



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BENTO
GONÇALVES**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2014-2017

Bento Gonçalves – RS

GUILHERME RECH PASIN
Prefeito Municipal

MARIO GABARDO
Vice Prefeito Municipal

ROBERTO ONORIO MIELE
Secretário Municipal de Saúde

MARLENE DEMARI WEBBER
Secretária Adjunta

MARCO ANTONIO EBERT
Coordenação Médica

ADRIANA BACCIN LAZZAROTTO
Presidente Conselho Municipal de Saúde

SUMÁRIO

- 1 – INTRODUÇÃO**
- 2 – O MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES**
 - 2.1 Breve Histórico da Cidade
- 3 – DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS**
 - 3.1 Aspectos Geográficos
 - 3.2 Aspectos Demográficos
 - 3.3 Crescimento Populacional
- 4 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE**
 - 4.1 Diretrizes do serviço de vigilância epidemiológico
 - 4.2 Sistema de informações sobre agravos notificáveis
 - 4.2.1 Controle das doenças e agravos de notificações compulsórias
 - 4.2.2 Controle e prevenção de surtos de doenças transmissíveis
 - 4.2.3 Identificações de animais peçonhentos
 - 4.2.4 Metas para o SINAN
 - 4.3 Sistemas de informações sobre mortalidade
 - 4.3.1 Investigação de Óbitos de Menores de 5 Anos, de Óbitos Maternos e de Mulheres em Idade Fértil
 - 4.3.2 Investigação de Óbitos de Causa Indeterminada
 - 4.3.3 Metas para o SIM
 - 4.4 Sistemas de informações sobre nascidos vivos
 - 4.4.1 Relatório dos Recém-Nascidos com Fatores de Risco
 - 4.4.2 Metas para o SINASC
 - 4.5 Sistemas de informações do programa nacional de imunizações
 - 4.5.1 Cobertura das principais vacinas do primeiro ano de vida em Bento Gonçalves
 - 4.5.2 Vacina BCG
 - 4.5.3 Vacina contra a Hepatite B.
 - 4.5.4 Vacina tríplice viral
 - 4.5.5 Vacina tetraviral
 - 4.5.6 Vacina antipólio
 - 4.6 Municipalização do sistema de informação do programa nacional de Imunizações
 - 4.6.1 Expansão da rede de vacinação
 - 4.6.2 Rede de frios
 - 4.6.3 Atualização em imunizações
 - 4.6.4 Estratégias de adesão e seguimentos
 - 4.6.5 Confecção de folders instrutivos
 - 4.7 Campanha de vacinação
 - 4.7.1 Programa de controle de hepatite B.
 - 4.7.2 Programa de prevenção do tétano acidental
 - 4.7.3 Programa de prevenção de sarampo e rubéola adquirida e congênita
 - 4.7.4 Programa de prevenção da raiva humana
 - 4.7.5 Programa de prevenção de acidente com animais peçonhentos
 - 4.7.6 Unidade móvel de vacinação
 - 4.7.7 Informatização das salas de vacina

- 4.7.8 Vacinação em Situações Especiais
- 4.7.9 Vigilância de Eventos Adversos Vacinais
- 4.7.10 Notificações e Acompanhamento dos erros Programáticos Vacinais
- 4.7.11 Metas para o PNI
- 5 – DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES EPIEMIOLÓGICAS**
 - 5.1 Mortalidades por doenças do aparelho circulatório
 - 5.2 Mortalidades por neoplasias
 - 5.3 Mortalidades por causas externas
 - 5.4 Mortalidades por causas mal definidas
 - 5.5 Elaboração de estudos pesquisas e relatórios em epidemiologia
- 6 – ATENÇÃO BÁSICA**
 - 6.1 As doenças crônicas não transmissíveis
 - 6.2 Alimentação e nutrição
 - 6.3 Saúde da criança e adolescentes
 - 6.4 Saúde da mulher
 - 6.5 Primeira infância melhor
 - 6.6 Saúde do idoso
 - 6.7 Programas de saúde bucal
- 7 – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA**
 - 7.1 Fisioterapia
 - 7.2 Serviços de Atendimento Especializado/CTA
 - 7.3 Saúde mental
 - 7.4 Comunidade Terapêutica Rural - CTR
- 8 – ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**
 - 8.1 Assistência de urgência e emergência
 - 8.2 SAMU
 - 8.3 PRONTO ATENDIMENTO – PA
 - 8.4 Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria
 - 8.4.1 Auditoria
 - 8.4.2 SIS
 - 8.4.3 AIH
 - 8.5 Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados
- 9 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**
 - 9.1 Plano de Ação de Assistência Farmacêutica
- 10 – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**
- 11 – CONTROLE SOCIAL**
 - 11.1 Conselho Municipal de Saúde – CMS
 - 11.2 Conselho Municipal Antidrogas – COMAD - BG
- 12 - VIGILÂNCIAS**
 - 12.1 Vigilância de Saúde do Trabalhador
 - 12.2 Vigilância Ambiental
- 13 – ESTRUTURA DE APOIO À SMS**
 - 13.1 Sistema de Informática
 - 13.2 Transportes
 - 13.3 Almoxarifado

1 - INTRODUÇÃO

Com o início de um novo Governo Municipal em janeiro de 2013, eleito mediante a apresentação e discussão de um Plano de Governo, incluindo a área de Saúde, que deverá ser implementado no período de 2014 a 2017, buscamos aprofundar o diagnóstico da situação de saúde da população residente em Bento Gonçalves, além de detalhar as diretrizes, objetivos e ações prioritárias a serem desenvolvidas pelos serviços, programas e setores da Secretaria Municipal de Saúde.

O Plano deve ainda analisar as receitas e despesas da Saúde, apontando ações para melhorar a eficiência e eficácia do Sistema Municipal de Saúde de Bento Gonçalves.

Os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) de Bento Gonçalves deverão trabalhar para conseguir uma relação mais justa de cofinanciamento tripartite, com participação mais expressiva de recursos Federais e Estaduais no custeio das ações e serviços de saúde do município.

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento de Gestão do SUS, destinado a orientar e fortalecer a Gestão do SUS, com o objetivo de orientar e fortalecer a Gestão Estratégica e Participativa, na medida em que deve ser construído conjuntamente com o Conselho Municipal de Saúde - CMS. Além disso, deve orientar a elaboração da Programação Anual e do Relatório Anual de Gestão.

A Gestão dos serviços e do Sistema Municipal de Saúde é um processo, com avaliação, revisão e atualização do mesmo, num movimento contínuo, cujo objetivo principal é contribuir para que o SUS seja capaz de garantir acesso universal, atenção integral para os usuários e cidadãos e para os coletivos que vivem e trabalham em Bento Gonçalves.

Fundamental ainda será garantir a participação dos trabalhadores dos serviços de Saúde no processo de planejamento e discussão do Plano, tendo em vista o protagonismo dos mesmos na produção do cuidado e da saúde coletiva do município.

Neste sentido, a elaboração deste Plano de Saúde contou com a participação do gestor municipal, Representantes do Poder Legislativo Municipal (Comissão de Saúde), Controle Social, Conselho Municipal de Saúde e pelos jovens do município que contribuíram significativamente.

2 - O MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES

2.1 BREVE HISTÓRICO DA CIDADE

Em 1875 inicia a imigração italiana na Encosta Superior do Nordeste, originando as Colônias de Dona Isabel (hoje Bento Gonçalves), Conde D'Eu (hoje Garibaldi) e Nova Palmira (hoje Caxias do Sul).

A Colônia Dona Isabel (Bento Gonçalves), criada em 1870, já era conhecida como Região da Cruzinha, devido a uma cruz rústica, cravada sobre a sepultura de um possível tropeiro ou traçador de lotes coloniais. Era época do escambo, da troca de mercadoria por mercadoria. A Colônia Dona Isabel sediava um pequeno comércio no qual os tropeiros faziam paradas para descanso.

Em 24 de dezembro de 1875, os núcleos do Planalto começaram a receber novos imigrantes e em março de 1876, o Presidente do Estado José Antônio de Azevedo Castro,

anunciava a existência de 348 lotes medidos e demarcados e uma população de 790 pessoas, sendo 729 italianos. Simultaneamente pioneiros oriundos do Tirol Austríaco e Vêneto chegaram à esplanada onde hoje está situada a Igreja Matriz Cristo Rei.

A troca compra e venda de produtos era feita na sede da colônia, após longas caminhadas por estreitas picadas (trilhas abertas no meio da mata) demarcadas pelos próprios imigrantes. Entre os imigrantes havia ferreiros, sapateiros, marceneiros, alfaiates, carpinteiros, entre outros profissionais que estabeleceram seus negócios dentro de suas especialidades, atendendo às necessidades locais. O surgimento das construções das casas, os instrumentos de trabalho e o mercado foram acompanhando o desenvolvimento de Colônia Dona Isabel e também as exigências que se apresentavam. Frente ao desenvolvimento as condições das estradas foram melhorando e surgiram as primeiras carretas.

Em cinco anos, houve um acréscimo de quatro mil habitantes, entre nascimentos e novos imigrantes.

Em 1881 inicia a abertura da primeira estrada de rodagem ligando a Colônia Dona Isabel a São João de Montenegro (hoje Montenegro). O início do povoamento foi marcado por inúmeras dificuldades. Em 1877 a Colônia Dona Isabel sediava três casas comerciais, duas padarias, uma fábrica de chapéus e um total de 40 casas comerciais que ofereciam serviços e produtos diversos em todo o território da colônia.



Foto mostra atual Praça Walter Galassi em 1922, quando era chamada de Praça Centenário. O local foi inaugurado durante as comemorações do centenário da independência do Brasil. Acervo Museu do Imigrante. O desmembramento da Colônia Dona Isabel do município de Montenegro, foi oficializado pelo 'Acto' 474, de 11 de outubro de 1890, assinado por Cândido Costa, que constituiu o município de Bento Gonçalves. O nome foi dado em homenagem ao general Bento Gonçalves da Silva, chefe da Revolução Farroupilha, ocorrida no Rio Grande do Sul de 1835 a 1845.

Bento Gonçalves deu seu primeiro impulso de progresso com a vinda da agência do Banco Nacional do Comércio e Banco de Pelotas. Entre os anos de 1919 e 1927 ocorrem a instalação da luz elétrica, da estação transformadora e da rede de distribuição. É também inaugurado o Hospital Dr. Bartholomeu Tacchini.

Em 1950 a população era de 22.600 habitantes. As principais atividades econômicas eram as do setor agrícola. Contudo, começaram a surgir várias indústrias, como de acordeões,

laticínios, móveis, curtume, fábrica de sulfato e vinícolas. Em 1967, Bento Gonçalves passa por uma grande transformação, considerada um marco histórico.

Com a colaboração de dinâmicas lideranças e a ajuda de toda a Comunidade, surge a I Fenavinho, a Festa Nacional do Vinho. O município foi visitado pela primeira vez por um Presidente da República, o Marechal Humberto de Alencar Castelo Branco.

O principal produto e a força da economia de Bento Gonçalves foram divulgados em todo o Brasil, tornando a cidade conhecida nacional e internacionalmente. O município descobre a sua vocação para o turismo de negócios e começa a servir de palco de grandes eventos nacionais e internacionais, o Parque de Eventos de Bento Gonçalves é comparado aos melhores do mundo pela sua estrutura. Nos pavilhões, são realizados, entre outros eventos, a Fimma Brasil, Movelsul Brasil, Casa Brasil, ExpoBento, Festival de Danças do Mercosul, Festa Nacional do Vinho (Fenavinho), Semana Internacional Brasil Alimenta e Fiema Brasil. Além de feiras, são realizados seminários, congressos, festivais, mostras e exposições. Os pavilhões estão divididos em seis blocos: A, B, C, D, E e F. No pavilhão E foram adaptados painéis acústicos que podem ser transformados em um auditório para 2.000 pessoas, quatro salas para 450 pessoas, seis salas para 220 pessoas e outras montagens similares. A estrutura dispõe de 1.100 cadeiras estofadas e 900 cadeiras normais, além de 240 m² de palco em blocos, que pode ser montado conforme a necessidade.

Atualmente Bento Gonçalves é reconhecida como um dos maiores pólos moveleiros do sul do Brasil. O pavilhão do Parque de Eventos, onde aconteceu a I Fenavinho em 1967, hoje conta com 50.000m² de área construída totalmente climatizada. A cidade se constitui num atrativo de Eventos Internacionais.



Prefeitura Municipal

Bento Gonçalves é um dos mais importantes roteiros turísticos da Serra Gaúcha. A vocação industrial e turística, as paisagens 'bordadas de parreirais' e a garra de seu povo fazem de Bento Gonçalves um lugar acolhedor e de natureza exuberante.

3 – DADOS SOCIOECONOMICOS

O Município foi emancipado em 11 de Outubro de 1890 e possui 382,5 quilômetros

quadrados de área. Com uma população de 108.151 habitantes (FEE, 2011), Bento Gonçalves figura como a 14ª economia do Rio Grande do Sul, com Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 3.150.736,00 e renda Per Capita de R\$ 29.353,00 (FEE, 2010).

Bento Gonçalves é a Capital Brasileira do Vinho e o maior e mais expressivo pólo moveleiro do Estado. Destaca-se pela qualidade de vida, sendo a 1ª em Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Rio Grande do Sul e a 6ª do Brasil conforme estudo feito pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2003. O índice municipal é de 0,870; leva em consideração itens como longevidade 0,873; educação 0,938; e renda 0,799. (PNUD, 2000)

O setor moveleiro de Bento Gonçalves representa 8% da produção nacional de móveis e 40% da produção estadual. Hoje existem no município 335 indústrias moveleiras registradas, que geram mais de 10 mil empregos diretos e indiretos.

A vitivinicultura também tem espaço garantido neste contexto. Hoje existem 78 vinícolas instaladas no município. O setor representa a terceira maior economia, com 12,39% de participação no mercado. Anualmente são produzidos mais de 526 mil toneladas de uva e o equivalente a 321 milhões de litros de vinho. Bento Gonçalves é também a primeira região do Brasil a obter a Indicação de Procedência pelo Vale dos Vinhedos. Este certificado qualifica a origem do produto em nível mundial.

3.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS

Bento Gonçalves está localizado na encosta superior do Nordeste da Serra Gaúcha, a uma altitude de 691m, possui uma extensão geográfica de 382,5 km², com extremos térmicos de 36º no pico máximo e mínimo de -3º, caracterizando-se como área de clima subtropical úmido.

A cidade faz limite geográfico com os municípios de Veranópolis, Farroupilha, Garibaldi, Monte Belo do Sul, Nova Roma do Sul, Santa Tereza, Pinto Bandeira e São Valentim do Sul. Seus acessos principais são através das rodovias estaduais: ao sul pela RSC 470, via Porto Alegre, ao Norte RSC 470, via Veranópolis; e ao leste através de Farroupilha pela RSC 422.

3.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. A queda acelerada das taxas de fecundidade e da mortalidade registradas no país provoca mudanças rápidas no ritmo de crescimento da população.

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.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Nome do município : Bento Gonçalves

CRS: 5º Coordenadoria Regional de Saúde

Tipo de Gestão: Plena de atenção básica.

População: 111.384 habitantes (estimativa IBGE 2013).

CNPJ do Fundo Municipal de Saúde: 11.436.612/0001-48

Endereço da Secretaria Municipal de Saúde: Rua Goiânia, 590. Bairro Botafogo.

3.3 CRESCIMENTO POPULACIONAL

De acordo com dados da Fundação de Economia e Estatística (FEE) do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, em 2011 o município de Bento Gonçalves apresentava uma população de 108.151 habitantes, sendo que destas 93.415 situam-se na zona urbana e 8.753 na área rural. Do total da população 53.058 são do sexo masculino e 55.093 do sexo feminino. A densidade demográfica é de 282,7 hab./km².

A população de Bento Gonçalves vem apresentando um crescimento médio anual da ordem de 1,43% e a sua distribuição por faixa etária indica que mais de 61,69% da população encontra-se abaixo dos 40 anos de idade.

A ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO

Quadro 01 – Distribuição da população por faixa etária, Bento Gonçalves, RS.

Faixa etária	masculino	feminino	total	%
00-09 anos	6.017	5.864	11.881	
10-19 anos	7.435	7.509	14.944	
20-29 anos	10.240	9.909	20.149	
30-39 anos	8.877	8.680	17.557	
40-49 anos	7.981	8.251	16.232	
50-59 anos	6.372	6.998	13.380	
< 60anos	6.037	7.882	13.919	
Total	52.959	56.192	108.151	100

Fonte: FEE – Secretaria de Coordenação e Planejamento (2011).

ASPECTOS DE INFRA-ESTRUTURA

ENERGIA ELÉTRICA

A Rio Grande Energia – RGE e a distribuidora de energia elétrica da região Norte/Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul. Privatizada em outubro de 1997, a RGE atende 262 municípios gaúchos, o que representa 51% do total de municípios do RS. A área de cobertura da Rio Grande Energia divide-se em duas regiões: a Centro, com sede em Passo Fundo e a Leste, com sede em Caxias do Sul. São 90.718 km² - 34% do território do Estado.

Para a cidade de Bento Gonçalves a RGE destinou, em 2013, mais de R\$ 5,4 milhões de investimentos. Esse valor englobou mais de 52 obras na rede de distribuição, além de importantes obras realizadas no ano, que foram a ampliação da Subestação Bento II e a construção de um alimentador no Vale dos Vinhedos, beneficiando mais de 17.500 consumidores. Para 2014, a concessionária programou um investimento inicial de R\$ 1,3 milhões. A rede de energia elétrica atende, atualmente, 98% das vias abertas.

Estão previstas ainda melhorias na Subestação Bento II, a instalação de reguladores de

tensão e a construção de alimentadores que irão melhorar a confiabilidade e assegurar a continuidade do fornecimento de energia elétrica no município. A corrente elétrica no município é de 220 V.

ÁGUA E ESGOTO

O sistema de abastecimento de água do município foi executado em 1948, através da captação de água no Ribeirão Arroio. A partir de 1968 passou a ser operado pela Companhia Rio-grandense de Saneamento – CORSAN, através de contrato de concessão com prazo determinado. Hoje, mesmo com o contrato de concessão extinto pelo advento do prazo contratual o serviço de abastecimento de água continua sendo prestado pela concessionária estadual.

O sistema de abastecimento de água atende atualmente cerca de 35.300 economias (unidades de consumo) através de cerca de 20.900 ligações ativas de água. Estima-se o consumo médio de 11,7 m³/economia com uma tarifa média de R\$ 4,00 por metro cúbico. O sistema central possui aproximadamente 325.000 metros de redes de distribuição implantadas e em operação com diversos diâmetros e tipos de materiais.

A Estação de Tratamento de Água – ETA é do tipo convencional, depois de filtrada, a água recebe a aplicação de flúor e do cloro, sendo posteriormente armazenada em três reservatórios. A capacidade de produção atual é de 450 litros por segundo, com funcionamento diário de 24 horas. Atualmente, não existe sistema de coleta e tratamento dos esgotos sanitários no município de Bento Gonçalves. Na área urbana, é utilizada a rede pluvial para a condução dos esgotos para os rios e arroios que cortam a cidade. Parte da população urbana ainda utiliza a fossa séptica e na área rural a concentração é em fossas sépticas e fossas rudimentares. A rede pluvial (mista) atinge aproximadamente 95% das vias urbanas.

COLETA DE LIXO

Empresa: RN Freitas, desde Nov/2005. A empresa atende a 95% da população (zona urbana e rural). Lixo é coletado 2 vezes por semana, tanto na zona urbana quanto na rural; Existem hoje três associações de reciclagem que recebem o lixo seletivo (Jardim Gloria, Pinheiros e Bento reciclagem). Hoje, o lixo orgânico vai para um aterro no município de Minas do Leão/RS, através da empresa Nova Era Transportes.

DISTRITOS

Denomina-se de aglomerado rural os locais onde o desenvolvimento alterou de alguma forma o padrão genérico preconizado pela área rural. No município foram criadas as seguintes zonas de uso do solo rural:

- I - Distrito do Vale dos Vinhedos: Área de Proteção à Paisagem Vale dos Vinhedos (APP VALE);
- II - Distrito de São Pedro: Área de Proteção Paisagística Ambiental ao patrimônio Histórico e Cultural (APPAHC);
- III - Distrito de Tuiuty
- IV - Distrito de Faria Lemos.
- V - Distrito de Pinto Bandeira

A composição dos distritos está relacionada a seguir.

