
AGENTE DE ZOONOSES	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	VISA
	PROCESSO SELETIVO	40 HORAS	VISA
FISCAL	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	VISA
MOTORISTAS ESF	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF I
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF III

	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	ESF IV
MOTORISTA TFD	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
MOTORISTA AMBULANCIA	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
	ESTATUTÁRIO	40 HORAS	TRANSP
DIRETORA ADMINISTRATIVA	FG	35 HORAS	SECRETARIA
ASSESSOR DE SECRETÁRIO	FG	35 HORAS	SECRETARIA
DIRETORA ATENÇÃO BÁSICA	FG	35 HORAS	SECRETARIA
CHEFE TRANSPORTE	CC	35 HORAS	SECRETARIA
DIRETORA DE DEPARTAMENTO	CC	35 HORAS	SECRETARIA
SECRETÁRIO DE SAÚDE	CC	35 HORAS	SECRETARIA
ESTAGIÁRIOS	ESTÁGIO	04	SECRETARIA

	ESTÁGIO	04	SECRETARIA
	ESTÁGIO	04	SECRETARIA

4.10- FINANCIAMENTO

Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal com recursos próprios da União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

As transferências (regulares ou eventuais) da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências 'fundo a fundo', realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde.

Segundo a Emenda Constitucional 29, a União aplica mais que 15% em saúde mesmo antes da aprovação da referida Emenda.

Percentual de recursos aportados para o SUS por esfera de gestão.

Indicadores Financeiros	
Participação % da receita de impostos na receita total do Município	6,81%
Participação % das transferências intergovernamentais na receita total do Município	75,03%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	8,78%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	79,65%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de	17,45%

Transferências da União para o Município	
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	56,68%
Para Fins de Cálculo do Percentual da LC141/2012	0,00%
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob responsabilidade do município, por habitante	R\$656,65
Participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	56,48%
Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	1,81%
Participação % da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	28,78%
Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	3,52%
% das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde	37,33%
% da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012	22,30%

(Fonte: SIOPS - 2016)

Além de discutir o quantitativo de recursos disponibilizados para a saúde, é importante também discutir a qualidade e as possibilidades de aplicação para a execução das políticas da área. Neste ponto, o MS disponibiliza recursos por meio de blocos de financiamento e projetos estratégicos de áreas definidas como prioritárias, enquanto que a SES disponibiliza recursos por vínculos orçamentários. Na elaboração destes instrumentos, para iniciar o processo orçamentário é preciso definir programas (ou ações estratégicas) que busquem soluções dos problemas identificados, a partir de diagnósticos realizados. Cada programa constitui-se em uma das formas de expressão da política de saúde, cujo objetivo é produzir uma mudança na situação atual. O programa contém objetivos, metas (objetivos quantificados) e indicadores que permitem acompanhar, controlar e avaliar a sua execução.

5- DIRETRIZES, OBJETIVOS, E METAS.

DIRETRIZ 1

Qualificação da Rede de Atenção à Saúde

Ampliar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde, articulando os diferentes níveis de atenção e incentivando a integração das ações e dos serviços de saúde a partir

da atenção primária, fortalecendo a prevenção e a promoção, aprimorando o acesso, promovendo a equidade.

- **OBJETIVO 1**

Fortalecer a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde

METAS

- Ampliar o número de testagens rápidas de Hepatites B e C, HIV e sífilis.
- Ampliar a cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Bolsa Família.
- Ampliar o número de testagem rápida para detecção da gravidez, realizando o teste nas unidades de saúde.
- Ampliar a cobertura de citopatológico de colo de útero em mulheres de 25-64 anos.
- Ampliar a cobertura de mamografias em mulheres de 40 - 69 anos,

OBJETIVO 2

Implementar e consolidar as redes da atenção à saúde

METAS

- Aumentar a captação precoce (antes do 3º mês) das gestantes para o pré-natal.
- Aumentar a proporção de gestantes com no mínimo 7 consultas de pré-natal.
- Garantir o mínimo de 2 ecografias obstétricas na gestação.
- Realizar visita domiciliar à puérpera na primeira semana após o parto, alcançando 80% das gestantes.
- Realizar grupos para portadores de doenças crônicas rotineiramente (HAS, DM, OBESIDADE) alcançando no mínimo um grupo mensal por equipe.