- Vale dos Vinhedos
- Aglomerado Funcional 8 da Graciema;
- Aglomerado Multifuncional 15 da Graciema;
- Aglomerado Multifuncional 40 da Leopoldina;

- Aglomerado Funcional da Suvalan;
- Aglomerado Funcional 6 da Leopoldina.
- São Pedro
- Aglomerado multifuncional de São Pedro;
- Sede Distrital;
- Aglomerado Funcional de São Miguel.
- .Tuiuty

4 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

4.1 DIRETRIZES DO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (SVE)

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica foi instituído em 1975 por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde e incorporado e definido pelo atual Sistema Nacional de Saúde pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) como: *"o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças"*.

A epidemiologia é um eixo da saúde pública que descreve a distribuição e magnitude dos problemas em saúde subsidiando o planejamento execução e avaliação de ações de controle e tratamento de doenças, segundo a Associação Internacional de Epidemiologia - IEA,1973).

A Portaria nº 1399, do Ministério da Saúde, de 14 de dezembro de 1999, regulamenta as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, definindo as atribuições de cada nível de gestão, e a sistemática de financiamento. Também propõe as bases para o controle e avaliação do sistema, atrelando repasses financeiros ao alcance de metas pactuadas a partir de parâmetros definidos nacionalmente.

A estruturação do sistema de vigilância em saúde, no município, especialmente, no tocante à vigilância ambiental (com ênfase na área de controle vetorial), epidemiológica e sanitária, deve levar em conta a complexidade da situação (técnica e de recursos humanos), de modo a garantir a continuidade do trabalho na área.

À vigilância epidemiológica cabe a avaliação e o controle das doenças e agravos de interesse em Saúde Pública, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos; promoção da saúde, vigilância da situação de saúde por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

As principais atribuições do SVE estão interligadas com a gerência de quatro importantes sistemas de informação na Vigilância em Saúde.

4.2 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE AGRAVOS NOTIFICÁVEIS (SINAN)

O Serviço de Vigilância Epidemiológica é o serviço de referência para o apoio ao diagnóstico, atendimento e tratamento de agravos a saúde transmissíveis e não transmissíveis de interesse epidemiológico.

Os agravos de interesse epidemiológico em Saúde Pública são definidos pelo Ministério da Saúde. Eles constituem o grupo de doenças de notificação compulsória (DNC) ao Serviço de Vigilância Epidemiológica.

De acordo com a Portaria Nº 104, de 25 de Janeiro de 2011 do Ministério da Saúde, os seguintes agravos fazem parte da lista de notificação compulsória:

Acidente por Animal Peçonhento, Atendimento Anti-Rábico, Botulismo, Carbúnculo (Antraz), Cólera, Coqueluche, Dengue, Difteria, Doença de Creutzfeld-Jacob, Doença Meningocócica e Outras Meningites, Doença de Chagas Aguda, Esquistossomose, Eventos Adversos Pós-Vacinação, Febre Amarela, Febre do Nilo Ocidental, Febre Maculosa, Febre Tifóide, Hanseníase, Hantavirose, Hepatites Virais, Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em Gestantes e Crianças Expostas ao Risco de Transmissão Vertical, Influenza Humana por Novo Subtipo, Intoxicações Exógenas (por Substâncias Químicas, Agrotóxicos, Gases Tóxicos, Metais Pesados), Leishmaniose Tegumentar Americana, Leishmaniose Visceral, Leptospirose, Malária, Paralisia Flácida Aguda, Peste, Poliomielite, Raiva Humana, Rubéola, Sarampo, Sífilis Adquirida, Sífilis Congênita, Sífilis em Gestante, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Síndrome da Rubéola Congênita, Síndrome do Corrimento Uretral Masculino, Síndrome Respiratória Aguda Grave Associada ao Coronavírus (SARS-CoV), Tétano (Acidental, Neonatal), Tuberculose, Tularemia*, Varíola* e Violência Doméstica e Sexual. As doenças e agravos grifados com asterisco compõem a lista de notificação compulsória imediata (LNCI).

O Ministério da Saúde também publicou a lista de notificação compulsória em unidades sentinelas (LNCS): Acidente com Exposição à Material Biológico Relacionado ao Trabalho, Acidente de Trabalho com Mutilações, Acidente de Trabalho em Crianças e Adolescentes, Acidente de Trabalho Fatal, Câncer Relacionado ao Trabalho, Dermatoses Ocupacionais, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), Influenza Humana, Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), Pneumoconiose Relacionada ao Trabalho, Pneumonias, Rotavírus, Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Congênita e Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

No Rio Grande do Sul, a lista de DNC também inclui: Varicela e Caxumba.

As ações relacionadas ao controle dos agravos de notificação compulsória incluem: Notificação, Investigação, Diagnóstico Laboratorial de Confirmação ou por Vinculo Epidemiológico, Orientação de profissionais e pacientes, Atendimento, Acompanhamento, Encaminhamento e Tratamento dos Casos de Doenças Transmissíveis e demais Agravos, bem como, dos seus contatos.

4.2.1- CONTROLE DAS DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (DNC)

Em Bento Gonçalves, o Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE)   o responsável por controlar as notificações e as investigações de agravos à saúde de interesse epidemiológico, desde a sua criação em 1998 (na época, Núcleo de Epidemiologia).

Com o processo de Pactuação Integrada da Vigilância em Saúde, iniciado pelo Ministério da Saúde em 2001, as ações voltadas ao controle das doenças transmissíveis e de outros agravos de interesse em Saúde Pública foram sendo ampliadas. Com isso, houve a necessidade de melhorar a estrutura da VE no município, incrementando e qualificando as suas atividades.

Entre as principais estratégias adotadas pelos técnicos da VE encontra-se a implementação da busca ativa de agravos junto aos serviços de saúde, como forma de combater a subnotificação de casos, bem como, de agilizar a investigação e melhorar a qualidade das informações. Em outras palavras, o serviço que, até então, caracterizava-se pela sua passividade, tornou-se pró-ativo.

Para tanto, a VE municipal passou a revisar os boletins médicos do principal serviço de urgência público do município (o Pronto Atendimento 24 Horas da SMS), cujo fluxo anual tem ultrapassado os 20.000 atendimentos, em busca de agravos não notificados por ocasião do atendimento. Isso fez com que o PA 24 Horas se tornasse no maior agente notificador de agravos à saúde em Bento Gonçalves.

A VE também estabeleceu uma parceria técnica com o Hospital Tacchini (Controle de Infecção Hospitalar do, Banco de Sangue, Setor de Urgência, Farmácia) que passaram a notificar os pacientes atendidos e/ou internados com doenças transmissíveis (tuberculose, meningite, hepatites virais, por exemplo) ou com outros agravos de notificação (acidentes com animais peçonhentos, atendimento antirrábico, intoxicações).

Sistematicamente, a VE tem envolvido os profissionais de saúde de todo o município (rede básica de saúde, consultórios privados, laboratórios de análise clínica), através de capacitações continuadas para que notifiquem os agravos de interesse epidemiológico.

Em 2003, estabeleceu-se uma parceria com o Centro de Informação Toxicológica do RS (CIT) que repassa para a VE municipal os registros dos seus atendimentos relativos a população residente em Bento Gonçalves, o que tem contribuído para reduzir a subnotificação dos agravos toxicológicos.

Como resultado dessas ações, pôde-se observar um aumento substancial no número de agravos notificados no município. Somente em 2008, a equipe da VE recebeu 4.305 notificações (excluídos os casos de diarreia aguda), número muito superior aos 694 agravos notificados nos 14 anos correspondentes ao período de 1986 a 1999 (quando o setor era eminentemente passivo, ver Tabela 1).

Além do aumento de casos notificados, a implementação dessas ações também fez aparecer agravos que, até então, estavam silenciosos no município ou eram muito subnotificados, como, por exemplo, as doenças sexualmente transmissíveis. Complementarmente, os técnicos da VE têm solicitado a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (5ª CRS – Caxias do Sul) e à própria Secretaria Estadual de Saúde (SES) que enviem os dados relativos aos agravos residentes e notificados em outros municípios.

Os dados dos agravos notificados à VE são cruzados e comparados com os de outros serviços de saúde (Unidades Básicas de Saúde de referência; Serviço de Saúde Mental; Serviço de Aconselhamento Especializado para HIV/SIDA; Serviço de Tisiologia; Ambulatório de Hanseníase; laboratório da Secretaria Municipal da Saúde) e sistemas de informação (Sistema de Informações sobre Mortalidade [SIM]; Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos [SINASC]; e sistema de Gestão Municipal de Procedimentos Ambulatoriais [GEMUPAM]).

O objetivo é o de qualificar o sistema de informações, de tal sorte que os dados originalmente duvidosos, incompletos ou incorretos são recuperados e corrigidos. Da mesma forma, os casos identificados como duplo registro verdadeiro têm sido excluídos, a fim de evitar a superestimação de casos.

Este trabalho tem possibilitado a VE estimar com a maior precisão possível o impacto dos principais agravos de notificação compulsória sobre a Saúde Pública do município.

Microsoft Excel - SINAN RG Ocorrência e Residência 1986-2012

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Ferramentas Dados Janela Ajuda

111%

Colar especial...

T74

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X
37	36																							
38	37	Agravos	86 a 88	89 a 99	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total						
39	38	Hidatidose	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1						
40	39	Infecção Subclínica ou Latente pelo HPV	0	0	1	11	16	22	41	50	35	61	36	37	58	46	40	454						
41	40	Influenza (Gripe)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	432	36	0	3	471					
42	41	Intoxicação Exógena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	27	30	70						
43	42	Intoxicação por Agrotóxico	0	24	16	45	70	52	64	85	61	63	59	72	58	57	39	765						
44	43	Leptospirose	0	7	7	13	15	12	9	10	18	11	14	20	24	11	12	183						
45	44	Malaria	0	3	2	4	2	1	3	1	1	1	0	0	1	2	1	22						
46	45	Meningite Bacteriana Não Especificada	0	20	6	5	5	6	5	13	9	2	6	8	6	3	4	98						
47	46	Meningite Bacteriana por Outras Bactérias	0	1	0	0	1	1	2	8	1	1	0	0	2	0	3	20						
48	47	Meningite por Haemophilus	0	6	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	10						
49	48	Meningococcemia	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4						
50	49	Meningite Meningocócica	0	23	0	1	1	2	0	2	1	1	1	0	0	1	1	34						
51	50	Meningite Meningocócica com Meningococcemia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3						
52	51	Meningite Pneumocócica	0	4	1	1	0	0	0	4	2	2	2	1	2	1	3	23						
53	52	Meningite Não Especificada	0	14	2	0	0	1	0	5	11	8	1	1	2	1	1	47						
54	53	Meningite de Outras Etiologias	0	1	1	0	0	0	0	4	1	2	1	1	0	1	2	14						
55	54	Meningite Tuberculosa	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5					
56	55	Meningite Viral	0	34	6	11	3	2	5	19	23	8	11	9	9	2	7	149						
57	56	Paralisia Flácida Aguda e Pólio	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	7						
58	57	Reação Adversa Vacinal Não Grave	0	2	4	3	9	15	23	42	16	11	34	113	78	30	32	412						
59	58	Reação Adversa Vacinal Grave	0	0	0	0	0	2	7	6	5	0	4	6	16	8	10	64						
60	59	Rubéola Adquirida	0	0	1	1	1	0	2	0	0	18	5	0	0	0	0	28						
61	60	Sífilis Adquirida	0	3	9	9	25	11	21	37	5	10	17	24	23	28	30	252						
62	61	Sífilis Congênita	0	2	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	2	9						
63	62	Tétano Acidental	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2						
64	63	Toxoplasmose Aguda em Gestantes	0	0	12	22	31	8	18	8	8	11	6	8	15	11	11	169						
65	64	Tricomoníase	0	0	1	64	64	40	62	75	62	83	54	41	55	55	38	694						
66	65	Tuberculose Pulmonar	0	89	30	20	22	25	22	16	19	26	30	22	29	24	31	405						
67	66	Tuberculose Extra-Pulmonar	0	32	8	8	11	10	8	8	16	10	11	26	10	8	9	174						
68	67	Tuberculose Pulmonar e Extra-Pulmonar	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	3						
69	68	Úlcera Genital	0	0	1	0	3	4	1	6	2	4	2	4	12	15	16	70						
70	69	Uretrite Não-Gonocócica	0	0	6	3	34	36	29	41	30	47	28	30	13	26	22	345						
71	70	Vaginites e Outras Afec. Genitais Femininas (leucorréia)	0	0	0	5	27	37	104	347	305	408	406	310	252	206	212	2619						
72	71	Varicela	0	175	126	164	354	765	452	91	556	617	596	312	421	730	322	5681						
73	72	Violações	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	177	364	537	1078						
74	73	TOTAL	18	678	565	1587	4128	6839	7149	6778	9409	8441	11396	9968	11410	9473	10286	98125						

Ocorrência / Residentes / Agrup / Gráfico / Residência SES / Fx/Et / Encer Oport RS / Plan4

1026

Nestes relatórios, foram descritas as principais características destes nove agravos no nosso município (distribuição por sexo, faixa etária, escolaridade dos pacientes, evolução, exames diagnósticos, entre outros).

Todos eles estão disponíveis no site eletrônico da Prefeitura de Bento Gonçalves (<http://www.bentogoncalves.rs.gov.br>), link “saúde em bento”, sublink “epidemiologia”.

4.2.2- CONTROLE E PREVENÇÃO DE SURTOS DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

O Serviço de Vigilância Epidemiológica recebe as notificações das doenças e agravos transmissíveis de todos os serviços de saúde. Através das notificações, o SVE monitora o comportamento (distribuição e frequência) das doenças, identificando o aparecimento de surtos. O objetivo é o de garantir o controle de possíveis epidemias de doenças transmissíveis, em particular, as imunopreveníveis, realizando e orientando ações de prevenção e controle.

Entre setembro de 2007 e março de 2008, foram investigados cerca de 60 casos de doença exantemática febril com suspeição de sarampo e rubéola, dos quais 23 foram confirmados como rubéola adquirida, a maioria em adultos do sexo masculino. Como medida de controle do surto, a equipe do SVE vacinou cerca de 1.800 contatos com a vacina dupla ou triviral.

No período de 2000 a 2012, foram investigados 17 casos de meningite meningocócica e meningococcemia, resultando em cerca de 170 profilaxias de contato (variação 4 a 57) com rifampicina.

Durante o verão de 2008-2009, o país e o RS apresentaram um aumento dos casos de febre amarela. Entre as estratégias de controle, diversos municípios gaúchos que, até então, não eram considerados como área de vacinação obrigatória, passaram a ser, incluindo Bento Gonçalves. A equipe do SVE organizou as estratégias de vacinação contra a febre amarela e

aplicou cerca de 46.000 doses no município entre janeiro a junho de 2009.

Entre 1998 a 2012, o SVE registrou 3.076 intoxicações humanas agudas por alimentos. As categorias alimentares com a maior frequência relativa foram: os artigos de confeitaria (à base de massas: bolos, tortas, pastel, massas em geral), as carnes, os alimentos preparados com ovos (principalmente, maionese) e a água. Ocorreram 52 surtos de doenças transmitidas por alimentos, com 1.142 comensais doentes. A *Salmonella* foi implicada como agente etiológico em 35,1% dos surtos onde foi possível identificar o agente causador. A utilização de matéria-prima sem inspeção sanitária (principalmente ovos e queijo) apareceu como circunstância de risco em 27,3% dos surtos. As Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental e Sanitária atuaram na investigação, fiscalização e autuação (quando necessário) das empresas responsáveis.

O atendimento antirrábico (isto, acompanhamento e vacinação contra raiva de pessoas agredidas por mamíferos) soma, anualmente, cerca de 440 casos. Todos os pacientes agredidos por animais potencialmente transmissores do vírus da raiva (morcegos, mamíferos silvestres ou selvagens) recebem a profilaxia pós-exposição. Através da estratégia da parceria terapêutica (observação de cães e gatos) tem sido possível evitar a vacinação desnecessária de cerca de 60% dos pacientes notificados. Até 2007 aplicação da vacina antirrábica gerou um custo efetivo de R\$ 61.270,00, (cerca de R\$22,00/dose, ano-base 2008). A parceria terapêutica e o seguimento dos casos ajudaram a evitar o uso indiscriminado da profilaxia anti-rábica em 1.528 atendimentos. Se estes pacientes tivessem recebido o esquema vacinal de duas doses, o custo estimado (somente vacina) teria sido de R\$ 128.502,00.

Desde o início da epidemia de influenza A H1N1 cepa suína (os primeiros casos foram identificados em maio/2009), a Vigilância Epidemiológica investigou 432 casos suspeitos em Bento Gonçalves. A equipe da VE ficou responsável por garantir o diagnóstico laboratorial (por RT-PCR em coleta de secreção nasofaríngea) e a dispensação do medicamento oseltamivir para toda a rede de saúde do município. Do total de casos investigados residentes, 9 (2,2%) resultaram em Influenza A sazonal, 1 Influenza B e 17 (4,2%) em Influenza A H1N1 (2009). Foram realizadas capacitações para os profissionais de saúde e elaborados relatórios epidemiológicos e um folder com instruções sobre as medidas de controle e prevenção. Em 2010, a VE organizou e realizou uma campanha ostensiva de vacinação contra o influenza A H1N1.

4.2.3- IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAIS PEÇONHENTOS

O Serviço de Vigilância Epidemiológica é referência municipal para a identificação de animais peçonhentos (lagartas, aranhas, escorpiões, serpentes). O SVE também recebe e envia exemplares de animais peçonhentos para o Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul (CIT), principalmente, as larvas de *Lonomia* (taturana) para a confecção do soro antilonômico.

4.2.4- METAS PARA O SINAN

As metas para o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) são estabelecidas pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Programação das Ações de Vigilância em Saúde e do SISPACTO.

Ação	Meta
Encerrar oportunamente as investigações de	80%

agravos compulsórios de notificação imediata de relevância registrados no Sinan (botulismo, cólera, coqueluche, dengue (síndrome do choque ou febre hemorrágica), difteria, febre amarela, febre maculosa, hantavirose, leptospirose, meningite, paralisia flácida aguda, raiva, rubéola ou sarampo).	
Monitorar a regularidade do envio de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).*	100%
Notificar os casos suspeitos e confirmados de intoxicação por agrotóxicos.	100%
Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningite bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoeletroforese e látex.	40%
Encerrar os casos notificados de doenças exantemáticas por critério laboratorial.	95%
Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda - PFA.	80%
Realizar esquema profilático pós-exposição de vacinação contra raiva em todas as pessoas que forem agredidas por morcego.	100%
Implementar unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	3
Implantar o sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial/GAL	1
Subsidiar ações de saúde voltadas ao monitoramento e controle dos agravos de interesse em Saúde Pública	-

*Ação de alta prioridade

De acordo com o Artigo 44 da Portaria Nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, a manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

4.3 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM)

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi implantado no Brasil em 1977. Ele consiste num conjunto de ações executadas pelos níveis municipal, estadual e federal que visam garantir que todas as instâncias envolvidas cumpram suas obrigações técnicas e legais no processo do óbito. Essa cadeia de ações inicia-se, antes mesmo, da ocorrência do óbito

através da impressão e da distribuição dos formulários de declaração de óbito para os serviços e profissionais que têm a responsabilidade de atestar e declarar um óbito.

A declaração de óbito (DO) compõe-se de um formulário de três vias (branca, rosa e amarela) no qual serão registradas as informações relativas ao óbito: nome do falecido, data de nascimento e óbito, endereço de residência do falecido e de ocorrência da morte, circunstâncias e/ou patologias que determinaram a morte, entre outros dados.

Após corretamente preenchidas e assinadas pelo profissional que atestou a morte, as vias branca e amarela são fornecidas para os familiares do falecido, a fim de que realizem o seu registro no Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais (RCPN) do local de ocorrência do óbito. A via rosa permanece arquivada junto ao prontuário hospitalar do falecido ou no setor responsável pelos registros da instituição que atestou a morte.

O RCPN realiza as ações de registro civil do óbito, retendo as duas vias da DO. Os familiares do falecido recebem, então, a Certidão de Óbito, documento que permitirá o sepultamento no cemitério.

A via branca da DO é entregue à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a via amarela permanece no cartório.

Em Bento Gonçalves, o Serviço de Vigilância Epidemiológica da SMS, desde o ano 2000, é o responsável por garantir o correto funcionamento do SIM no município, de tal forma que cada óbito ocorrido no município cumpra as exigências do sistema e seja devidamente informado para a SMS.

Desde que a atual equipe do SVE assumiu o SIM, foram corrigidos alguns problemas que estavam comprometendo a sua operacionalidade, como, por exemplo: sepultamento em cemitérios públicos sem o registro prévio do óbito no RCPN, liberação dos falecidos do hospital para o serviço funerário sem a respectiva DO, inexistência de um controle efetivo da emissão das DO e do seu posterior recebimento (não era feita a busca ativa das DO emitidas pela SMS, a fim de garantir o seu retorno).

Para evitar a subnotificação de óbitos e melhorar a qualidade das informações prestadas, o Serviço de Vigilância Epidemiológica da SMS começou a corrigir essas deficiências. Assim, a partir de 2000, foram implantadas as seguintes medidas: o estabelecimento de um rigoroso controle do fluxo das DO (todas as DO emitidas deveriam retornar a SMS); o esclarecimento e a atualização contínuos das normas operacionais do sistema junto às equipes das funerárias, cemitérios, Instituto Médico Legal (IML), hospital, cartórios e equipe médica do pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde; o estabelecimento da obrigatoriedade do fornecimento da DO para todos os óbitos ocorridos ou atendidos no hospital (antes da liberação do corpo) e no Pronto Atendimento da SMS; a confecção de um prospecto informativo sobre a obrigatoriedade do registro da declaração de óbito em cartório, fornecido para os familiares junto com a DO; a proibição do sepultamento de cadáveres nos cemitérios públicos do município sem o registro prévio do óbito no cartório. Além disso, o SVE vem trabalhando consistentemente para qualificar as informações prestadas nas DO, de modo a diminuir problemas relacionados a informações duvidosas ou não prestadas. Para tanto, o SVE tem investigado os óbitos declarados como sendo de causa indeterminada, de mulheres em idade fértil, de crianças menores de 1 ano (óbito infantil), fetais, de mulheres grávidas ou puérperas (óbito materno), de causas externas que não descrevem o tipo e/ou a circunstância do acidente ou da violência.

A investigação é feita através da busca de informações em diferentes fontes, tais

como: médicos que declararam o óbito ou prestaram assistência ao falecido antes da morte, prontuário médico do paciente (seja no hospital ou nas Unidades de Saúde Pública), jornal, boletim de ocorrência e familiares do falecido. Complementarmente, o SVE, juntamente, com a Câmara de Vereadores, instituiu uma Lei Municipal que orienta sobre o sepultamento e o registro de óbitos.

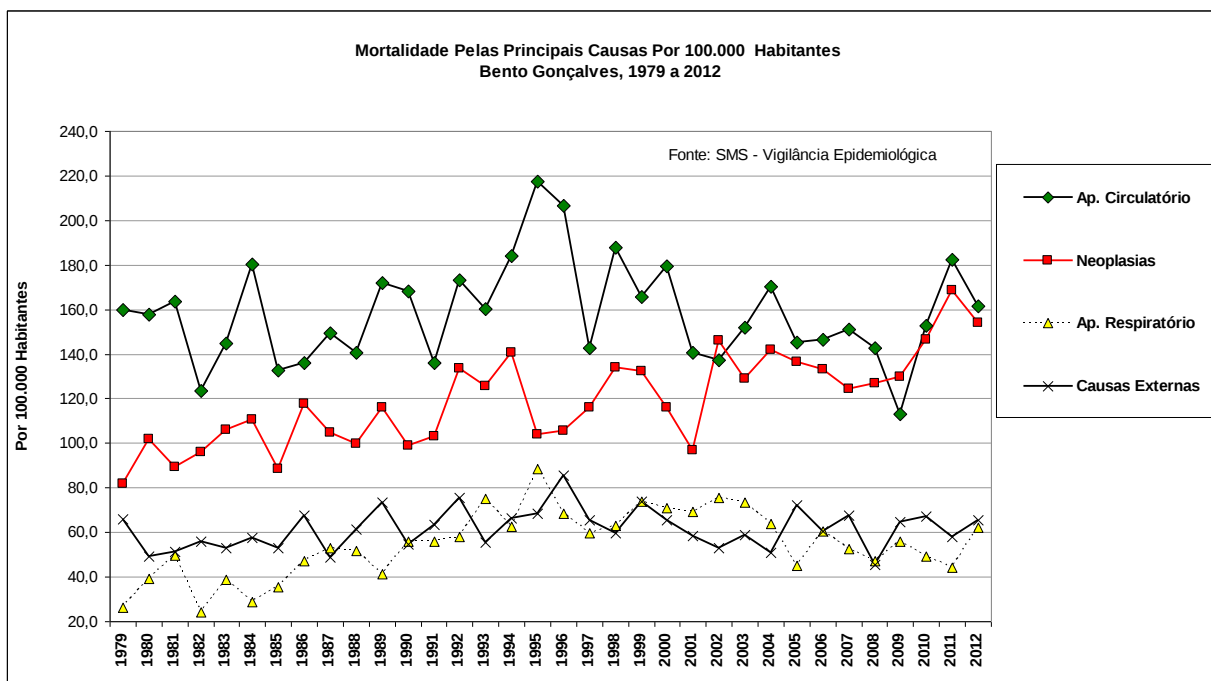
Após o cumprimento de todas as etapas, as informações da via branca da DO são digitalizadas em um programa do Ministério da Saúde, denominado Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Mensalmente, os dados deste sistema são enviados pelo SVE ao nível estadual e, deste, para o federal. Este banco de dados, alimentado com as informações das DO, servirá como ferramenta de acompanhamento e análise epidemiológica da mortalidade, tanto no município, estado e país. Todos estes cuidados com o SIM e com a qualidade de suas informações é que garantirão a fidedignidade dessas análises. Tanto que, dada a inexistência de outras fontes de informações, o sistema de mortalidade tornou-se uma das mais preciosas ferramentas para avaliar a situação de saúde da população brasileira.

Em Bento Gonçalves, o SVE vem utilizando o SIM para caracterizar algumas das principais questões de Saúde Pública no município. Para tanto, a equipe do SVE tem elaborado relatórios específicos sobre as principais causas de morte da população residente (ver Gráfico 1): (1) Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório, (2) Mortalidade por Neoplasias, (3) Mortalidade por Acidentes de Transporte, (4) Mortalidade por Homicídios, (5) Mortalidade por Suicídios, (6) Mortalidade por Causas Mal Definidas, (7) Mortalidade Geral (por ano), e (8) Mortalidade por Causas Externas.

Nestes relatórios, foram descritas as principais características destas causas de morte no nosso município (distribuição por sexo, faixa etária, escolaridade dos pacientes, evolução, exames diagnósticos, entre outros).

Todos eles estão disponíveis no site eletrônico da Prefeitura de Bento Gonçalves (<http://www.bentogoncalves.rs.gov.br>), link “saúde em bento”, sublink “epidemiologia”.

Gráfico 1.



4.3.1- INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS DE MENORES DE 5 ANOS, DE ÓBITOS MATERNOS E DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL:

O Serviço de Vigilância Epidemiológica é o responsável pela investigação de todos os casos de óbito fetal e infantil (menor de 1 ano e de 1 a 4 anos), de mulheres em idade fértil e materno. O objetivo é o de identificar os fatores de risco relacionados à mortalidade nestes dois grupos, fornecendo subsídios para o planejamento de ações de prevenção. A investigação sistemática destes óbitos corrige e evita a sobrenotificação de óbitos indevidamente classificados como infantis ou maternos, qualificando os indicadores de mortalidade (ver Tabela 2).

4.3.2- INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS DE CAUSA INDETERMINADA:

O Serviço de Vigilância Epidemiológica é o responsável pela investigação de todos os casos de óbito declarados como causa indeterminada. O objetivo é o de identificar as causas que levam um munícipe a morrer sem o devido diagnóstico feito por um profissional de saúde, revelando as deficiências no sistema de atendimento à saúde e, dessa forma, fornecendo subsídios para o planejamento de ações de qualificação do sistema. A investigação sistemática destes óbitos corrige e evita a sobrenotificação de óbitos indevidamente classificados como indeterminados, qualificando os indicadores de mortalidade e reduzindo as taxas de óbitos sem assistência médica.

4.3.3- METAS PARA O SIM

As metas para o Sistema de Informações sobre Mortalidade são estabelecidas pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Programação das Ações de Vigilância em Saúde e do SISPACTO.

Ação	Meta
Investigar óbitos maternos	100%
Investigar de mulheres em idade fértil	90%
Investigar óbitos fetais, infantis (<1 ano) e de crianças de 1 a 4 anos	90%
Aprimorar a qualidade da classificação da causa básica de óbito no Sistema de Informação sobre Mortalidade	95%
Monitorar a regularidade do envio de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)*	100%
Investigar óbitos por Dengue	100%
Coleta semanal de declarações de óbitos	90%
Investigar óbitos por causas mal definidas	95%

*Ação de alta prioridade

De acordo com o Artigo 44 da Portaria Nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, a manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre

Mortalidade (SIM).

Tabela 2. Proporção de óbitos investigados e de causa básica definida no Sistema de Informação sobre Mortalidade de Bento Gonçalves, 2009 a 2012.

Descrição	2009	2010	2011	2012
% Óbitos maternos investigados	100%	100%	100%	100%
% Óbitos em mulheres em idade fértil investigados	100%	100%	100%	100%
% Óbitos fetais, infantis e de crianças de 1 a 4 anos investigados	100%	100%	100%	100%
% Causa básica de óbito definida	99,4%	99,5%	99,5%	100%

4.4 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado no Brasil em 1992. Ele consiste num conjunto de ações executadas pelos níveis municipal, estadual e federal que visam garantir que todas as instâncias envolvidas cumpram suas obrigações técnicas e legais no processo de declaração do nascimento. Essa cadeia de ações inicia-se, antes mesmo, da ocorrência do nascimento através da impressão dos formulários de declaração de nascido vivo (DN) e da sua distribuição para os serviços e profissionais que têm a responsabilidade de declarar um nascimento.

A declaração de nascido vivo (DN) compõe-se de um formulário de três vias (branca, rosa e amarela) no qual são registradas as informações relativas ao nascimento: nome da mãe, endereço de residência da mãe e de ocorrência do nascimento, data de nascimento do recém-nascido, peso e idade gestacional ao nascer, apgar, entre outros dados.

Após corretamente preenchidas pelo profissional que declarou o nascimento, a via amarela é fornecida para a mãe do recém-nascido, a fim de que seja feito o registro no Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais (RCPN). A via rosa permanece arquivada junto ao prontuário hospitalar da mãe.

A via branca da DN é entregue à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) pelo hospital onde ocorreu o nascimento.

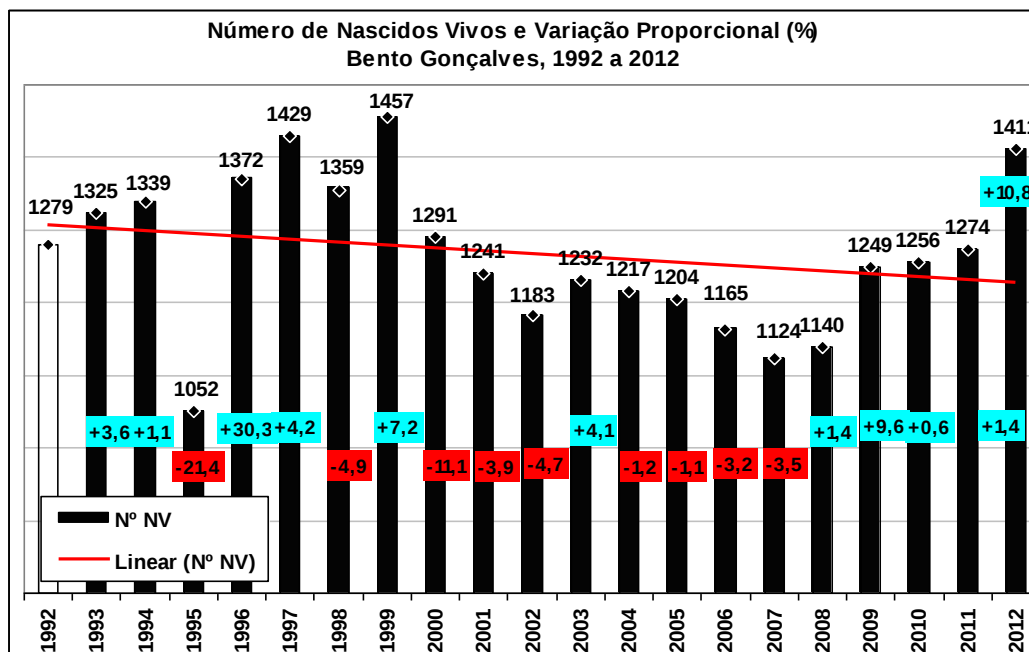
Em Bento Gonçalves, o Serviço de Vigilância Epidemiológica da SMS, desde o ano 2000, é o responsável por garantir o correto funcionamento do SINASC, de tal forma que cada nascimento ocorrido no município cumpra as exigências do sistema e seja devidamente informado para a SMS.

A Vigilância Epidemiológica vem utilizando os dados do SINASC para caracterizar as principais questões relativas à natalidade em nosso município e subsidiar as ações de saúde relativas ao pré-natal, parto e puericultura. O relatório com o perfil da natalidade de Bento Gonçalves, apresentando séries históricas das principais características, entre os anos de 1992 a 2012 está disponível no site eletrônico da Prefeitura de Bento Gonçalves

(<http://www.bentogoncalves.rs.gov.br>), link “saúde em bento”, sublink “epidemiologia”.

A apresentação dos dados está didaticamente dividida nos seguintes blocos: Bloco I: Recém-Nascido; Bloco II: Gestação e Parto; Bloco III: Mãe; Bloco IV: Coeficientes com Base no SINASC; Bloco V: Malformações Congênitas; Bloco VI: Gráficos.

Gráfico 2.



4.4.1- RELATÓRIO DOS RECÉM-NASCIDOS COM FATORES DE RISCO

Mensalmente, a equipe da Vigilância Epidemiológica utiliza o SINASC para elaborar uma listagem com a identificação dos recém-nascidos com fatores de risco. A lista é disponibilizada para todas as unidades básicas de saúde que a utilizam para fazer a busca ativa dos bebês e programar a primeira consulta programada.

4.4.2- METAS PARA O SINASC

As metas para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos são estabelecidas pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Programação das Ações de Vigilância em Saúde e do SISPACTO.

Ação	Meta
Completude dos campos peso ao nascer, idade gestacional, idade materna, número de consultas de pré-natal	98%
Elaborar relatório de recém-nascidos de risco mensalmente	1/mês
Monitorar a regularidade do envio de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos*	100%

*Ação de alta prioridade

De acordo com o Artigo 44 da Portaria Nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, a manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Tabela 2. Proporção de completude dos campos da Declaração de Nascidos Vivos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos de Bento Gonçalves, 2009 a 2012.

Descrição	2009	2010	2011	2012
Completude do campo peso ao nascer	100%	100%	100%	100%
Completude do campo idade gestacional	100%	100%	100%	100%
Completude do campo idade materna	100%	100%	100%	100%
Completude do campo número de consultas de pré-natal	99,9%	99,8%	99,8%	99,9%
Relatório mensal dos recém-nascidos de risco	100%	100%	100%	100%

4.5 SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (SI-PNI)

O Programa Nacional de Imunizações, através do Sistema API (Avaliação do Programa de Imunizações), tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar os índices de cobertura e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal.

O Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde define metas para a cobertura vacinal para todo o país, bem como, as normas técnicas de vacinação e o calendário vacinal utilizado na rede pública de saúde.

No site eletrônico da Prefeitura de Bento Gonçalves (<http://www.bentogoncalves.rs.gov.br>), link “saúde em bento”, sublink “epidemiologia” encontra-se disponível o relatório completo sobre as ações de imunização e cobertura vacinal do município.

4.5.1- COBERTURAS DAS PRINCIPAIS VACINAS DO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM BENTO GONÇALVES

O Ministério da Saúde recomenda que os municípios vacinem 95,0% de suas crianças com a maioria das vacinas que compõem o calendário vacinal infantil do Brasil, antes delas completarem o primeiro ano de vida. Considerando que existe a interferência de diferentes

fatores sobre o cálculo da cobertura vacinal, ora subestimando, ora superestimando os resultados, ela deve ser avaliada com cautela para analisar a eficácia dos programas de vacinação.

É importante lembrar que, ao longo dos anos, o calendário vacinal infantil vem sofrendo mudanças com a inclusão de novas vacinas e exclusão ou modificação de esquemas vacinais.

4.5.2- VACINA BCG

Na maioria dos anos, a cobertura da vacina BCG nas crianças menores de 1 ano em Bento Gonçalves, tem superado a meta de 95,0% propostos para esta vacina pelo Ministério da Saúde, exceto nos anos de 1995, 2002 e 2003.

Entre 1996 a 2012, o município registrou apenas dois casos de tuberculose meníngea em crianças menores de 5 anos (em 2001 e 2006, respectivamente).

4.5.3- VACINA CONTRA A HEPATITE B

A vacina contra a hepatite B passou a integrar o calendário infantil a partir de 1998 e, até 2001, manteve níveis adequados de cobertura vacinal ($\geq 95,0\%$).

A partir de 2006, a Secretaria Municipal de Saúde passou a fornecer a vacina contra a hepatite B para a maternidade do Hospital Tacchini, onde é aplicada a 1ª dose da vacina como rotina para todos os recém-nascidos no primeiro dia de vida.

Em 2012, houve uma modificação do imunobiológico utilizado para a prevenção da hepatite B em menores de 1 ano, com a introdução da vacina Pentavalente, isto é, com os componentes DTP+Hib+Hep B.

Apenas dois casos de hepatite B em crianças menores de 10 anos foram registrados em Bento Gonçalves, até 2012. Esses casos foram diagnosticados nos anos de 1999 (quando a criança estava com 4 anos de idade) e 2001 (aos 9 anos de idade). A infecção dessas crianças ocorreu antes da introdução da vacinação de rotina contra a hepatite B.

4.5.4- VACINA TRÍPLICE VIRAL

Desde a introdução da vacina triviral no calendário infantil, os resultados da cobertura da vacinal ficaram acima da meta (95%). A fim de avaliar a situação epidemiológica do sarampo e da rubéola em nosso município, o Serviço de Vigilância Epidemiológica tem investigado todos os casos notificados de doença exantemática febril. Até 2012, não foi confirmado nenhum caso de sarampo no município. Entretanto, no último trimestre de 2007, foram confirmados 18 casos de rubéola, todos em homens maiores de 20 anos, não vacinados. No Brasil, os casos de sarampo registrados têm sido associados a importações, isto é, viajantes internacionais ou contatos de viajantes. Desde 2000, não há mais circulação autóctone do vírus do sarampo no território nacional.

4.5.5- VACINA TETRAVIRAL

A vacina Tetravalente foi introduzida no calendário vacinal nacional em abril de 2002. A cobertura vacinal da Tetravalente foi crescendo desde a sua introdução, atingindo taxas superiores a 100,0% a partir de 2005.

4.5.6- VACINA ANTIPÓLIO

O Brasil que usa a vacina antipólio de formulação oral (VOP – vacinal oral da pólio, ou

“gotinha”) na rede pública de saúde, teve o último caso de poliomielite notificado no ano de 1989.

Com o cenário epidemiológico favorável, em 2012, houve a modificação do esquema vacinal infantil da antipólio com a introdução do esquema seqüencial das vacinas antipólio injetável (VIP, aos 2 e 4 meses) e oral (VOP aos 6 meses de vida).

A partir de 2004, a cobertura vacinal da poliomielite cresceu em Bento Gonçalves, ultrapassando a meta de 95% proposta pelo MS.

No município, a equipe da Vigilância Epidemiológica investiga todos os casos de paralisia flácida aguda notificados, a fim de verificar a etiologia da paralisia. Nenhum dos 8 casos até agora investigados foram causados pelo poliovírus vacinal ou selvagem.

4.6 MUNICIPALIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (API-PNI)

No 4º trimestre de 2002, o sistema API (Avaliação do Programa de Imunizações) foi municipalizado. O API consiste num banco de dados informatizado (versão 9.3/2007 em DOS) do Programa Nacional de Imunizações no qual são digitados os números de doses de vacinas registrados nos boletins de imunização (“imus”).

A digitação dos boletins no próprio município qualificou o registro de imunizações, principalmente devido ao maior controle e supervisão do preenchimento dos boletins de imunização pelas UBS, o que reduziu o sub-registro de doses e os erros de registro de vacina por faixa etária. Isso teve um impacto positivo sobre a cobertura vacinal de diversas vacinas no município.

4.6.1- EXPANSÃO DA REDE DE VACINAÇÃO

Em 1996, o município contava com 11 salas de vacinação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), número que cresceu para 23 salas em 2007. Além das UBS, algumas vacinas passaram a ser feitas rotineiramente no Pronto Atendimento 24 Horas da SMS e do Hospital Tacchini e na maternidade no hospital.