- Realizar grupos para gestantes rotineiramente alcançando no mínimo um grupo mensal por equipe.
- Realizar atividades grupais de promoção e prevenção à saúde para a população em geral, alcançando no mínimo 3 eventos ao ano por equipe.
- Implantar o NAAB (Núcleo de Apoio à Atenção Básica) na atenção básica.
- Implantar Oficinas Terapêuticas na atenção básica.

OBJETIVO 3

Organizar a atenção à SAÚDE SECUNDÁRIA sob a lógica das RAS.

METAS

- Contratar exames de laboratório de análises clínicas.

OBJETIVO 4

Fortalecer a ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA com o uso racional de medicamentos

METAS

- Aprimorar o fluxograma da assistência farmacêutica (medicamentos básicos, estratégicos, especiais e especializados).
- Atualizar a REMUME.
- Adotar protocolos clínicos para prescrição de medicamentos básicos.

OBJETIVO 5

Fortalecer as ações de âmbito coletivo da VIGILÂNCIA EM SAÚDE e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde

METAS

- Cadastrar estabelecimentos comerciais sujeitos à vigilância sanitária por ramo de atividade.

- Criar um fluxo para notificação das doenças compulsórias em todos os níveis de atendimento.
- Desenvolver atividades educativas vinculadas à vigilância em saúde.
- Manter os ciclos de visitação bimestrais para o PNEM/PEVCA/PNCD em 100% dos imóveis.
- Criar o Comitê de Controle do Aedes aegypti.
- Realizar uma reunião mensal do Comitê de Controle do Aedes aegypti.
- Manter atualizada as Informações no sistema FormSUS semanalmente as visitas para o combate ao Aedes aegypti, conforme preconizado pelas normas do ministério da saúde.
- Manter as visitas e informações no FormSUS 100% das armadilhas para Aedes aegypti semanalmente ou conforme preconizado pelas normas do ministério da saúde.
- Manter as visitas e informações no FormSUS 100% dos pontos estratégicos para Aedes aegypti conforme preconizado pelas normas do ministério da saúde.
- Manter a realização e informação no FormSUS dos LIRAA/LIA conforme preconizado pelas normas do ministério da saúde.
- Criar um ecoponto para coleta de pneus inservíveis.
- Cadastrar as borracharias e enviar os pneus inservíveis para um ecoponto registrando os quantitativos.
- Atualizar o Plano de Contingência Municipal para Dengue, Zika e Chikungunya.
- Realizar no mínimo uma atividade educativa por ano em cada escola no município sobre vigilância ambiental em saúde com enfoque também nos agrotóxicos.
- Atualizar o cadastro do número de Soluções Alternativas Coletivas e Individuais.

- Realizar no mínimo uma inspeção anual nas Soluções Alternativas Coletivas e nos Sistemas de Abastecimento de Água.
- Cumprir o cronograma de coleta de amostras de água para fins de análise, conforme preconizado pelas normas do ministério da saúde.
- Atingir cobertura vacinal de 95% nas crianças menores de 5 anos para as vacinas do calendário básico conforme preconizado pelas normas do ministério da saúde.
- Encerrar no mínimo 80% dos casos de doenças de notificação compulsória imediata registrada no SINAN em até 60 dias a partir da data de notificação, conforme preconizado pelas normas do ministério da saúde.
- Manter o controle das informações relativas às doenças diarreicas agudas nas 52 semanas/ano.
- Enviar semanalmente as informações das semanas epidemiológicas para a Coordenadoria Regional de Saúde.
- Realizar no mínimo uma atividade educativa mensal em sala de espera abordando temática relativa a agravos transmissíveis.
- Realizar atividades de educação permanente aos profissionais de saúde com no mínimo 1 atividade ano.
- Realizar atividades de orientação sobre Saúde do Trabalhador para o setor público e privado quanto à importância das notificações de agravo e acidentes ao trabalhador, no mínimo 01 atividade ano.

DIRETRIZ 2

Consolidação da governança da Rede de Atenção à Saúde na Gestão do SUS

Visa aprimorar a gestão de todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde, inclusive da participação social, consolidando o papel do gestor municipal.

• OBJETIVO 1

Qualificar a gestão do financiamento de acordo com as necessidades de saúde.

METAS

- Cumprir o percentual mínimo da arrecadação municipal conforme a Lei Complementar 141/2012.
- Cumprir Lei Complementar 141/2012 no que diz respeito aos gastos do Fundo Municipal de Saúde, conforme preconizado como despesa de saúde.
- Avaliar a execução financeira da SMS/FMS comparando com o programado na Programação Anual de Saúde.
- Garantir dentro da fonte municipal do orçamento da saúde (FMS) recursos financeiros para o CMS (transporte, diárias, cursos,...).

• OBJETIVO 2

Fortalecer a infraestrutura da Secretaria Municipal de Saúde

METAS

- Criar uma central de esterilização no Centro Comunitário Dr. Valmor de Souza Machado.
- Adquirir uma autoclave de solo para o Centro Comunitário Dr. Valmor de Souza Machado.
- Implantar sistema informatizado para as unidades de saúde.
- Ampliar a conexão com a internet a todas as Unidades de Saúde
- Adquirir Equipamentos para atender a demanda no atendimento em Fisioterapia
- Adquirir equipamentos de informática para a informatização das unidades de saúde
- Adquirir equipamentos e material permanente para melhorar a infraestrutura das unidades de saúde para qualificar o atendimento aos usuários

- **OBJETIVO 3**

Fortalecer o sistema de planejamento e regulação municipal

METAS

- Criar um Grupo de Trabalho para o monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento em saúde (PMS, Pactuação de Indicadores, Programação Anual de Saúde, Lei de Diretrizes Orçamentária, Lei Orçamentária Anual, Relatórios de Gestão Municipal).
- Elaborar Planos de Aplicação para os recursos das fontes do FMS.
- Criar um Grupo de Trabalho para implantar um serviço de regulação, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais (consultas, exames, transportes).

- **OBJETIVO 4**

Fortalecer as instâncias de participação social e pactuação do SUS

METAS

- Propiciar infraestrutura básica para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (área física, computador, internet, equipamentos,...)
- Regularizar a atuação do Conselho Municipal de Saúde (referente a lei de criação, participação e paridade dos membros e interlocução do gestor com o CMS).
- Encaminhar ao CMS para apreciação os Planos de Aplicação dos recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde.
- Garantir no mínimo uma capacitação aos conselheiros por ano.
- Disponibilizar um canal para coleta de opiniões dos usuários nas unidades de saúde. .

- **OBJETIVO 5**

Qualificar a gestão do trabalho em saúde

METAS

- Realizar reunião semanal de equipe por unidade de saúde.
- Utilizar no mínimo 10% do recurso do PMAQ para educação em saúde dos profissionais.

DIRETRIZ 3

Fortalecimento das ações de Educação em Saúde

Fortalecer a formação e a educação em saúde dos profissionais.

• OBJETIVO 1

Fortalecer a política de Educação em Saúde

METAS

- Promover ações de promoção e/ou prevenção em saúde para os usuários do SUS ao ano (palestras, panfletos, outdoor, chamadas em rádio e jornal, feira de saúde,...)
- Criar um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva.
- Garantir aos profissionais a participação em eventos de educação em saúde, no mínimo 30 horas/ano por profissional.
- Garantir no mínimo 40 horas/ano de educação em saúde para os ACS e ACE.

6- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

São ferramentas para promover melhorias na gestão pública, inerentes a todas as políticas, pois fundamentam a tomada de decisão e o controle social, induzindo a alocação dos recursos disponíveis de forma adequada e solucionando possíveis problemas de execução das ações e programas.

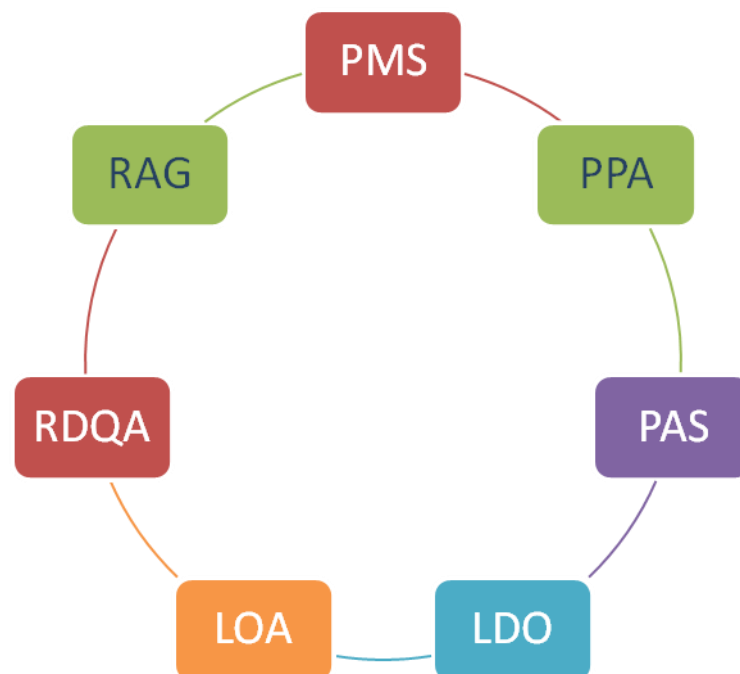
MONITORAMENTO consiste no acompanhamento contínuo, através da coleta e análise sistemática de dados sobre a sua execução, a fim de verificar se sua implementação está de acordo com as metas planejadas, produzindo informações em tempo eficaz, permitindo uma rápida avaliação situacional e intervenção em tempo oportuno para a correção de rumos e revisão dos programas e projetos.

AVALIAÇÃO fundamenta-se na análise dos dados para determinar a

capacidade de gerar as mudanças planejadas, ou seja, busca estabelecer uma relação de causa e efeito, inferindo um julgamento de valor sobre a intervenção, visando determinar resultados e impactos planejados.

META

- Manter a avaliação e o controle das metas e indicadores pactuados para a tomada de decisão dos técnicos e gestores, além de qualificar a prestação de contas das políticas públicas para a sociedade.
- Utilizar os instrumentos dos sistemas de gestão preconizados pelo SUS conforme quadro abaixo.



7- REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde 2009. Acesso setembro de 2017.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf

____Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.

____Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990.

____Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.

____Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.

____Portaria nº 599/Gm de 23 de março de 2006.

____Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde-SUS, DE 06 de novembro de 1996.

____INEP Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2013. Acesso agosto de 2017.

<http://www.publicacoes.inep.gov.br/web/guest/home>

____Secretaria da Educação do Estado do Rio Grande do Sul. Acesso agosto de 2013. <http://www.educacao.rs.gov.br/pse/html/educa.jsp>

____Portal da Saúde. Ministério da Saúde, 2017. <http://portal.saude.gov.br/>

____SAGE. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Ministério da Saúde. Acesso de julho a dezembro de 2017. <http://www.fns.saude.gov.br/indexexterno.jsf>

____SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Vigilância Epidemiológica de Mostardas/RS, 2017.

____SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Acesso novembro a dezembro de 2017. <http://cnes.datasus.gov.br/>

CARVALHO BG, Petris AJ, Turini B. Controle social em saúde. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni JrL (orgs.). Bases da Saúde Coletiva (cap. 4). Londrina, PR: UEL/Abrasco, 2001.