O SAE/CTA (Serviço de Atendimento Especializado / Centro de Testagem e Aconselhamento) aplica as vacinas contra a hepatite B e contra a gripe sazonal nos pacientes atendidos por este serviço.

Duas clínicas privadas de vacinação passaram a fornecer seus dados vacinais para a Coordenação de Imunizações.

A Coordenação de Imunizações fornece todo o suporte técnico e material para que estes serviços possam desenvolver as ações de imunização dentro das normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

4.6.2- REDE DE FRIO

A Coordenação de Imunizações realiza a supervisão da rede de frio nas UBS, no Pronto Atendimento 24 Horas e no Hospital Tacchini, onde possui duas geladeiras, uma na farmácia e outra na maternidade. Entre as principais questões encontradas, tem se destacado as relacionadas ao manejo dos termômetros, armazenamento e conservação das vacinas na geladeira, organização dos gelox e utilização das caixas de isopor.

A Coordenação de Imunizações também fornece os recursos necessários para a

conservação adequada dos imunobiológicos (caixas de isopor, termômetros, bandejas, etc.), providenciando o conserto ou a substituição de geladeiras velhas, ou em mal estado de conservação e funcionamento.

Com os recursos da Pactuação Programada e Integrada da Vigilância em Saúde, cinco salas de vacina foram equipadas com condicionadores de ar (tipo splitter): Unidade de Saúde Central, Conceição, Zona Sul, Barracão, Centro de Referência Materno-Infantil, CAIC-Zatt e Santa Helena.

Além disso, a Coordenação de Imunizações adquiriu, em 2007 e em 2010, duas câmaras de conservação específica para imunobiológicos, a fim de melhorar a conservação das vacinas estocadas.

4.6.3- ATUALIZAÇÕES EM IMUNIZAÇÃO

Visando o aprimoramento das questões que envolvem a administração, a conservação e o armazenamento dos imunobiológicos, bem como, o registro e a cobertura vacinal, a Coordenação de Imunizações tem promovido, anualmente, cursos de atualização para os profissionais de saúde do município (UBS e rede privada). Estas atualizações procuraram dirimir dúvidas e aperfeiçoar os conhecimentos dos profissionais.

4.6.4- ESTRATÉGIAS DE ADESÃO E SEGUIMENTO

O Serviço de Vigilância Epidemiológica e a Coordenação de Imunizações da Secretaria Municipal de Saúde têm direcionado esforços no sentido de melhorar a adesão dos pais ao calendário vacinal, de modo que seus filhos concluam oportunamente os esquemas vacinais da infância.

Para tanto, algumas estratégias têm sido realizadas:

Imãs de Geladeira: O SVE confeccionou imãs de geladeira com informações sobre o calendário vacinal infantil. Eles são distribuídos pelas UBS e visam ajudar os pais a registrar e lembrar as datas de vacinação de seus filhos menores de 1 ano.

Programa “Vacina Nota Dez”: Em 2006, o SVE elaborou e apresentou o programa “Vacina Nota Dez” à Secretaria Municipal de Educação e ao Conselho Municipal de Educação.

Este programa determina que a matrícula dos alunos nas escolas infantis privadas e da rede pública municipal, bem como, a matrícula na primeira série do ensino fundamental das escolas públicas municipais seja feita mediante a apresentação do “Comprovante de Atualização de Esquema Vacinal” (ver Figura 3). O Comprovante de Atualização passou a ser um dos documentos exigidos pelas escolas para fazer a matrícula dos alunos.

Para receber o Comprovante, os pais devem mostrar a carteira de vacinação dos seus filhos em qualquer uma das UBS do município para serem avaliadas. Se existirem doses de vacinas faltantes (esquemas incompletos) para a faixa etária, a UBS completa e atualiza o esquema vacinal da criança e fornece o Comprovante de Atualização para os pais. Se, no momento da avaliação, a criança já estiver com todos os esquemas vacinais em dia para a faixa etária, as UBS orientam os pais e também fornecem o Comprovante de Atualização. Este Comprovante é, então, apresentado na escola no ato da matrícula da criança.

O Programa “Vacina Nota Dez” visa garantir que todas as crianças ingressantes na educação infantil municipal pública e privada e no ensino fundamental da rede municipal de educação tenham seus esquemas vacinais devidamente avaliados e, caso estejam incompletos,

sejam colocados em dia.

Programa “Zé Gotinha Carteiro”: Em 2012, o SVE, juntamente com o Gabinete da Prefeitura de Bento Gonçalves, iniciaram o envio mensal de correspondências para todas as mães residentes após o nascimento dos seus bebês. As mães recebem o folder com informações sobre as vacinas do calendário infantil, orientando-as a levar seus filhos até as unidades públicas de saúde.

4.6.5- CONFEÇÃO DE FOLDERS INSTRUTIVOS

A equipe do SVE elaborou folders instrutivos para a população com orientações a respeito das vacinas.

Foi dada especial atenção para a vacinação de adolescentes contra a hepatite B, para as mulheres em idade fértil contra a rubéola, para a vacina da febre amarela e a vacinação das crianças e dos adultos.

4.7 CAMPANHAS DE VACINAÇÃO:

A equipe do SVE e da Coordenação de Imunizações tem implementado as campanhas de vacinação de modo a aumentar a procura pelas vacinas oferecidas nas campanhas (antipólio oral, gripe, dupla/triviral, hepatite B).

Como estratégia geral, tem se promovido a divulgação maciça das campanhas em toda a comunidade (por rádio, jornal, cartazes no comércio, nas UBS, etc.) e tem se procurado melhorar o acesso à vacina.

A Coordenação de Imunizações também tem estimulado as equipes de vacinação. Durante as campanhas, as equipes recebem uma camiseta que os identifica como vacinadores.

Campanhas de Vacinação Contra a Poliomielite: Até 2012, eram realizadas duas campanhas de vacinação contra a poliomielite em todo o País (geralmente nos meses de junho e agosto).

Nas campanhas da poliomielite do município, são oferecidos para a comunidade mais de 50 postos de vacinação espalhados por toda a cidade, inclusive nas áreas rurais (supermercados, igrejas, salões comunitários, escolas infantis e regulares, nas praças públicas ou em qualquer lugar onde haja circulação e concentração de crianças em idade de serem vacinadas).

Desde 2005, o Rotary Club Internacional de Bento Gonçalves tem contribuído na logística das campanhas de vacinação, oferecendo motoristas, balões, balas e camisetas. Como resultado, a meta de vacinação tem ultrapassado a meta de vacinação do Ministério da Saúde (95% da população menor de 5 anos) em nosso município.

Em 2012, com a modificação do esquema vacinal de rotina (esquema VIP/VOP), as campanhas contra a poliomielite que eram realizadas em junho e agosto, passaram a ser realizadas uma vez por ano.

Campanhas de Vacinação Contra a Gripe: Anualmente, o Ministério da Saúde promove uma campanha de vacinação contra a gripe (geralmente no mês de abril) destinada a população com 60 anos de idade ou mais.

Em 2009, em decorrência da pandemia do vírus influenza H1N1, houve uma reavaliação dos grupos-alvo para a vacinação. Durante a campanha de vacinação da gripe, é

constituída uma equipe móvel de vacinação que leva a vacina aos locais onde existam idosos: Lar do Ancião, Lar do Idoso, Clube de Idosos e hospital (pacientes internados). Além disso, foi estabelecida uma parceria com a equipe da Assistência Domiciliar do Hospital Tacchini e da Assistência Domiciliar da SMS que vacinam os idosos acamados ou impossibilitados de se dirigirem a um posto de vacinação. As equipes das UBS onde funciona a Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm feito o seguimento dos idosos sob a sua responsabilidade, a fim de garantir que sejam vacinados.

Esta campanha que em 2001 e 2002 não havia atingido a meta de vacinação do Ministério da Saúde (70% da população com 60 anos ou mais), voltou a atingir e a superar a meta em 2003 e nos anos seguintes. No ano de 2008, o Ministério da Saúde definiu uma nova meta de vacinação para os idosos, passando de 70% para 80% da população idosa residente.

Campanha de Vacinação Contra a Hepatite B (2001/2002): Na campanha de vacinação da hepatite B, foram vacinados 9.742 jovens menores de 20 anos com uma dose da vacina e 7.261 com três doses, atingindo uma cobertura de 45,8% da população nesta faixa etária. Nesta campanha, além das UBS, a vacina foi oferecida em 28 escolas do município com alunos de 6ª a 8ª série e do ensino médio.

Campanha de Vacinação Contra a Rubéola para Mulheres em Idade Fértil (2003): Na campanha de vacinação contra rubéola em mulheres de idade fértil, conseguiu-se imunizar 17.644 mulheres entre 12 a 39 anos, atingindo uma cobertura de 82,5% nesta faixa etária. Uma equipe móvel de vacinação levou a vacina nas indústrias, comércio e no Campus Universitário da Região dos Vinhedos.

Campanha de Vacinação de Seguimento Contra o Sarampo (2005 e 2011): Em 2005, durante a campanha de seguimento do sarampo para crianças de 1 a 4 anos, as equipes de vacinação imunizaram 5.342 crianças, atingindo uma cobertura de 92% nesta faixa etária. Em 2011, a campanha de seguimento contra o sarampo vacinou 6.976 crianças de 1 a menores de 7 anos de idade, atingindo uma cobertura de 95,3%.

Campanha de Vacinação Contra a Rubéola para Homens e Mulheres de 20 a 39 anos de Idade (2008): Na campanha de vacinação contra rubéola para homens e mulheres de 20 a 39 anos de idade, conseguiu-se imunizar 97,5% das mulheres e 95,7% dos homens nesta faixa etária.

4.7.1- PROGRAMA DE CONTROLE DA HEPATITE B

Estratégias de Eliminação da Infecção do Vírus da Hepatite B na Infância e de Prevenção da Infecção em Adultos

A equipe do SVE e da Coordenação de Imunizações desenvolvem ações voltadas para a eliminação da infecção do vírus da hepatite B (VHB) na infância e prevenção da infecção em adultos através das seguintes estratégias:

Programa Hospital Amigo da Criança: vacinação da 1ª dose da hepatite B ao nascimento e aplicação da imunoglobulina da hepatite B para bebês cujas mães são portadoras do vírus da hepatite B;

Programa de DST/AIDS: vacinação da hepatite B para pacientes HIV/AIDS, com hepatite C e profissionais do sexo;

Programa de Saúde e Segurança Ocupacional do Hospital Tacchini: fornecimento de vacina da hepatite B para o SESMT/Tacchini e vacinação dos profissionais na admissão ao trabalho;

Saúde Ocupacional da SMS: vacinação dos profissionais da SMS;

Vacinação dos doadores de sangue;

Programa de Vacinação dos Pacientes Hemodialisados e de Pré-Diálise: fornecimento de vacina da hepatite B para o Hospital Tacchini para a vacinação de pacientes da pré-diálise e dos dialisados;

Programa de Saúde do Sistema Penitenciário: vacinação da população carcerária no presídio estadual localizado no município;

Vacinação dos Contatos de Portadores do VHB;

Campanha de Vacinação Contra a Hepatite B em Adolescentes (2001/2002);

Vacinação das Gestantes (2009);

Vacinação da população de 20 a 24 anos (em 2011) e 25 a 29 anos (em 2012).

4.7.2- PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO TÉTANO ACIDENTAL

A vacina antitetânica que era aplicada apenas pelas UBS também passou a ser oferecida nas unidades de Pronto Atendimento Médico do Hospital Tacchini e da Secretaria Municipal de Saúde para os pacientes vítimas de acidentes e agressões. A Coordenação de Imunizações realiza a visitação de empresas, a fim de vacinar os trabalhadores da indústria, comércio e serviços, uma vez que, nem sempre, estes trabalhadores conseguem se dirigir a uma UBS no horário do trabalho.

Também tem sido sugerido para as equipes do SESMT das empresas que solicitem a carteira de vacinação dos seus trabalhadores, comprovando a vacinação antitetânica, no momento da admissão ao trabalho e a cada 10 anos.

Entre 2000 a 2012, apenas um caso de tétano acidental foi registrado em Bento Gonçalves (no ano de 2004).

4.7.3- PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO SARAMPO E DA RUBÉOLA ADQUIRIDA E CONGÊNITA

A prevenção de casos de sarampo e rubéola em nosso município tem sido uma preocupação constante do SVE, uma vez que Bento Gonçalves é uma cidade turística, possui duas universidades e exporta produtos para outros estados e países. Como resultado, é comum a circulação de pessoas de todas as regiões do país e do mundo em nossa cidade, o que aumenta a possibilidade de recebermos doentes transmissores dos vírus do sarampo e da rubéola. Prova disso, foi o surto de rubéola ocorrido no último trimestre de 2007 que resultou em 18 casos confirmados e cerca de 1.800 contatos vacinados (vacinação de bloqueio). A fim de promover o controle e a prevenção de casos de sarampo e rubéola, o SVE e a Coordenação de Imunizações têm desenvolvido as seguintes estratégias:

a. Fornecimento de vacina Triviral (TV) ou Dupla Viral (DV) para o SESMT do Hospital Tacchini e vacinação dos profissionais do hospital susceptíveis (principalmente equipes de saúde do pronto atendimento e serviços de diagnóstico);

b. Vacinação dos profissionais de saúde da SMS, principalmente das UBS, do Pronto Atendimento 24 Horas da SMS e do laboratório municipal;

c. Visitação de empresas e vacinação com TV/DV dos trabalhadores da indústria, comércio e serviços;

d. Vacinação dos profissionais de turismo, hotelaria, taxistas, empresas de transporte e exportação, viajantes para áreas de risco, motoristas de caminhão;

e. Bloqueio vacinal com TV/DV em empresas, escolas e residências, quando da

ocorrência de casos suspeitos de sarampo ou rubéola.

4.7.4- PROGRAMA DE PREVENÇÃO DA RAIVA HUMANA – CONTROLE E SEGUIMENTO DO ESQUEMA VACINAL ANTIRRÁBICO

O Programa de Prevenção da Raiva Humana visa garantir que as pessoas expostas ao risco de contrair a raiva sejam devidamente acompanhadas, vacinadas e tratadas.

Em Bento Gonçalves, o SVE, a Coordenação de Imunizações (CI) e o Serviço de Vigilância Ambiental (SVA) realizam as ações de controle da raiva.

O SVE e a CI, juntamente com as UBS, fazem busca ativa e acompanham os pacientes que procuram atendimento antirrábico de modo a garantir que eles recebam o tratamento adequado e, quando indicado, iniciem e concluam a profilaxia antirrábica (soro/vacina). Em Bento Gonçalves, a taxa de completude da profilaxia contra a raiva tem sido de 78,0%.

Até novembro de 2002, a vacina anti-rábica humana era oferecida somente no Centro de Referência Materno Infantil (antigo Centro Estadual de Saúde), durante o horário comercial. Desde então, o SVE implantou a vacinação no Pronto Atendimento 24 horas da Secretaria Municipal de Saúde (7 dias por semana, 24 horas por dia), ampliando a oferta desta vacina e garantindo a realização da profilaxia da raiva em qualquer horário e dia da semana.

O SVE também implementou a aplicação do soro antirrábico (SAR) no Pronto Atendimento 24 Horas da SMS. Até 2003, o SAR era aplicado apenas no Hospital Geral de Caxias do Sul, e os pacientes atendidos em Bento Gonçalves tinham que ser transferidos para fazer o soro. A partir de 2004, os pacientes de Bento Gonçalves (e municípios vizinhos) com indicação de SAR passaram a ser atendidos e tratados no próprio município.

Os técnicos do SVE elaboraram uma carteira de vacinação específica para a vacina da raiva, já adaptada com o novo esquema vacinal da vacina anti-rábica de cultivo celular. Como resultado das ações de prevenção e controle da raiva desenvolvidas em nosso município, o número de atendimentos antirrábicos notificados ao SVE passou de 8 casos em 1999 para 553 em 2012. Neste período de 14 anos (1999 a 2012) foram contabilizados 5.005 atendimentos antirrábicos, dos quais 37,7% iniciaram a profilaxia vacinal.

4.7.5- PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

Identificação de animais peçonhentos, orientação e distribuição de soros antivenenos: Os acidentes com animais peçonhentos são agravos de notificação obrigatória para o SVE. Entre 1999 a 2012, foram 5.852 pacientes notificados, o que torna estes acidentes os principais agravos do município. Cerca de 4,6% dos acidentes investigados necessitaram de soroterapia antiveneno.

Desde 2001, o SVE vem desenvolvendo um trabalho de identificação da fauna peçonhenta local, com o apoio do Centro de Informação Toxicológica do RS, da Universidade de Caxias do Sul e da EMATER de Bento Gonçalves. Como resultado, foram identificadas as principais espécies causadoras de acidentes peçonhentos na região e confeccionado um cartaz com fotos destes animais. Isso tem auxiliado as equipes de saúde a identificar os animais causadores de acidentes peçonhentos e a decidir sobre a necessidade do uso de soros antivenenos (SAV).

Em Bento Gonçalves, o Hospital Tacchini é o serviço de referência para a administração dos SAV. A Coordenação de Imunizações se responsabiliza por garantir o estoque e a

distribuição dos soros. O SVE acompanha todos os casos de acidentes peçonhentos que necessitaram de SAV.

Até o final de 2007, o município dispunha do soro antilonômico e do soro antiofídico (botrópico e crotálico). Devido a dificuldades de produção e distribuição, desde o final de 2006 o soro antiaracnídico não é mais fornecido para o município. Os pacientes que necessitam deste soro são transferidos para Caxias do Sul.

4.7.6- UNIDADE MÓVEL DE VACINAÇÃO – UMV

A UMV foi projetada pela equipe do SVE, e adquirida com a verba da PPI/2002. Destina-se a oferecer às equipes de vacinação um ambiente de trabalho adequado para as ações de vacinação extramuros. Amplia a capacidade da rede de vacinação, deslocando-se para diferentes locais do município.

Tem sido amplamente utilizada em todas as campanhas de vacinação desenvolvidas pela SMS.

4.7.7- INFORMATIZAÇÃO DAS SALAS DE VACINA

Desde 2005, a equipe do SVE e da Coordenação de Imunizações tem implementado o projeto de informatização das salas de vacinas das UBS, equipando-as com microcomputadores. Este processo foi alavancado pelo Ministério da Saúde, no final de 2012, através de financiamento específico para a compra de microcomputadores destinados às salas de vacinação. Em Bento Gonçalves foram adquiridos computadores para as salas de vacina das principais UBS.

O objetivo é o de implantar o novo sistema de informações para a digitação dos dados cadastrais e vacinais das crianças e adultos vacinados na rede pública de saúde (sistema “Web”), o que exigirá, também a implementação da rede conectada à internet.

4.7.8- VACINAÇÃO DE SITUAÇÕES ESPECIAIS

O Ministério da Saúde, através da área de imunizações dos municípios, disponibiliza vacinas e imunobiológicos especiais, para aqueles pacientes com problemas de saúde que exigem proteção imunológica diferenciada, isto é, com vacinas e imunoglobulinas que não são oferecidas no calendário vacinal de rotina. Assim, são protegidos os pacientes expostos a determinados fatores de risco: exposição ocupacional a sangue e secreções, recém-nascidos de gestantes portadoras do vírus da hepatite B, pacientes suscetíveis à varicela.

4.7.9- VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS VACINAIS

Refere-se ao controle e acompanhamento dos casos em que a administração de imunobiológicos resulta em reações adversas. O SVE faz busca ativa desses casos e define a conduta terapêutica de acordo com cada evento adverso.

4.7.10- NOTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS ERROS PROGRAMÁTICOS VACINAIS

Visa monitorar as iatrogenias relacionadas à vacinação e acompanhar e orientar os pacientes submetidos à erros de administração de vacinas.

4.7.11- METAS PARA O PNI

As metas para o Programa Nacional de Imunizações são estabelecidas pelo Ministério

da Saúde, de acordo com a Programação das Ações de Vigilância em Saúde e do SISPACTO.

Ação	Meta
Cobertura vacinal da vacina tetravalente/pentavalente em menores de 1 ano	>95%
Cobertura vacinal da vacina antipólio oral em menores de 5 anos	>95%
Cobertura vacinal da vacina da gripe em idosos com 60 anos e mais	>80%
Realizar capacitação para os profissionais de saúde na área de imunizações	1/ano

5 – DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS – ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE

O Serviço de Vigilância Epidemiológica tem por atribuição legal a elaboração de informes epidemiológicos com dados de doenças de notificação compulsória, óbitos, nascidos vivos e de outros temas de interesse epidemiológico. Mensalmente, o SVE elabora e divulga informes epidemiológicos que são fornecidos para os demais serviços de saúde, secretarias municipais, órgãos governamentais e não governamentais e instituições de pesquisa do município.

Os relatórios com a análise situacional de saúde de Bento Gonçalves extraídos dos sistemas de informação da Vigilância Epidemiológica, estão disponíveis no site eletrônico da Prefeitura de Bento Gonçalves (<http://www.bentogoncalves.rs.gov.br>), link “saúde em bento”, sublink “epidemiologia”.

5.1- METAS

As metas para a área de Vigilância Epidemiológica são estabelecidas pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Programação das Ações de Vigilância em Saúde e do SISPACTO.

Ação	Meta
Publicar um relatório com análise situacional	1/ano

5.2- PRINCIPAIS ANÁLISES DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE

Os dados do Sistema de Mortalidade permitem avaliar quais são as principais causas de morte no município. Os relatórios sobre mortalidade elaborados pela Vigilância Epidemiológica contém séries históricas, a partir do ano 1990. Os dados do município são comparados com os do Rio Grande do Sul e do Brasil, o que permite determinar a situação de Bento Gonçalves em relação ao nível estadual e nacional.

Historicamente, as principais causas de morte do município têm sido: doenças do aparelho circulatório (30,2%), neoplasias (23,4%), causas externas (11,8%) e doenças do aparelho respiratório (10,7%). As causas externas e as doenças do aparelho respiratório têm se revezado entre a terceira e quarta posição.

Esse padrão é semelhante ao encontrado no RS e no país.

5.3- MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO

As doenças do aparelho circulatório lideram as causas de morte entre os bentogonçalvenses com uma incidência média de 160,4 óbitos por 100.000 habitantes (variação de 123,4 a 217,6). No RS, a incidência tem sido de 217,2/100.000. A principal patologia cardiocirculatória causadora de mortes no município tem sido as doenças cerebrovasculares (48,9/100.000), seguida pelo infarto agudo do miocárdio e as doenças isquêmicas cardíacas.

É importante lembrar que, entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiocirculatórias, admitem-se: o tabagismo e os hábitos alimentares com muito consumo de sal e gordura, que elevam a pressão sangüínea e o colesterol, o sedentarismo, a diabetes e a hereditariedade. À exceção da hereditariedade, os demais fatores são passíveis de serem controlados e prevenidos.

Estudo do IBGE revelou que cerca da metade da população adulta do país está com peso acima do padrão recomendado para uma vida saudável. No período de 34 anos avaliado, o excesso de peso triplicou entre os homens e duplicou entre as mulheres. A obesidade já atinge 12,4% dos homens e 16,4% das mulheres brasileiras.

Outro aspecto relevante é o que se refere ao envelhecimento progressivo da população, principalmente em países em desenvolvimento, fazendo aumentar o número de pessoas que passam a apresentar doenças características da terceira idade, como as doenças cardiovasculares e o câncer, por exemplo.

Em Bento Gonçalves, a população da terceira idade aumentou 82,0% entre 1980 a 2010, passando de 7,0% para 12,6%.

Cada um desses fatores tem um peso “social” diferenciado na determinação das doenças do aparelho circulatório e, em particular, sobre as doenças cerebrovasculares. Em relação às condições socioeconômicas, por exemplo, observam-se taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares significativamente maiores nos estados brasileiros que possuem menores taxas de pobreza.

Segundo estudos internacionais, o atendimento às vítimas de doença cerebrovascular é considerado deficiente em todos os países. Além disso, fatores de risco como a hipertensão arterial e o tabagismo encontram-se mais disseminados nas populações de baixa renda. Sabe-se, por exemplo, que a hipertensão arterial sistêmica é altamente prevalente na população brasileira, e que o seu diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para o controle da mortalidade e redução das internações por doença cerebrovascular. Segundo o Ministério da Saúde, há uma estreita associação da hipertensão com a ocorrência de quadros de AVC (85% dos pacientes com acidente vascular cerebral também apresentam hipertensão). Do mesmo modo, reconhece-se a relevância das ações voltadas a prevenção, diagnóstico precoce e controle da hipertensão (uma redução de cerca de 4 mmHg da pressão arterial diastólica média da população resultaria em uma diminuição de 35 a 42% dos casos de acidente vascular cerebral) como estratégia para a redução de danos à saúde da população.

Todavia, apesar de serem medidas simples de serem adotadas, esbarram na incapacidade do modelo brasileiro de assistência à saúde, em estender, a toda população, e, em particular, a população carente, os cuidados básicos de saúde.

Os dados de internação e mortalidade reforçam a importância de priorizar o controle das doenças circulatórias, com certa ênfase sobre os eventos hipertensivos e as doenças cerebrovasculares. Do ponto de vista da Saúde Pública, isto implica a implementação de programas eficazes e sistemáticos destinados a: incentivar a adoção de hábitos alimentares saudáveis; prevenir a obesidade; estimular atividade física regular; desestimular o tabagismo; e principalmente, diagnosticar, acompanhar e, quando necessário, assegurar o tratamento da hipertensão arterial e das demais doenças que interferem sobre o aparelho circulatório, como a diabetes e as dislipidemias.

5.4- MORTALIDADE POR NEOPLASIAS:

As neoplasias têm constituído a segunda causa de morte entre os bentogonçalveses com uma incidência média de 129,3 óbitos por 100.000 habitantes (variação de 81,7 a 168,7). No RS, a incidência tem sido de 131,5/100.000. A principal neoplasia causadora de mortes no município em ambos os sexos tem sido o câncer de pulmão (21,1/100.000), seguida pelo câncer de estômago e de mama feminina. Se agrupados por aparelho e sistema, os cânceres dos órgãos do aparelho digestivo (estômago, fígado, intestinos, esôfago, boca) respondem por 36,4% do total de mortes por neoplasias.

A incidência do câncer cresce no Brasil, como em todo o mundo, num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida. Isto é um resultado direto das grandes transformações globais das últimas décadas que alteraram a situação de saúde dos povos pela urbanização acelerada, pelos novos modos de vida e novos padrões de consumo.

Nos últimos 5 anos ocorreu um aumento expressivo no número de pacientes oncológicos atendidos pelas unidades de alta complexidade do SUS, o que pode estar refletindo uma melhora na capacidade do sistema em aumentar o acesso aos recursos de tratamento especializado, ainda que pesem os gargalos existentes em algumas especialidades, as dificuldades de regulação e articulação entre as unidades da rede e a inexistência de resultados positivos na saúde da população.

Embora as informações sobre a mortalidade desempenhem um papel essencial para compreensão do perfil epidemiológico das populações, utilizar apenas as informações sobre óbito para o conhecimento da ocorrência de neoplasias malignas não permite o entendimento real da magnitude do problema, uma vez que existem diferenças entre os vários tipos de câncer em função da sua letalidade e sobrevida. Além disso, as pessoas com neoplasias malignas podem morrer por outras causas.

No Brasil, as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para os anos 2008 e 2010 apontam um crescimento de 4,6% no total de casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes incluem as neoplasias de próstata, de mama feminina, de cólon e reto e a de pulmão, acompanhando a mesma magnitude observada no mundo.

Para o RS (2008 a 2010), o INCA estimava um aumento da incidência de casos novos de câncer de pulmão (0,7%), de próstata (3,3%), cólon e reto (3,8%) e uma redução nos cânceres, de mama feminina (-1,2%) e de colo de útero (-21,2%). Com exceção do cólon e reto, todos os cânceres aumentaram a sua taxa de letalidade no estado.

Em relação à mortalidade por câncer de pulmão (ambos os sexos) e da mama feminina, os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) também apontam

para um progressivo aumento da incidência, tanto no estado como no país.

Este aumento, tanto na incidência, como na mortalidade, pode ser o resultado de falhas no acesso aos meios de prevenção, de diagnóstico precoce e de tratamento do câncer. Como se sabe, o tratamento das neoplasias ainda é de alto custo e nem sempre é efetivo, o que acaba gerando barreiras para o controle da mortalidade. Somado a isso, problemas de acesso aos meios diagnósticos (demora em conseguir consultas e exames) podem adiar não só o próprio diagnóstico, mas o início do tratamento, impossibilitando a cura dos pacientes.

Para tentar minimizar o impacto da doença, em 2012, o Ministério da Saúde decretou a Lei 12.732 que determina que o tratamento do câncer deve ser iniciado até 60 dias após o seu diagnóstico. Dentro das metas do Ministério da Saúde, também está se planejando o aumento dos serviços de radioterapia que atendem pacientes pelo SUS, passando dos atuais 32 serviços para 80 unidades (até 2015).

Em Bento Gonçalves, por exemplo, o hospital local inaugurou o serviço de radioterapia financiado com os recursos do SUS, em fevereiro de 2012. A aquisição do equipamento havia sido eleita como uma das prioridades do município na Consulta Popular do governo do Estado, realizada em 2006. Em 2009, a prefeitura de Bento Gonçalves iniciou o processo de licitação para a aquisição do aparelho e, em novembro de 2010, a prefeitura, começou o processo de importação de um acelerador linear dos Estados Unidos. Em agosto de 2011, o aparelho chegou à cidade. Para recebê-lo, o hospital realizou obras com recursos próprios e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) (um prédio de três pavimentos foi construído junto ao hospital). O serviço começou a ser utilizado apenas pelos pacientes dos convênios privados. De acordo com a administração do hospital, o serviço só poderia ser disponibilizado para os pacientes do SUS quando houvesse a liberação do Ministério da Saúde. Isso porque o governo federal não repassaria os recursos ao hospital referentes aos atendimentos públicos. Em agosto de 2012, os pacientes do SUS passaram a ter acesso ao serviço de radioterapia do hospital.

Ao que se refere ao diagnóstico, o Programa de Saúde da Mulher tem desenvolvido ações para o diagnóstico precoce do câncer ginecológico. Em 2003, dos 4.022 exames citopatológicos de colo de útero realizados através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 0,7% apresentaram alterações indicativas de alteração neoplásica. Já em 2005, o número de citopatológicos no município aumentou em 40,0%, atingindo 5.645 exames, dos quais 1,4% apresentaram alterações indicativas de alteração neoplásica.

Em relação às mamografias, a SMS realizou 1.246 exames radiográficos de mama, dos quais 0,3% apresentaram resultados sugestivos de alteração maligna mamária (critério BI-RADS).

A fim de melhorar as ações de assistência ao câncer, a Saúde Pública deve continuar direcionando esforços no sentido de estimular medidas de prevenção e controle do câncer, o que implica promover a melhora dos hábitos pessoais de saúde da população (não fumar, exercitar-se), ampliar as ações de detecção precoce da doença (auto-exame de mamas, exame clínico das mamas realizado por profissional de saúde, citopatológico) e facilitar o acesso aos meios diagnósticos e ao tratamento. Estima-se, por exemplo, que 85% dos casos de câncer de pulmão poderiam ser evitados com a abolição do hábito de fumar, podendo-se, igualmente, esperar impactos apreciáveis sobre a incidência de outros cânceres, como os de boca, esôfago, bexiga e mama (Burns, 1992).

5.5- MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

As causas externas têm variado entre a terceira e a quarta causas de morte dos bentogonçalveses com uma incidência média de 63,1 óbitos por 100.000 habitantes (variação de 48,9 a 75,3). No RS, a incidência tem sido de 66,8/100.000. Entre as principais causas externas causadoras de mortes no município destacam-se: os acidentes de transporte de trânsito (24,2/100.000), os homicídios (12,9/100.000) e os suicídios (10,7/100.000). Padrão idêntico ao verificado no RS e no Brasil.

As causas externas – acidentes e violências – vêm-se apresentando, nos anos mais recentes, entre os principais problemas de Saúde Pública em nosso País, seja por sua magnitude, pelos custos que representam para a sociedade e pelos impactos sociais e psicológicos nas vidas dos indivíduos e das famílias. Constituem, ademais, a primeira causa de óbito na faixa etária de 1 a 44 anos, em ambos os sexos.

Segundo o Ministério da Saúde, ao longo da década de 80, enquanto o número total de óbitos aumentou em cerca de 20,0%, as causas violentas de morte elevaram-se em 60,0%. Mantida a tendência de crescimento, em 10 anos, a violência será a primeira causa de mortalidade entre homens no Brasil.

Os dados podem ser ainda mais preocupantes, uma vez que as mortes violentas podem ser subnotificadas, ou classificadas como mal definidas.

Embora existam outras fontes de informação sobre a violência, sua abrangência tem se mostrado extremamente limitada. Nos casos de violência física, por exemplo, só 6,4% dos jovens no Distrito Federal (DF) denunciaram-na à polícia; nos casos de assalto/furto, só 4%; nos casos de violência no trânsito, só 15%. E, apesar de nem toda a circunstância associada à violência (agressões, acidentes, por exemplo) conduzir necessariamente à morte dos envolvidos, os casos de óbito revelam, *per se*, a violência levada a seu grau extremo. Por essa razão, os dados de mortalidade por causas externas têm, progressivamente, ganhado grande importância como instrumento de avaliação da situação de violência no país, principalmente com a melhoria da qualidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) nos últimos anos.

Em nosso município, uma das preocupações da equipe do Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE) é a de, justamente, qualificar as informações do Sistema de Mortalidade local. Como regra, os óbitos devido a causas externas devem ser verificados no Instituto Médico Legal (IML), através de necropsia. Embora o IML receba dados complementares sobre as circunstâncias que determinaram o óbito (tipo de acidente ou agressão), estes não costumam ser informados nas declarações de óbito (DO) preenchidas neste serviço, o que, claramente, compromete a codificação da causa básica da morte. Com o objetivo de evitar que esta subnotificação de informações nas DO comprometesse o SIM municipal, o SVE, desde o ano 2001, tem feito busca ativa das informações relativas às circunstâncias dos óbitos violentos (tipo de acidente, ou agressão, local de ocorrência, etc.) nos boletins de ocorrência policial, em notícias de jornal e com a própria Delegacia de Polícia, quando necessário. Tal estratégia tem garantido que estes óbitos não sejam classificados como mal definidos, prejudicando a análise da mortalidade municipal.

MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTE

Os acidentes de transporte (de trânsito e não de trânsito) têm constituído a principal causa de morte dentro do grupo das causas externas, tanto no município, como no estado e no

país. A incidência média de mortes da população bentogonçalvense em acidentes de transporte tem sido superior à estadual e à nacional, chamando a atenção para a problemática da segurança do trânsito no município.

No ano de 2004, entre os municípios gaúchos com população superior a 100.000 habitantes, Bento Gonçalves havia apresentado a 10ª maior incidência de mortalidade no trânsito (óbitos residentes). Em 2007, a incidência de mortes no trânsito posicionou Bento Gonçalves na 4ª posição do ranking estadual, e em 2009 na 1ª posição.

Os acidentes de transporte de trânsito têm aparecido entre as cinco primeiras causas de morte da população residente. Os homens bentogonçalvenses têm morrido cerca de 3,7 vezes mais do que as mulheres. O meio de transporte da vítima com maior proporção de mortes tem sido o veículo passeio (condutores ou passageiros de automóveis). O atropelamento de pedestre tem respondido por cerca de um quarto das mortes ocorridas em vias públicas.

Cerca de 61,9% das mortes ocorreram em vias públicas que estão localizadas dentro dos limites geográficos de Bento Gonçalves, ou seja, ocorreram no próprio município.

A rodovia do município onde os bentogonçalvenses mais têm morrido em acidentes de trânsito tem sido a RSC 470 (trecho entre Veranópolis e Carlos Barbosa).

O Manual de Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID 10), define os acidentes de transporte como todo o acidente que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, para o transporte de pessoas ou de mercadorias.

Os acidentes são responsáveis por 12% do total de mortes no planeta, sendo a terceira causa mais freqüente na faixa etária de 1 a 40 anos.

No Brasil, os acidentes de transporte vêm correspondendo a cerca de 27% de todas as mortes por causas externas. As estimativas apontam tendência crescente dessa taxa, que deverá aumentar para 40% até 2030, caso não sejam adotadas medidas preventivas efetivas.

Os acidentes de trânsito são, quase sempre, tratados como fatalidades quando, na maioria das vezes, são fruto de omissões estruturais quanto à situação das estradas e vias públicas, às condições dos veículos, à fiscalização, às imperícias, imprudências e negligências dos usuários (motoristas ou pedestres) e a inexistência de programas sistemáticos de sensibilização, educação, prevenção de riscos e de repressão aos abusos.

Soma-se a isso, o longo tempo de uso da frota (mais de doze anos), sua manutenção inadequada e à introdução da motocicleta como instrumento de trabalho. Este último fator tem resultado em elevação assustadora nas taxas de mortalidade entre seus usuários. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2003), embora representem 10% da frota nacional, as motos respondem por 19% nos custos dos acidentes de trânsito.

De acordo com o Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros (Organização dos Estados Ibero-Americanos, 2007) a evolução dos óbitos por acidentes de transporte no país permite caracterizar três grandes períodos, todos relacionados com o novo Código de Trânsito Brasileiro, instituído pela Lei nº 9.503, de setembro de 1997. No primeiro período, anterior ao novo Código, que vai de 1994 até 1997, observam-se aumentos significativos no número de mortes no país, ano a ano (salvo no ano da promulgação da nova lei). No segundo período, que se inicia em 1997 (com a nova Lei) e vai até o ano 2000, observa-se que os números diminuem sensivelmente, principalmente em 1998, quando a queda referente a 1997 foi superior a 13%. Nos anos subsequentes (1999 e 2000), as quedas foram moderadas, da ordem de 2% ao ano. A partir de 2000, ocorreram novos incrementos significativos no número de óbitos, da ordem de

4,8% ao ano.

Embora existam diversas fontes de informação sobre a violência no trânsito, ainda se verifica uma baixa abrangência dos dados. No Distrito Federal, por exemplo, só 15% dos casos de violência no trânsito são registrados pela polícia.

E, apesar de nem todos os acidentes de trânsito conduzirem necessariamente à morte dos envolvidos, os casos com morte revelam, *per se*, a violência desse problema levada a seu grau extremo.

Por essa razão, os dados de mortalidade têm grande importância como instrumento de avaliação da situação de violência no trânsito no país, principalmente com a melhoria da qualidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade nos últimos anos.

Em nosso município, uma das preocupações da equipe do Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE) é a de, justamente, qualificar as informações do Sistema de Mortalidade. Como regra, os óbitos devido a causas externas devem ser verificados no Instituto Médico Legal (IML), através de necropsia. No caso dos acidentes de transporte, o IML deveria registrar na Declaração de Óbito os dados relativos a circunstância do acidente, como, por exemplo: se o acidente foi decorrente de colisão entre veículos ou se foi conseqüente a colisão contra objeto fixo ou parado; se envolveu colisão veicular, qual o tipo de veículo da vítima e se a vítima era condutora ou passageira do veículo; se a circunstância estava associada a atropelamento de pedestre, qual o veículo causador, etc.. Entretanto, estes dados não costumam constar nas declarações de óbito preenchidas neste serviço. Habitualmente, o IML tem registrado apenas o tipo de trauma sofrido pela vítima (fratura, contusão, hemorragia, etc.), não especificando a circunstância. Com o objetivo de evitar que a subnotificação de informações do IML comprometa o Sistema de Mortalidade municipal, o SVE, desde o ano 2001, tem feito busca ativa das informações relativas aos óbitos por acidentes de transporte (tipo de acidente, local de ocorrência, situação da vítima, etc.) nos boletins de ocorrência policial, em notícias de jornal e com a própria Delegacia de Polícia, quando necessário. Tal estratégia tem garantido que estes óbitos não sejam classificados como mal definidos, prejudicando a análise da mortalidade municipal.

Os dados de mortalidade mostram a relevância deste problema sobre a Saúde Pública que, mesmo não tendo gerência direta sobre as questões de trânsito, é o setor que, literalmente, mais paga pelos altos índices de mortes e vítimas por lesões causadas pela violência no trânsito.

Embora vários países tenham desenvolvido ações ligadas à prevenção de acidentes, elas ainda são pouco eficazes.

Conforme o documento da OMS, uma das razões para as poucas respostas dadas ao problema é que ele afeta mais pessoas pobres e vulneráveis que ricas e poderosas; as primeiras, especialmente, não têm poder ou influência sobre as decisões políticas. Outra razão é a crença de que o acidente de trânsito diz respeito mais às agências de transporte do que às agências de Saúde Pública.

Atualmente, a maioria das respostas dadas aos problemas do trânsito tem focalizado – muito mais – a mudança de comportamento do que a importância da construção de um ambiente de tráfego de veículos e de pessoas seguro.

Frente a um problema com tamanho impacto e magnitude, em 2001, o Ministério da Saúde decidiu estimular o desenvolvimento e a implantação de programas destinados à prevenção dos acidentes de trânsito, a partir da ótica de promoção da saúde e da qualidade de vida.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde priorizou e vem implementando políticas voltadas para a vigilância, a prevenção e a promoção da saúde que visam à redução das lesões no trânsito e da violência e à melhoria da qualidade de vida da população. São exemplos dessa iniciativa a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências (Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/2001), a implantação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (Portaria GM/MS nº 936 de 19/05/2004) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria GM/MS nº 687 de 30/03/2006), que define a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito como uma das suas ações prioritárias para o biênio 2006-2007. Em alguns municípios do País, também, foi criado o Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito (PRMMAT).

Essa questão passou a incorporar a pauta de ações do Ministério da Saúde, inicialmente pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) e, posteriormente, pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), a partir do Repasse do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) e da inédita aplicação dos recursos desse seguro nas ações para as quais, desde seu início, foram destinados. Essa iniciativa teve amparo legal no Decreto Nº 1.017, de 23 de dezembro de 1993, que aloca 50% do valor total do prêmio do DPVAT ao Fundo Nacional de Saúde; 90% desse montante destina-se à prevenção e ao atendimento das vítimas de acidentes de trânsito e 10% ao repasse mensal para o coordenador do Sistema Nacional de Trânsito, responsável por sua aplicação exclusiva em programas de prevenção.

Os gestores do setor Saúde foram instados a elaborar e a negociar seus projetos locais, focalizando, principalmente, dois pontos: ações de capacitação para os profissionais envolvidos com o tema do trânsito, abrangendo diversas instituições e setores; e melhoria ou implantação ou integração dos sistemas de informações sobre acidentes de trânsito nos Municípios, com vistas ao monitoramento e vigilância desses eventos.

Em cinco capitais brasileiras (Goiânia, Recife, Curitiba, Belo Horizonte e São Paulo), onde têm se desenvolvido projetos destinados a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, eles têm se caracterizado pela intersectorialidade, envolvendo a articulação de órgãos municipais, como as secretarias de saúde, de educação e de transporte, universidades, mídia, Departamentos Estaduais de Trânsito (Detrans), Corpo de Bombeiros e hospitais.

Entre as ações desenvolvidas por estes programas, realizaram-se: reuniões, encontros e oficinas de trabalho com diversos objetivos (em todos os cinco Municípios); elaboração de materiais informativos e educativos, bem como, de divulgação do projeto; oficinas de capacitação; cursos e mini-cursos; seminários e fóruns; atividades de rua e passeios ciclísticos e motociclísticos, estudos de pesquisa, campanhas e espaços educativos, troca de banco de dados entre os órgãos envolvidos. Algumas destas ações dirigiram-se a grupos mais vulneráveis, como crianças, adolescentes e jovens, idosos, portadores de deficiências e consumidores de álcool e outras drogas.

As ações visando à maior conscientização do público foram realizadas em locais de maior ocorrência de acidentes de trânsito, vias de maior risco, locais de consumo de álcool e outras drogas, bairros e localidades de maior circulação de veículos e transeuntes, escolas da rede pública, *campi* universitários e terminal rodoviário-*shopping Center*.

Todos os cinco municípios apresentaram decréscimo das taxas de mortalidade por acidentes de transporte, o que mostra que é possível interferir sobre a problemática do trânsito quando há a articulação e o desenvolvimento de ações sistemáticas e integradas pelos

diferentes setores públicos e privados.

MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS

De modo geral, os coeficientes de mortalidade homicida do município têm apresentado muitas oscilações ao longo dos anos, o que é esperado para o âmbito municipal: máxima de 21,7/100.000 em 1993 e mínima de 7,2/100.000 em 2003. O coeficiente médio de mortalidade homicida do município de Bento Gonçalves resultou em 12,3 óbitos/100.000, inferior ao do Estado (17,0/100.000) e ao do país (25,3/100.000).

Em 1992, os homicídios figuraram como a 9ª causa de óbito mais importante entre os bentogonçalvenses. Em 2007 e 2008, foram a 10ª e a 11ª causa, respectivamente. Em 2008, os homicídios foram a 6ª causa de mortalidade no país, e a 10ª causa no RS. Os homicídios têm correspondido a 19,9% dos óbitos por causas externas do município - a 2ª principal causa externa de morte, ficando atrás apenas dos acidentes de transporte. Em cerca de 89,9%, as vítimas de homicídio de Bento Gonçalves foram assassinadas no próprio município (10,1% das vítimas foram assassinadas em outros municípios da Serra Gaúcha).

Entre os bairros de Bento Gonçalves que serviram como principais locais de ocorrência dos homicídios residentes destacaram-se: Municipal, Centro e Conceição.

Entre os municípios do Estado com população superior a 100.000 habitantes, Bento Gonçalves que tinha o 19º maior coeficiente de mortalidade homicida em 2004, passou para a 17ª posição em 2008.

Dos homicídios residentes, a forma de agressão mais utilizada pelos autores dos crimes foi a arma fogo (68,8%), seguida pelo uso da arma branca (13,0%). A arma de fogo também tem sido o método que predomina no país. As situações que envolveram brigas e desavenças têm representado a circunstância com maior prevalência (26,8%) dos homicídios residentes. Destaque especial, entretanto, também deve ser dado aos assassinatos passionais (13,8%) por tratarem-se do tipo de crime homicida que mais vitimiza as mulheres bentogonçalvenses. Os homens são as principais vítimas dos homicídios no município: eles morreram 6 vezes mais do que mulheres. Situação análoga é observada no Estado e no país.

As faixas etárias de 20 a 29 e 30 a 39 anos são as que apresentam as maiores incidências médias de homicídios, no município: 23,6 e 19,3 óbitos por 100.000 habitantes, respectivamente.

A discussão sobre a violência homicida é uma questão ampla e complexa. Muito embora o setor Saúde se ocupe de atender as vítimas geradas pela violência, e pague caro por esse atendimento, isso representa apenas uma das faces deste problema. Outro aspecto é que este relatório retrata apenas os casos de morte por homicídio, o que não permite retratar a real dimensão da violência em nosso município.

O que se quer dizer com isso, é que a violência não pode ser avaliada apenas pelo seu impacto sobre a Saúde Pública, principalmente se for considerado o fato de que as principais vítimas encontram-se nas camadas sociais menos favorecidas, particularmente, em nosso município.

Daí, que, idealmente, a avaliação da violência em Bento Gonçalves, deveria ser feita por uma equipe multidisciplinar, abrangendo todos os segmentos governamentais e sociais envolvidos com a questão.

MORTALIDADE POR SUICÍDIOS

Para a avaliação da mortalidade suicida, além do sistema de informações sobre mortalidade, também foram utilizados os dados do Sistema de Informações sobre Intoxicações

(SININTOX-BG) que registra os casos de tentativas de suicídio por auto-intoxicação, por outros métodos que não a intoxicação e de ideação suicida atendidos nos serviços de saúde do município.

De modo geral, os coeficientes de mortalidade suicida do município têm apresentado muitas oscilações ao longo dos anos, o que é esperado para o âmbito municipal: máxima de 21,1/100.000 em 1992 e mínima de 5,1/100.000 em 1995.

O coeficiente médio de mortalidade suicida de Bento Gonçalves (10,7/100.000) resultou superior ao do estado (9,8) e ao do país (4,4). Os suicídios têm correspondido a 18,9% dos óbitos por causas externas do município - a 3ª principal causa externa de morte. No ranking de mortalidade do município, os suicídios têm ocupado entre a quinta e a décima quinta posições. Em cerca de 32,4%, as vítimas de suicídio de Bento Gonçalves eram procedentes de outros municípios do RS (24,1% das vítimas eram bentogonçalvenses natos). Os bairros de residência com maior número de casos de suicídio foram: São Roque, Conceição, Vale dos Vinhedos e Borgo. Entre os municípios do estado com população superior a 100.000 habitantes, Bento Gonçalves tem figurado como um dos municípios detentores dos maiores coeficientes de suicídio. Neste grupo, Bento Gonçalves que tinha o 2º maior coeficiente em 2004, passou para a 4ª posição em 2005, 2ª em 2006, 4ª em 2007, 2ª em 2008, 4ª em 2009 e 1ª em 2010. Entre suicidas residentes no município, a forma de autoagressão mais utilizada foi o enforcamento (56,5%), seguido pelo uso de arma fogo. Estes dois métodos também são os que têm predominado no RS.

A mortalidade suicida no município ganha contornos ainda mais graves se também forem levados em consideração os casos de tentativa de suicídio atendidos nos serviços de saúde. Para cada suicídio residente existem 12 casos de tentativa de suicídio no município. Embora as mulheres tentem o suicídio numa razão 3,3 vezes maior do que os homens, são os homens as principais vítimas do suicídio: morrem 4,7 vezes mais homens do que mulheres devido ao suicídio. A faixa etária de 20 a 49 anos tem concentrado 65,6% dos casos de suicídio do município. A população da terceira idade tem apresentado elevadas taxas de mortalidade por suicídios.

No conjunto, estas características permitem afirmar que os suicídios são uma questão relevante para a Saúde Pública do município, devendo ser incluída na pauta de planejamento das suas ações de saúde, principalmente se for levado em consideração o grande número de tentativas de suicídio anualmente atendido nos serviços de urgência público e privado.

Neste sentido, é fundamental a articulação do Serviço de Saúde Mental (CAPS) com as Unidades Básicas de Saúde e, principalmente, com os profissionais dos serviços de urgência (Pronto Atendimento Médico público e hospitalar), a fim de desenvolver estratégias de prevenção ao suicídio e de atendimento de pessoas em risco de suicídio e seus familiares.

Em relação aos suicídios, a OMS estima que a taxa de suicídios, em todo o mundo, tenha alcançado o resultado de 14,5 óbitos por 100.000 habitantes. Os especialistas estimam que este número deva ser maior, uma vez que muitos casos de morte violenta com intenção suicida não são diagnosticados ou registrados como tal. Um acidente de carro, por exemplo, pode ser motivado pelo desejo do motorista exterminar a própria vida.

No RS, o crescimento dos suicídios tem sido na ordem de 1,9% ao ano. O coeficiente médio estadual de suicídios tem sido 2,3 vezes maior do que o nacional.

Neste sentido, existem estudos que trazem à tona a alta incidência de óbitos por suicídio no estado do Rio Grande do Sul em relação ao resto do país e, em particular, nos

municípios gaúchos de economia predominantemente agrícola. Uma das principais conclusões desse estudo foi a de que a população do meio agrícola está mais exposta a fatores de risco para o suicídio dado a situação de anomia (crise) social e econômica que interferem contundentemente sobre o modo de vida dessas pessoas encaminhando-as em direção ao suicídio.

5.6- MORTALIDADE POR CAUSAS MAL DEFINIDAS

A Vigilância Epidemiológica tem investigado todos os óbitos declarados como causa mal definida do município de Bento Gonçalves, desde 2002. A investigação pós-morte tem contribuído para encontrar problemas de saúde pré-existentes que têm sido utilizados como nexos causais da morte o que tem reduzido as taxas de mortalidade por causa mal definida para taxas inferiores a 5%, qualificando o Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Como principal resultado, foi possível determinar que em 93,5% dos óbitos inicialmente declarados como mal definidos existia, pelo menos, uma patologia de base pré-existente que poderia ter sido informada nas declarações de óbitos, no momento em que estes estavam sendo atestados. As doenças do aparelho circulatório e as causas violentas foram as que mais apareceram como nova causa de morte após a investigação pós-morte e reclassificação da causa básica. O processo de investigação de óbitos de causas mal definidas, geralmente, inicia com um contato prévio com a família (por telefone ou correspondência) seguido de entrevista preliminar com as pessoas que residiam com o falecido (autópsia verbal), pois são elas que, via de regra, encontram o corpo e conhecem o histórico de saúde do falecido. Na entrevista, a equipe do SVE apura informações sobre as circunstâncias do óbito, a existência de doenças prévias e hábitos de vida da pessoa falecida, utilização de medicamentos, realização de consultas médicas e exames laboratoriais e radiológicos, entre outros dados. A partir dessas informações, o SVE entra em contato com os profissionais e serviços de saúde que habitualmente atendiam a pessoa em vida, bem como, realiza a pesquisa em prontuários médicos (hospital, unidades de saúde), nos serviços de diagnóstico locais (laboratório e radiologia, por exemplo), registros do Instituto Médico-Legal, boletins de ocorrência da polícia e registros fotográficos e escritos da imprensa, a fim de consolidar as informações conseguidas com os familiares.

Todas as informações apuradas no processo de investigação são descritas em formulário próprio, anexado à declaração de óbito original, a fim de não alterá-la. Finalmente, as informações resgatadas relativas à existência de patologias prévias que permitem estabelecer um nexo causal de morte são codificadas e digitadas no SIM.

O impacto mais expressivo do processo de investigação pós-morte foi a redução das taxas globais de mortalidade por causas mal definidas no município de Bento Gonçalves. Sem a investigação, a taxa de óbitos mal definidos corresponderia a 8,5% do total de mortes (45,0 por 100.000). Com a investigação, essa taxa foi de apenas 0,6% (2,9 por 100.000), bem abaixo da meta proposta pelo Ministério que é 5%.

MORTALIDADE INFANTIL

O coeficiente de mortalidade infantil é tido como um dos mais sensíveis indicadores de saúde, pois reflete, não só, as condições de saúde infantil, assim como, as condições de vida de uma determinada sociedade.

No ano 2000, a Vigilância Epidemiológica, baseada nos Parâmetros de Promoção para

Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, passou a investigar os óbitos infantis residentes no município.

A VE também fez a revisão histórica dos óbitos infantis residentes e ocorridos no município anteriores ao ano 2000.

Os coeficientes de mortalidade infantil podem ser classificados em altos (50 ou mais por 1.000), médios (20-49 por mil) e baixos (menos de 20 por mil).

Em Bento Gonçalves, os maiores coeficientes de mortalidade infantil foram registrados durante a década de 90: 21,7 óbitos/1.000 nascidos vivos (NV) e de 20,3/1.000 nos anos de 1991 e 1992, respectivamente (no Gráfico 3, estes anos são indicados com uma estrela de cor preta). As menores taxas de mortalidade ocorreram nos anos 2000 (7,0/1.000) e 2012 (5,7/1.000).

No período de 23 anos, compreendidos entre 1990 a 2012, em apenas 7 o CMI municipal apresentou resultados inferiores a 10/1.000, índice almejado pela Secretaria Estadual da Saúde para o RS (no Gráfico 3, estes anos são indicados com uma estrela de cor verde).

Em comparação com a década de 90, a primeira década dos anos 2000 caracterizou-se por uma redução tanto no número de nascidos vivos (-13,5%), como no de óbitos infantis (-72,1%), o que, em conjunto, contribuiu para uma queda de 51,7% no CMI do município. O CMI médio que era de 15,4/1.000 na década de 90 passou para 10,1/1.000 na década de 00. O primeiro triênio da década de 10 aponta para um CMI de 9,7/1.000.

No país e no estado, também tem se verificado uma redução do CMI entre estas duas décadas.

No Estado do Rio Grande do Sul o CMI que, entre 1999 e 2004, vinha variando entre 15,1 a 15,9, sofreu uma importante redução, atingindo 10,7 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos no ano 2012. No Brasil, o CMI de 2012 resultou em 14,6/1.000 NV.

Muitas podem ser as causas da redução da mortalidade infantil. Estudos sobre o tema aventam a hipótese de que as melhorias na tecnologia médico-sanitária poderiam reduzir a mortalidade infantil até um nível determinado, a partir do qual avanços adicionais seriam possíveis apenas com melhorias significativas nas condições de vida da população. Neste sentido, a morte de menores de um ano é diretamente influenciada por condições de saneamento, nutrição, educação, cultura, habitação, assistência pré-natal e ao parto e acesso aos serviços de saúde. Estudo da Organização Pan-Americana de Saúde estima que para cada 10% de incremento na população adulta feminina alfabetizada nos estados brasileiros é observado um decréscimo de 21 óbitos para cada 1.000 nascimentos vivos. A educação tem sido a variável chave na obtenção de quedas consistentes na mortalidade infantil, em todos os países, devido à maior percepção, por parte das mulheres mais instruídas, no cuidado com seus filhos, possibilitando um maior acesso aos serviços de saúde. Em Bento Gonçalves, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil entre as gestantes com menos de 4 anos de escolaridade tem sido 3,6 vezes maior que as gestantes com escolaridade de 12 anos e mais.

Também tem sido inegável a interferência positiva do aprimoramento da assistência hospitalar sobre a redução da mortalidade infantil. Como exemplo, pode-se citar o uso do surfactante pulmonar em recém-nascidos prematuros e o uso de corticóides nas gestantes. Somado a isso, ampliou-se o acesso a recursos diagnósticos laboratoriais e ecográficos, durante o pré-natal, oferecidos pelos serviços de Saúde Pública, ao longo dos últimos anos, bem como, introduziu-se a Estratégia de Saúde da Família nas áreas economicamente mais

carentes do município.

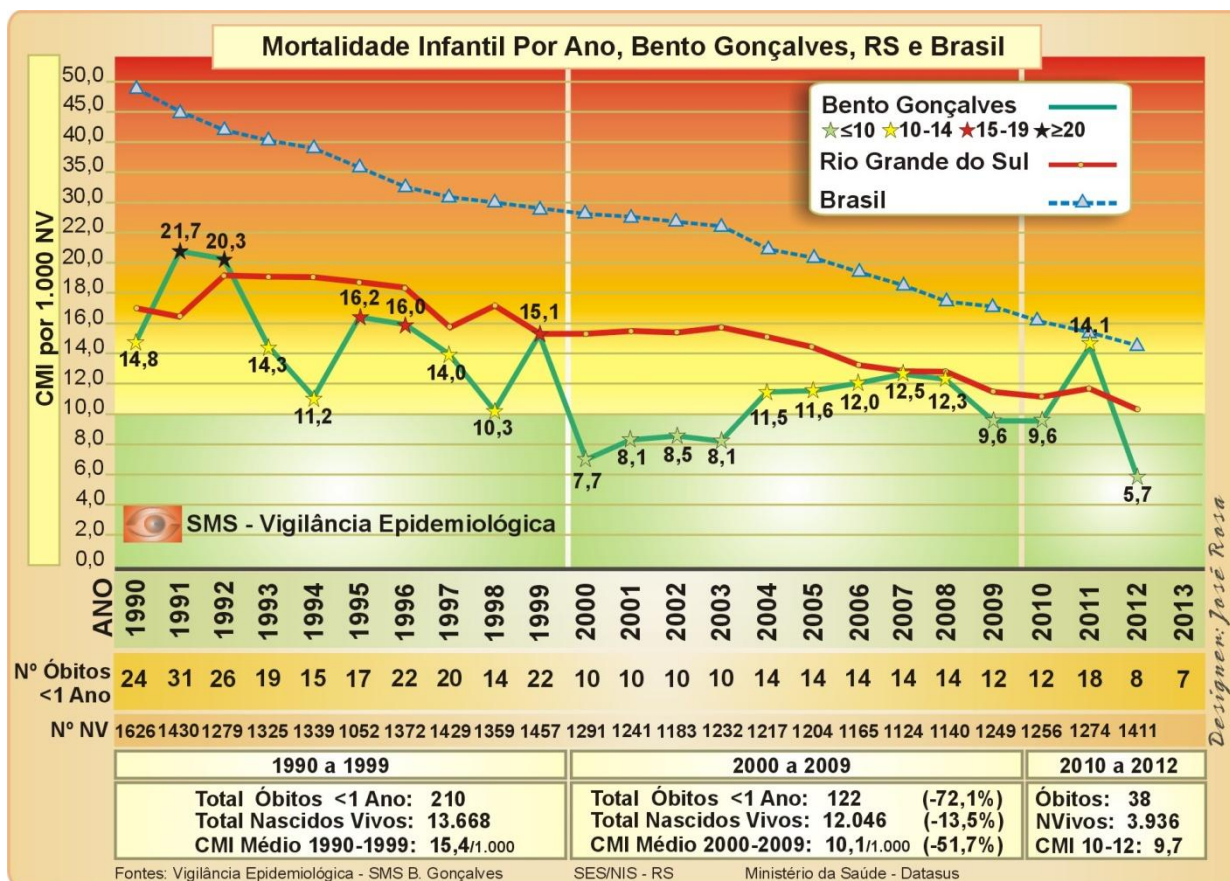
Não se pode menosprezar, também, as mudanças favoráveis na conduta das mães em relação ao cuidado direto das crianças e da própria gestação, estimuladas por ações educativas durante o pré e o pós-natal (grupo de gestantes, por exemplo). Em síntese, a redução nos coeficientes de mortalidade infantil, observados em nosso município, provavelmente seja o resultado da conjunção de fatores tecnológicos, estruturais e comportamentais. Contudo, para que os coeficientes permaneçam baixos, é necessário que esta conjuntura seja perene, e que as deficiências ainda existentes sejam sanadas.

É necessário chamar a atenção para o fato de que, por mais que se desenvolvam os recursos destinados a evitar a mortalidade infantil, existem circunstâncias consideradas inevitáveis, como algumas malformações congênitas, acidentes e violências, que podem levar à morte as crianças menores de 1 ano de idade. No ano 2002, por exemplo, dos 10 óbitos em menores de 1 ano, cinco ocorreram por causas imprevisíveis. Por essa razão, dificilmente se consegue reduzir a zero o coeficiente de mortalidade infantil em áreas onde há um grande contingente populacional.

A avaliação dos componentes de mortalidade infantil de Bento Gonçalves chama a atenção para os elevados coeficientes de mortalidade perinatal III (óbitos fetais com mais de 21 semanas de gestação e os óbitos infantis com até 6 dias de vida) e o aumento da mortalidade neonatal (óbitos menores de 28 dias). A ascensão destes componentes sugere fortemente que as prováveis causas de óbitos se encontram no período perinatal (pré-natal e parto), ou seja, são anteriores ao nascimento da criança. A avaliação das principais causas de morte infantil ratifica esta hipótese. Em média, as causas associadas ao período perinatal têm sido responsáveis por 65,0% dos óbitos infantis, atingindo um patamar de 77,8%, no ano 2000, de 80,0% no ano 2001, de 60,0% em 2002 e 90,0% em 2003.

Via de regra, as afecções perinatais estão relacionadas a problemas maternos que podem atingir o feto e o recém-nascido. A investigação dos óbitos infantis ocorridos nos anos de 2000 a 2012 demonstra que em 62,5% dos casos registrados foi detectada, ao menos, uma afecção materna com possibilidade de impacto negativo sobre a gestação, como por exemplo: hipertensão arterial materna, multiparidade, tabagismo pesado, infecção urinária, hepatite C com conseqüente insuficiência hepática, bolsa rota, tentativa de aborto, descolamento de placenta e oligodrômio.

Gráfico 3.



MORTALIDADE MATERNA

A morte materna é considerada um evento evitável em 92% dos casos. Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, UNICEF, UNPFA e o Banco Mundial, estimou que, em 2005 aproximadamente 536.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos.

Em toda a América Latina, cerca de 15 mil mulheres morrem por ano devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério. A grande maioria desses óbitos poderia ser evitada se as condições de saúde locais fossem semelhantes às dos países desenvolvidos. No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação das causas dos óbitos e o sub-registro das declarações de óbito. A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isto ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da Declaração de Óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro e a omissão do registro do óbito em cartório, freqüente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios pela existência de cemitérios irregulares ou a falta de informação da população quanto a importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania.

No Brasil, em 2006 a razão de mortalidade materna obtida a partir de óbitos declarados foi de 55 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e a razão de mortalidade materna corrigida, foi de 77 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.623 óbitos maternos.

As mortes maternas por causas obstétricas diretas vêm respondendo por cerca de dois terços desses óbitos, denotando a baixa qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar prestadas às mulheres brasileiras. A análise por grupos de causas demonstra que a hipertensão, a hemorragia, as infecções puerperais, as doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério e o aborto são as cinco principais causas de morte materna.

Em Bento Gonçalves, entre 1990 a 2012 foram contabilizados 12 óbitos maternos. No primeiro triênio da década de 10, não foram registrados óbitos no período gravídico ou puerperal. A última morte materna foi registrada em 2009, por causa da AIDS (ver Tabela 3).

Tabela 3. Mortalidade Materna por Causa CID 10 BR e Decênio, Bento Gonçalves, 1990 a 2012

Causa CID 10 BR	90 99	00 09	10 12	Total	(%)
AIDS (B24)	0	1	0	1	8,3
Mola Hidatiforme (O01.9)	0	2	0	2	16,7
Síndrome de Hellp (O14.1)	0	1	0	1	8,3
Retenção da Placenta (O72.2)	1	0	0	1	8,3
Coagulação Intravascular Disseminada (O72.3)	0	1	0	1	8,3
Infecção Puerperal (O85)	2	0	0	2	16,7
Complicações do Parto por Embolia Pulmonar (O88.8)	2	0	0	2	16,7
Complicações do Parto por Doenças Virais da Mãe (O98.5)	1	0	0	1	8,3
Doenças do Aparelho Digestivo Complicando a Gravidez (O99.6)	1	0	0	1	8,3
Total	7	5	0	12	100,0

PRINCIPAIS ANÁLISES DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – SINAN

Os dados do SINAN permitem avaliar quais são as principais doenças e agravos de interesse epidemiológico do município. Os relatórios com base nos dados do SINAN elaborados pela Vigilância Epidemiológica contém séries históricas, a partir do ano 1986. Sempre que

possível, os dados do município são comparados com os do Rio Grande do Sul e do Brasil, o que permite determinar a situação de Bento Gonçalves em relação ao nível estadual e nacional.

É importante salientar que os dados sobre os agravos de notificação, até o início dos anos 2000 eram processados exclusivamente pelo nível estadual. A partir de 2000, esta situação mudou, e o município passou a implementar as ações de notificação e investigação localmente. Com a busca ativa de agravos realizada pela equipe da Vigilância Epidemiológica junto aos principais serviços de saúde e de diagnóstico do município, muitos agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis, que, até então, estavam silenciosos, passaram a aparecer. Outros, como a tuberculose e a hanseníase, por serem agravos cujo tratamento sempre esteve vinculado à notificação dos pacientes, apresentam dados históricos mais longos.

Finalmente, em relação à AIDS e à dengue, doenças até então inexistentes no cenário gaúcho passaram a ganhar importância epidemiológica.

Em Bento Gonçalves, a varicela, as DSTs e as hepatites virais têm representado os agravos transmissíveis de maior expressão. Paralelamente, os acidentes com animais peçonhentos e os atendimentos antirrábicos têm constituído os principais agravos não transmissíveis. Esse padrão é semelhante ao encontrado no RS e no país.

TUBERCULOSE

A incidência média da tuberculose (todas as formas) no município tem sido de 32,8 casos/100.000, contra 45,0 do estado e 49,2 do país.

Apesar da redução na incidência da tuberculose (todas as formas) em Bento Gonçalves, houve um aumento da tuberculose pulmonar na ordem de 15,9%. Este fato provavelmente está relacionado a fatores como: aumento do número de casos de AIDS e de usuários de drogas no município, aumento no número de solicitações de baciloscopias (ao longo dos últimos três anos) e de contatos de pacientes tuberculosos avaliados (o que aumenta a chance de encontrar casos novos). Do total de pacientes tuberculosos diagnosticados com AIDS e etilismo 81,6% e 97,3%, respectivamente, eram do sexo masculino.

O grupo da terceira idade (60 anos e mais) tem apresentado os maiores coeficientes de incidência da doença: 73,7/100.000 habitantes. Este tem sido um padrão no Brasil e em outros países.

O alcoolismo foi o fator de risco que mais tem se sobressaído: 13,6% dos pacientes tinham história prévia de alcoolismo. A maioria dos tuberculosos alcoolistas era do sexo masculino.

No município, a taxa de pacientes tuberculosos coinfectados com o vírus HIV tem sido da ordem de 9,8%.

A proporção de cura dos pacientes no município vinha caindo expressivamente desde 1999, alcançando o seu pior resultado em 2007 (58,3%). Paralelamente, houve um crescimento da taxa de abandono do tratamento, de 3,8% para 13,9% no mesmo período. A partir de 2008, com a mudança na equipe do Serviço de Tisiologia, houve um aumento constante no número de pacientes curados, chegando a >90,0% em 2011, ultrapassando a meta de 85,0% determinada pelo Ministério da Saúde.

Em Bento Gonçalves tem se observado que os pacientes que não curam a doença ou se recusam a aderir ao tratamento são os dependentes químicos (álcool e drogas), os presidiários

e os profissionais do sexo.

No estado e no país, a taxa de cura tem sido de 67,0% (2008) e 76,7%, respectivamente. O Ministério da Saúde tem reconhecido que um dos maiores desafios do Programa de Controle da Tuberculose é o de melhorar a informação sobre o encerramento dos casos.

Em muitos municípios do Brasil, por exemplo, vem sendo proposta a descentralização das ações de controle da doença, evidenciando a necessidade de incluir os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, e Saúde da Família como estratégia de controle da epidemia de tuberculose no país.

Neste sentido, cabe ressaltar, também, a importância da implantação da estratégia Directly Observed Therapy, Short-course (DOTS) de tratamento supervisionado (TS) através da capacitação de todas as equipes de saúde. Entre os objetivos desta estratégia encontram-se: incentivar os doentes a aderirem ao tratamento, reduzir o abandono e aumentar a cura, fazer a busca ativa de sintomáticos respiratórios e coletar amostras para a realização da baciloscopia.

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA (AIDS)

Desde o início da epidemia da SIDA na década de 80, a incidência da doença no município tem aumentado progressivamente. Nos anos 80, quando foram confirmados os três primeiros casos em Bento Gonçalves, a incidência era de apenas 1,1 caso para cada 100.000 habitantes. Nos anos 90, a incidência passou para 2,5/100.000. Com o natural crescimento da epidemia em todo o país, e com a qualificação do diagnóstico do vírus HIV e das notificações, o município viu o seu número de doentes passar de 20 casos na década de 90 para 240 casos na primeira década de 2000, o que resultou num coeficiente de 24,2 casos por 100.000 habitantes (um aumento de 882% em 10 anos). O município iniciou a década de 2010 com um coeficiente médio de 25,5 casos por 100.000 habitantes, um aumento de apenas 5,2% em relação a década anterior.

Anualmente, espera-se que 24 casos novos da SIDA sejam confirmados em Bento Gonçalves.

Os homens ainda representam o grupo com o maior número de casos e a maior incidência da doença. Na década de 90, existiam 23 homens para cada 10 mulheres com SIDA no município. Essa razão caiu para 16 homens para cada 10 mulheres na primeira década de 2000. No início da década de 2010, existiam 14 homens para cada 10 mulheres doentes, demonstrando a progressiva feminização da doença.

Os dados sugerem que a principal forma de transmissão do vírus HIV entre os bentogonçalveses tem sido através das relações sexuais (63,5% do total). Cerca de 22,6% dos doentes admitiu usar drogas.

A transmissão vertical (isto é, de mãe para filho) é a principal forma de infecção das crianças menores de 12 anos. Anualmente, um quarto dos doentes residentes (25,5%) morre em consequência das complicações associadas ao vírus HIV. Os homens morrem cerca de 3 vezes mais que as mulheres em virtude da doença.

A sobrevida média dos pacientes (entre a data do diagnóstico da infecção e a data da morte) que era de 1 ano e 10 meses (até 2007), passou para 2 anos e 8 meses, resultando num ganho de 10 meses de vida.

O coeficiente de detecção de HIV em gestantes atingiu seu maior valor em 2006 (4,3/1.000 NV), resultando numa média de 2,6/1.000 NV.

Em resumo, a análise dos dados da SIDA sugerem a necessidade de implementar e estimular estratégias voltadas a: educação e conscientização da população sobre as práticas sexuais seguras (uso de preservativos); garantir o acesso da população e a distribuição de preservativos (condons) masculinos e femininos; atendimento integral de grupos com comportamentos de risco para a infecção (por exemplo, profissionais do sexo, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens, portadores de doenças sexualmente transmissíveis); educação e conscientização da população sobre o risco de uso de drogas e as práticas seguras de uso de substâncias injetáveis e inaláveis; promover o diagnóstico e o tratamento precoces da infecção; aumentar a aderência dos doentes ao acompanhamento e tratamento da doença, bem como, de suas comorbidades.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - DST

A análise das séries históricas relativas aos dados de DST e de afecções geniturinárias de Bento Gonçalves demonstrou a existência de grande subnotificação destes agravos, especialmente, no período anterior ao ano 2000.

A partir de 2001, vários dos agravos à saúde sexual que, até então, tinham pouca ou nenhuma expressão passaram a ganhar importância no contexto epidemiológico do município. É o caso, por exemplo, do condiloma acuminado, da gonorréia, das infecções por *C. trachomatis*, por HPV e por *T. vaginalis* que aumentaram expressivamente entre 2001 a 2012.

Esta mudança no “cenário” epidemiológico das DST e das afecções urogenitais deveu-se a implementação de duas estratégias: (1) busca ativa de casos, principalmente, junto aos laudos dos exames citopatológicos realizados pelo Programa de Saúde da Mulher e aos boletins médicos do Pronto Atendimento 24 Horas da SMS; e (2) estímulo à notificação de casos pelo Laboratório da SMS, pelas Unidades Básicas de Saúde e, mais recentemente, pelo Bloco Cirúrgico da SMS que realiza as cauterizações de condilomas,

O aumento no número de notificações, sem dúvida, permitiu estabelecer, com melhor precisão, o perfil epidemiológico dos principais agravos à saúde sexual no município. Por outro lado, ele revelou também a existência de algumas lacunas no diagnóstico de determinadas doenças, bem como, na assistência (tratamento) e no seguimento dos pacientes.

Isso fica evidente quando se constata o grande número de casos notificados como “vaginose” ou “uretrite” em que não se procedeu a investigação laboratorial complementar para a definição da etiologia. Do mesmo modo, em algumas notificações de infecção por *C. trachomatis*, e, até mesmo, de sífilis adquirida, não foram informados e nem foi possível rastrear os resultados laboratoriais comprovando o agente causador da infecção, donde se supõe que o diagnóstico tenha sido apenas por avaliação clínica.

Em teoria, o diagnóstico unicamente clínico poderia não representar a real doença em curso, contribuindo para superestimar ou subestimar determinadas patologias em detrimento de outras. Tal situação também incorreria na indicação inadequada da conduta terapêutica para os pacientes.

Um aspecto interessante da análise de dados foi a constatação de que o Pronto Atendimento 24 Horas da SMS foi a unidade que mais notificou DST e afecções geniturinárias através de diagnóstico clínico: balanopostite e bartolinite (100,0% dos casos), cancro mole (71,4%), gonorréia (74,3%), úlcera genital (82,6%), uretrites não especificadas (84,8%) e doenças sexualmente transmissíveis não especificadas (73,7%). Isto poderia estar indicando que este serviço, bem como, os pacientes diagnosticados com úlcera genital, uretrites, vaginoses e DST não especificadas poderiam ser beneficiados com um melhor suporte

laboratorial e seguimento na rede de saúde. Também vale ressaltar que o atendimento das DST e das afecções urogenitais, a rigor, deveria ser feito nas Unidades Básicas de Saúde, ou referenciadas ao Serviço de DST/AIDS, e não no Pronto Atendimento 24 Horas que foi uma das unidades que mais notificou casos.

A análise dos dados também demonstrou que 27,5% dos pacientes têm, pelo menos, duas notificações da mesma DST ou afecção geniturinária. A inexistência de informações a respeito do acompanhamento destes pacientes e de indicação de tratamento, não permite dar certeza se a segunda ou terceira notificação referem-se, ou não, a uma “recidiva” da doença, principalmente nos casos de infecção por *G. vaginalis* e *Candida* (e mesmo sífilis ou HPV) em mulheres, o que poderia representar um achado normal (isto é, sem quadro clínico) da flora vaginal.

HEPATITES VIRAIS

O atendimento das hepatites virais vinha sendo realizado pela equipe da Vigilância Epidemiológica até 2006, quando os pacientes portadores do vírus da hepatite B e C e seus contatos passou a ser responsabilidade da equipe do SAE/CTA da Secretaria Municipal da Saúde. Neste serviço, os pacientes são acompanhados por uma equipe especializada que conta com infectologista e, mais recentemente, com gastroenterologista.

O processo de investigação de hepatite B e C, além dos pacientes índices, inclui a anamnese dos seus contatos (sexuais e domiciliares). O objetivo é o determinar se os contatos também estão contaminados e, a partir daí, fazer as orientações sobre a prevenção da transmissão e a vacinação profilática quando necessária.

Nos últimos, tem aumentado o número de pacientes com triagem sorológica com o teste de PCR (Polymerase Chain Reaction) para hepatite C. Da mesma forma, tem ocorrido uma melhora no acesso e disponibilização do tratamento antiviral para as hepatites B e C.

A análise dos dados das hepatites virais reforça a importância da educação e conscientização da população sobre as práticas sexuais seguras (uso de preservativos) e sobre o risco do uso de drogas; do acesso da população aos preservativos (condons) masculinos e femininos; do atendimento integral de grupos com comportamentos de risco para a infecção; e da promoção do diagnóstico e do tratamento precoces da infecção.

HEPATITE B EM BENTO GONÇALVES

O Serviço de Vigilância Epidemiológica tem registrado cerca de 42 casos novos de hepatite B por ano. Esse número vem diminuindo nos últimos anos, provavelmente como consequência da vacinação ostensiva contra a hepatite em todo o município.

A incidência média municipal tem sido de 41,5 casos por 100.000 habitantes, muito superior a nacional e a estadual: 4,5 e 9,1 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

A incidência é relativamente maior no grupo feminino, em parte, em consequência da triagem sorológica de rotina para a hepatite B das gestantes durante o pré-natal (realização do HBsAg), o que aumenta a probabilidade de encontrar casos de infecção pelo HBV neste grupo.

O HBsAg sozinho foi o critério utilizado para diagnosticar 90,6% dos casos de hepatite B.

O provável mecanismo de infecção mais relatado pelos pacientes tem sido a realização de procedimentos cirúrgicos ou odontológicos (26,8%), isso não significa, necessariamente, que esta foi a única situação de risco (ou a situação determinante) para a infecção. Em cerca de 22,4% dos pacientes havia história de contato intradomiciliar prévio com doente de hepatite B. A transmissão sexual apareceu em 17,0% dos infectados. As gestantes

responderam por 21,2% de todas as notificações. O exame de HBsAg foi incluído na rotina do pré-natal, em Bento Gonçalves, desde 1999, a partir de uma norma técnica definida pelo SVE, no âmbito municipal para o pré-natal qualificado.

Como se sabe, o vírus da hepatite B pode ser transmitido da mãe para o feto. Assim, a fim de prevenir a infecção do recém-nascido de mãe HBsAg positiva, o SVE, juntamente com a Coordenação de Imunizações, disponibiliza a imunoglobulina e vacinação precoce dos bebês antes da alta hospitalar.

Neste aspecto, vale lembrar que a partir de junho de 2006, a Coordenação de Imunizações passou a disponibilizar a vacina contra a hepatite B para o Centro Obstétrico do Hospital Tacchini, a fim de que a primeira dose do esquema vacinal seja aplicada em todos os recém-nascidos antes da alta hospitalar (independentemente da situação sorológica da mãe).

Também foi disponibilizada a vacinação de rotina contra a hepatite B para: pacientes de hemodiálise e renais crônicos (em parceria com a equipe do setor de hemodiálise do Hospital Tacchini), diabéticos, hemofílicos, doadores regulares de sangue, profissionais de saúde, de segurança, do sexo, da área da beleza (barbeiros, cabeleireiros, manicures), da limpeza, candidatos a transplantes de órgãos, usuários de drogas, portadores do HIV, encarcerados (no presídio local) e para todas as pessoas com menos de 50 anos. No final de 2009, implementou-se a vacinação de gestantes, a partir do primeiro trimestre de gravidez.

HEPATITE C EM BENTO GONÇALVES

O Serviço de Vigilância Epidemiológica tem registrado um número médio anual de 26 casos novos ano. Este número tem aumentado ao longo dos últimos anos. Em regra, dois exames deveriam ser utilizados para o diagnóstico confirmatório da hepatite C: o anti-HCV e o PCR (Polymerase Chain Reaction). Isso, porque o anti-HCV permanece positivo por longo tempo, e não permite distinguir a infecção pregressa da infecção recente. O ideal seria realizar exames de PCR em todos os pacientes com reagência para o anti-HCV, a fim de descartar os casos falso-positivos (isto é, sem infecção ativa). Apesar disso, o Ministério da Saúde tem permitido que as equipes de vigilância epidemiológica notifiquem como “hepatite C” os pacientes que apresentem, em qualquer momento da vida, soropositividade para o anti-HCV. Assim, os indivíduos anti-HCV positivos são contabilizados como caso de hepatite C, mesmo sem a realização do PCR.

Considerando que a pesquisa de anti-HCV detecta 60% dos pacientes com hepatite C aguda, e mais de 95% dos pacientes com hepatite C crônica, é bem provável que na estatística do município existam pacientes notificados (somente com o anti-HCV-positivo, sem PCR) que não estejam realmente infectados, aumentando, artificialmente, o número de casos.

Para Bento Gonçalves, a incidência média anual de hepatite C tem sido de 25,6 casos por 100.000 habitantes (variação: 2,3 a 38,1). Segundo dados do SINAN, no estado e no país, a incidência média tem sido de 16,7 e 5,8 casos por 100.000 habitantes.

Em 54,1% dos casos, o critério diagnóstico utilizado foi o PCR. Existem pelo menos seis tipos diferentes de genótipo e mais de 90 subtipos de HCV, cuja distribuição varia geograficamente.

Em Bento Gonçalves, foi possível identificar o genótipo do HCV em 42,3%. O genótipo do tipo 3 tem respondido por 21,3% dos casos, seguido pelo genótipo 1 (19,3%).

Em 3,3% dos pacientes infectados pelo HCV, constatou-se a coinfeção com o vírus da hepatite B. Cerca de 13,5% dos doentes também apresentam a síndrome da imunodeficiência adquirida.

Entre os pacientes de Bento Gonçalves, 34,5% afirmaram ter usado algum tipo de droga ilícita em algum momento da vida, sendo este o fator de risco que mais se destacou. Entretanto, se forem consideradas as estimativas do Center for Disease Control and Prevention (CDC), que afirmam que atualmente 60% dos casos de transmissão do HCV devem-se a transmissão por uso de drogas, há uma grande subestimação dessa forma de transmissão em nosso município. A proporção de casos cujo provável mecanismo de infecção foi considerado como ignorado, caiu de 29,7% para 16,6%.

ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

Os acidentes com animais peçonhentos representam o agravo não transmissível com o maior número de notificações no município.

Apesar da sua grande relevância epidemiológica, até o ano 2001, este agravo tinha pouca expressão no município de Bento Gonçalves, devido a pequena quantidade de casos notificados. Além disso, as informações sobre estes casos eram de baixa qualidade, principalmente, em relação ao quadro clínico do paciente e a identificação do animal causador do acidente, cuja descrição, feita pelas equipes de atendimento, quase sempre, era muito sumária, sem detalhes sobre o gênero ou a espécie dos mesmos. Nos acidentes com larvas de Lepidópteros, por exemplo, em que não se fazia o uso de soro antilonômico, os animais eram descritos como “lagarta urticante”, “lagarta não-*Lonomia*”, taturana, ou, simplesmente, “lagarta ignorada”. Nos acidentes ofídicos, em que não se fazia o uso de soro antibotrópico, a descrição das serpentes resumia-se a “serpente não peçonhenta”, ou “serpente ignorada”, pressupondo que a serpente causadora do acidente não era do gênero *Bothrops*. Esta situação inviabilizava qualquer inferência sobre o tema no município.

Uma das estratégias para reduzir a subnotificação dos casos de acidentes peçonhentos foi a realização da busca ativa de agravos em um dos principais serviços de urgência pública do município que, anualmente, tem prestado mais de 100.000 atendimentos à população. Paralelamente à busca ativa, foi solicitado a todos os serviços de saúde do município que, sempre que os pacientes envolvidos em acidentes peçonhentos capturassem e trouxessem o animal causador do acidente até o local do atendimento, enviassem o animal para o SVE, a fim de que fosse feito o registro e a identificação do mesmo. Progressivamente, a equipe do SVE passou a receber uma diversidade cada vez maior de exemplares de animais, não só dos serviços de saúde, mas, também, da comunidade em geral (população, escolas, Corpo de Bombeiros, EMATER, etc.), o que gerou a necessidade de capacitar e qualificar a equipe sobre o assunto.

Neste sentido, foi, e tem sido, fundamental o apoio técnico do Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul (CIT-RS), bem como, do Serpentário e do Laboratório de Lepidópteros da Universidade de Caxias do Sul (UCS). Estas instituições colaboraram para o aperfeiçoamento da equipe do SVE oferecendo treinamento específico e ajudando a identificar os animais peçonhentos capturados no município e região.

O primeiro resultado dessas ações foi a redução da subnotificação dos acidentes com animais peçonhentos no município. A média anual que era de 70 de casos notificados passou para 488, mostrando a relevância deste agravo.

A qualificação das informações permitiu a equipe da VE traçar um perfil mais fidedigno dos acidentes peçonhentos atendidos no município, bem como, contribuiu para a identificação da fauna peçonhenta de interesse epidemiológico local e da microrregião e transformou a VE do município na referência para a identificação de animais peçonhentos. Até hoje foram

encontradas os seguintes gêneros e espécies de animais peçonhentos causadores de acidentes: 1) Aranhas: Caranguejeira, *Loxosceles*, *Lycosa*, *Phoneutria*, *Cheiracanthium* e *Corinnidae*; 2) Taturanas: *Automeris*, Lagarta de Fogo (*Podalia*), *Leucanella*, *Lonomia*, *Dirphia muscosa*, Fuligem (*Uriens*), *Periga*, *Hyperchiria*, *Dirphia dolosa*; 3) Abelhas e Vespas; 4) Escorpiões: *Bothriurus bonariensis*, *Tityus costatus* e *Urophonius*; 5) Serpentes: *Bothrops jararaca* e *neuwiedii*, Colubrídeos: *Clelia*, *Philodryas*, *Tomodon*, *Sybinomorphus newiedii*, *Waglerophis merremii* e Jibóia; 6) Outros animais: Lacaia e *Hylesia* sp.

Com base na catalogação dos animais identificados, a equipe da VE confeccionou material didático (cartazes) com fotos dos animais peçonhentos e descrição da conduta terapêutica que foram enviados para diversas instituições (Educação, Saúde, Agricultura, EMATER, etc.).

Além disso, foram implementadas ações voltadas para a educação dos profissionais de saúde e da população em geral, como, por exemplo: alertas epidemiológicos e reportagens nos meios de comunicação; realização de treinamentos sobre a identificação e prevenção dos acidentes peçonhentos; e parcerias técnicas com a UCS e o CIT-RS.

PRINCIPAIS ANÁLISES DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS

Os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos permitem avaliar quais são as principais características relacionadas ao parto e ao pré-natal no município. Os relatórios sobre nascidos vivos elaborados pela Vigilância Epidemiológica contém séries históricas, a partir do ano 1992. Os dados do município são comparados com os do Rio Grande do Sul e do Brasil, sempre que possível, o que permite determinar a situação de Bento Gonçalves em relação ao nível estadual e nacional.

Até 2007, o número de nascimentos vivos vinha sofrendo uma redução progressiva. Essa tendência reverteu, passando a crescer entre 2008 a 2012. A taxa de natalidade do município que era de 16,9 em 1992, diminuiu para 10,8 em 2007 (menor taxa), voltando a crescer para 12,9 em 2012.

A taxa de gestantes (SUS e Não SUS) com 7 ou mais consultas de pré-natal que era inferior a 60% na década de 90, aumentou para cerca de 84% em 2012. No SUS, as gestantes bentogonçalveses com 7 ou mais consultas de pré-natal passou de 49,8% em 2002 para 78,0% em 2012. No RS e no Brasil, essa taxa atingiu 71,1% em 2012 e 61,3% em 2011, respectivamente (ambas com tendência de aumento).

A despeito de uma maior proporção de gestantes estar realizando 7 ou mais consultas de pré-natal, a proporção de recém-nascidos com baixo peso e prematuros tem aumentado ao longo dos anos.

A taxa de recém-nascidos baixo peso (<2500 gramas) de Bento Gonçalves que era de 6,7% em 1994 aumentou para 13,1% em 2007, caindo para 9,0 em 2012. Essa taxa está acima dos 6% recomendado pela Secretaria Estadual da Saúde. No RS, os bebês de baixo peso também têm aumentado, chegando a 9,6% do total de partos do estado.

A prematuridade (<37 semanas) que era de 6,0% em 1994, aumentou para 12,1% em 2012. No RS, também se observa uma tendência de crescimento de bebês prematuros, chegando a 12,0% em 2012.

Esse aumento de prematuros e baixos pesos pode estar associado a qualidade do pré-natal, por exemplo, diagnóstico e tratamento não oportuno e não realizado de problemas gestacionais (por exemplo, infecções maternas, pré-eclâmpsia) que levam à evolução para partos prematuros.

Outro aspecto está relacionado ao expressivo aumento de partos cesarianas no

município que passou de 38,6% em 1992 para 66,4% em 2012. No SUS, a proporção de cesarianas tem sido de 45%, contra 90% nas gestantes Não SUS. Tendência de aumento nas cesarianas também tem sido verificada no RS, chegando a 62% em 2012 e no país (53,7% em 2011).

A Organização Mundial da Saúde recomenda uma taxa de cesariana de apenas 15%. Como regra, a cesariana estaria indicada para situações de risco que poderiam prejudicar o feto, caso fosse realizado o parto via vaginal. Vários estudos têm tentado explicar a “epidemia” de cesarianas no país, apontando a preferência dos médicos (e pacientes) por este tipo de procedimento, seja pela sua “praticidade” (não necessitam ficar acompanhando as gestantes por longos períodos durante o trabalho de parto), “comodidade” (podem agendar o parto para o dia que lhes seja favorável) e econômicos (ganham mais dos convênios na realização de cesarianas do que pelo parto vaginal).

Presumindo que a programação de partos cesarianas eletivos (sem indicação absoluta) baseia-se na interpretação das ecografias obstétricas ou na data da última menstruação e que estas podem levar a erros de avaliação na idade gestacional do feto, é possível que a taxa de bebês prematuros e baixo peso possam ser consequência de cesarianas eletivas com superestimação da idade gestacional. Os dados do SINASC demonstram que do total de recém-nascidos prematuros do município, 71,5% haviam nascido por parto cesariana.

Se admitirmos que o parto cesariana foi realizado respeitando as indicações absolutas (ie, mulheres com alguma situação de risco), isso significaria admitir que a grande maioria das gestantes do município teria apresentado alguma intercorrência gestacional não diagnosticada ou não tratada adequada e oportunamente. Por essa razão, um aumento na taxa de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal (como a observada em nosso município) não representaria, necessariamente, num pré-natal de melhor qualidade.

5.7- ELABORAÇÃO DE ESTUDOS, PESQUISAS E RELATÓRIOS EM EPIDEMIOLOGIA

É atribuição do Serviço de Vigilância Epidemiológica a realização de análises da situação de saúde do município, bem como, a avaliação de ações programáticas de saúde e a construção de indicadores de saúde (coeficientes e taxas de incidência e prevalência, estatísticas vitais e de saúde, coberturas vacinais) com o objetivo de fornecer dados técnicos para a fundamentação e o planejamento das ações de saúde pública. O Serviço de Vigilância Epidemiológica participa regularmente de congressos e conferências apresentando e divulgando estudos e pesquisas na área de epidemiologia e saúde.

Até 2013, a Vigilância Epidemiológica apresentou artigos e pôsteres nas seguintes publicações e congressos:

- Intoxicações Agudas no Município de Bento Gonçalves, no VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 2003;
- Redução das Taxas de Mortalidade por Causas Mal Definidas, na 3ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi), em 2003;
- Fauna Peçonhenta do Município de Bento Gonçalves, no 3º Encontro Nacional de Acidentes com Animais Peçonhentos, em 2004;
- Redução da Subnotificação de Acidentes com Animais Peçonhentos, na 7ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças

(Expoepi), em 2007;

- Estratégias para Reduzir a Subnotificação de DST em Bento Gonçalves, no I Congresso Sulbrasileiro de DST, em 2009;
- Epidemiologia das Intoxicações Agudas Causadas por Álcool Etílico em Bento Gonçalves, no XX Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas, em 2009;
- Epidemiologia das Intoxicações Agudas Causadas por Drogas Ilícitas em Bento Gonçalves, no XX Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas, em 2009;
- Perfil das Hepatites Virais e da SIDA e Uso de Drogas Ilícitas em Bento Gonçalves, no XX Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas, em 2009;
- Vigilância das Intoxicações Medicamentosas em Um Município da Serra Gaúcha, no XVIII Congresso Brasileiro de Toxicologia, em 2013;
- Intoxicações Alimentares e a Vigilância em Saúde, no XVIII Congresso Brasileiro de Toxicologia, em 2013;
- Redução das Taxas de Mortalidade por Causas Mal Definidas em Um Município da Serra Gaúcha, 2002-2011, na 13ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi), em 2013.

ASSESSORIA E SUPORTE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DEMAIS INSTITUIÇÕES

O Serviço de Vigilância Epidemiológica fornece subsídios, propõe ações e realiza parcerias técnicas com todos os serviços de saúde e demais instituições governamentais e não governamentais de âmbito municipal, estadual e federal.

TREINAMENTOS E CAPACITAÇÕES

O Serviço de Vigilância Epidemiológica realiza e participa de programas de treinamento em serviço dentro do âmbito de suas ações. Durante o ano, o SVE realiza encontros e reuniões de orientação, aperfeiçoamento e atualização dos profissionais de saúde e para a comunidade em geral. Os temas abordados pela equipe de Vigilância Epidemiológica incluem: imunizações, identificação e tratamento dos acidentes com animais peçonhentos, diagnóstico e tratamento de doenças transmissíveis, por exemplo.

6 – ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica é regulamentada pela Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011 e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

É desenvolvida por meio de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes e tem como fundamentos e diretrizes:

I - ter território adstrito , de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações sobre condicionantes e determinantes da saúde das coletividades ;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde;

III - adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização e garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - Coordenar as ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

A Atenção básica contribui para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde e tem como funções:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção;

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das.

Como proposta de organização da atenção básica o Município de Bento Gonçalves opta pela incorporação da Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante da atenção básica e nesta proposta implanta as unidades de saúde mais próximas ao local de moradia das pessoas com vinculação populacional e a responsabilidade pelo território.

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada no município em 1999, com três equipes: Municipal, Zatt e Vila Nova. Em 2004 foi ampliado para as unidades: Eucaliptos, Conceição, Aparecida, Barracão e Ouro Verde. No ano de 2009, adesão da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde no bairro Pomarosa, e em 2010 inclusão da Unidade de Pinto Bandeira na ESF (desvinculado do município em 2012, por emancipação). Em 2011, implantou-se as unidades de Saúde da Família Licorsul e Progresso II, e em 2012, a unidade Santa Marta.

Hoje o município conta com 11 equipes de Estratégia de Saúde da Família, Aparecida, Barracão, Conceição, Eucaliptos, Licorsul Municipal, Progresso II, Ouro Verde, Vila Nova, Santa Marta e Zatt; alcançando 33,49% de cobertura, especialmente nas áreas de maior risco, qualificando e humanizando a atenção dispensada à população adscrita e 10 unidades de saúde no modelo tradicional que são a UBS Rural 15 da Graciema, UBS Rural Faria Lemos, UBS Rural São Pedro, São Roque, UBS Rural São Valentim, UBS Rural Tuiuty, UBS Maria Goretti, UBS Santa Helena, UBS Zona Sul e UBS Central; garantindo um processo de trabalho integrado aos demais níveis de atenção do sistema de saúde, continuidade e qualidade da atenção, articuladas aos demais setores da sociedade. A cobertura por Atenção Básica no município em 2012 foi de 50,09% . O município também conta com um centro de especialidade no pré-natal e pediatria de alto risco que é o Centro de Referência Materno-Infantil.

Com objetivo de implementar ações multiprofissionais e transdisciplinares nas ESFs, de forma sistematizada, qualificando e humanizando o atendimento, priorizando abordagens coletivas e de mobilização comunitária para melhoria da qualidade de vida, no ano de 2008 foi implantado um NASF modalidade I (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que está vinculado à 8 unidades de Estratégia de Saúde da Família: Aparecida, Barracão, Conceição, Eucaliptos, Municipal, Ouro Verde, Vila Nova e Zatt. Atualmente a equipe é composta por uma nutricionista, duas psicólogas, uma fisioterapeuta, um educador físico e uma terapeuta ocupacional, totalizando 200 horas conforme preconizado pela portaria GM nº 154 de 24/01/2008.

As atividades do NASF são sistemáticas e programadas, os profissionais transitam um turno semanal em cada unidade de forma que mantem vínculo com as equipes de referência, dando continuidade longitudinal aos trabalhos desenvolvidos através de cronograma previamente elaborado para aquela população.

Em 2011, objetivando ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde de acordo com às necessidades da população visando subsidiar a tomada de decisões, garantindo transparência dos processos de gestão com vistas aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social focando o sistema de saúde no usuário, o município aderiu ao PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). Nesse momento foram homologadas 10 equipes que contratualizaram ações para a melhoria dos

processos de trabalho a partir de padrões e indicadores de qualidade. No resultado final da avaliação externa do 1º ciclo nosso município recebeu conceito muito acima da média em 5 unidades e acima da média nas outras 5 unidades. Este ano está ocorrendo o 2º ciclo do programa, onde foram recontratualizadas 10 unidades de ESF, adesão de mais uma unidade e do NASF.

Em conformidade com o objetivo geral da Atenção Básica foram definidas três diretrizes que se desdobram em objetivos específicos, metas e indicadores, assim como os prazos nos quais se planeja realizá-los.

A primeira diretriz é a **Consolidação do modelo de Atenção Básica à Saúde como porta de entrada no SUS**, buscando criar condições necessárias para as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços consolidando o modelo de Atenção Básica à Saúde como porta de entrada no SUS.

A **gestão do cuidado integral do usuário e coordenação do conjunto da rede de atenção** é nossa segunda diretriz. Esta busca medidas para garantir o acesso a serviços de qualidade com equidade, resolutividade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde mediante aprimoramento à política de Atenção Básica, para isso de acordo com as necessidades da população faz-se necessário desenvolver relações de vínculo e responsabilizações entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado.

Como terceira diretriz temos a **Fixação do profissional do SUS com estratégias de educação permanente e qualificação salarial**, com intuito de valorizar os profissionais de saúde por meio de estímulo e acompanhamento constante de sua formação, capacitação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação. Neste espaço também se lança propostas para a qualificação salarial dos profissionais que fazem parte de programas específicos como o ESF e equipes que participam do PMAQ.

EIXO ESTRUTURANTE

Eixo: Ações Estratégicas para a Atenção Básica						
Objetivo Geral	Expandir e consolidar o modelo de Atenção em Saúde que preconize a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do SUS, qualificando a Atenção Primária, fortalecendo a rede integrada de serviços de saúde.					
Primeira Diretriz	Consolidação do modelo de Atenção Básica à Saúde como porta de entrada no SUS					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
	Converter a UBS Santa Helena para ESF	Unidade convertida	Unidade convertida			
	Abertura das unidades Cohab e Fenavinho	Número de equipes implantadas	2 novas equipes implantadas			
	Construção das unidades Arco-	Número de novas equipes	Início das obras	Obras concluídas		

Aumentar a cobertura populacional estimada pelas Equipes de Atenção Básica	iris e Tancredo I e II e Panorâmico	implantadas				
	Remapeamento e quando necessário remodelar territórios	100% do território adequado até 2015				
	Adquirir novo veículo para as equipes de ESF de modo à atender as demandas existentes	1 carro para visitas	1	1	1	1
Aumentar a capacidade resolutiva do NASF	Implantar 1 equipe de Nasf II	NASFII implantado	1 Nasf II			
	Aumentar as atividades grupais	Aumento de 10% ao ano	10% ao ano	10% ao ano	10% ao ano	10% ao ano
Ampliar o número de equipes de saúde com PMAQ	Ampliar o número de equipes aderidas ao PMAQ	Percentual de unidades aderidas ao programa	5% US	60% US	65% US	70% US
Estruturar as unidades visando ampliação da oferta de serviços	Reformar a UBS Zona Sul e a ESF Licorsul	Unidades reformadas	Início reforma	Reforma	Conclusão	
Descentralizar as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo	Capacitar os novos profissionais de nível superior das unidades de saúde na Abordagem Mínima ao Tabagismo	100% dos profissionais novos capacitados	100%	100%	100%	100%
	Ofertar nas unidades de saúde tratamento em	100% das unidades de saúde ofertando	40%	60%	80%	100%

	grupo e individual ao tabagista	tratamento ao tabagista				
Promover manutenção preventiva e adequações físicas necessárias nas Unidades de Saúde	Estabelecer cronograma de manutenção preventiva às unidades até 2015	100% das unidades com serviço de manutenção preventiva	100%	100%	100%	100%
Estabelecer Padronização visual conforme Guia MS	Padronização visual	100% US padronizadas	15 US	5 US	4 US	4 US

Segunda Diretriz	Gestão do cuidado integral do usuário e coordenação do conjunto da rede de atenção.					
Disponibilizar dados para subsídio de ações de maneira mais ágil	Implantação do e-SUS	100% das US com e-SUS	100%	100%	100%	100%
Ampliar o acesso, acolhimento e qualidade do