DATASUS. Sistema de Informação Ambulatorial. Acesso em setembro a dezembro de 2017. <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>

ERBOLATO, R. M. P. L. Contatos sociais: relação de amizade em três momentos da vida adulta. Tese (Doutorado em Psicologia). Campinas, SP: Centro de Ciências da Vida: PUCCAMP, 2001.

FREIRE, S.A. "Envelhecimento bem- sucedido e bem- estar psicológico". In:

IBGE, 2010. Acesso de setembro a dezembro de 2017. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430463&search=rio-grande-do-sul|mostardas>

IBGE, 2012. Acesso de setembro a dezembro de 2017. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430463&search=rio-grande-do-sul|mostardas>

KIMMEL, D. C. Adulthood and aging: a interdisciplinary, development view. New York: John Wiley e Sons, 1990.

KUJAWA, H., Both, V., & Brutscher, V. (2003). *Direito à saúde com controle social*. Passo Fundo, RS: Fórum Sul de Saúde (PR, SC e RS) / Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo (CEAP)

MAPAS. Google Maps. Acesso em setembro de 2017. <http://www.maps.google.com/maps>

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papirus, 2000.

RESENDE ET AL. Marineia Crosara de Resende. Vanessa Mistieri Bones. Ive Sene Souza. Najara Knipel Guimarães. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, MG*

8- ANEXOS

ANEXO 1 – RESOLUÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE APROVANDO O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE



Estado do Rio Grande do Sul
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 008/2018

Mostardas, 23 de março de 2018.

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MOSTARDAS, no uso de suas atribuições que lhe confere a legislação vigente e no uso das prerrogativas conferidas pela Lei Federal n.º 8.080, de 19/09/90, Lei Federal n.º 8.142, de 28/12/90

Considerando as prerrogativas e atribuições estabelecidas pela Lei Complementar n.º 141, de 13/01/2012;

Considerando o inciso IV, do art. 4.º, da Lei Federal n.º 8.142, de 28/12/90, o qual determina que para receber os recursos de que trata o art. 3.º dessa mesma lei, os municípios deverão elaborar o Relatório de Gestão; e

Considerando o § 4.º do art. 33, da Lei Federal n.º 8.080, de 19/09/90, Lei Orgânica da Saúde e decreto nº 5839, de 11 de julho de 2006.

O Conselho Municipal de Saúde de Mostardas, em reunião Ordinária realizada no dia 21 de março de 2018, conforme Ata Número 019/2018
RESOLVE:

Informar que na data acima citada foi **APROVADO POR UNANIMIDADE O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018/2021.**


Tadeu Cardoso da Peróncula
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

ANEXO 2 HOMOLOGANDO O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE PELO PREFEITO MUNICIPAL



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSTARDAS

DECRETO Nº 7836

de 04 de junho de 2018

**INSTITUI O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
PARA O PERÍODO DE 2018-2021**

MOISÉS BATISTA PEDONE DE SOUZA, Prefeito Municipal de Mostardas, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com a Lei nº 8.080/90, Lei nº 8.142/90, Decreto Federal nº 1.232/94, NOB-SUS 01/96, Decreto Federal nº 1.651/95, NOAS 01/01, Portaria nº 95/2001, NOAS 01/02, Portaria nº 373/2002, Portaria nº 548/2001-GM,

DECRETA:

Art. 1º - Fica instituído o PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018/2021, o qual pretende servir como instrumento de gestão das ações de saúde que serão desenvolvidas pelo município de Mostardas no período compreendido de 2018/2021, conforme o anexo, que faz parte integrante do presente decreto.

Art. 2º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE MOSTARDAS, 04 junho de 2018.


MOISÉS BATISTA PEDONE DE SOUZA
Prefeito Municipal

REGISTRE-SE E PUBLIQUE-SE

PUBLICADO DE 04/06/2018 A 18/06/2018
NO MURAL DA PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSTARDAS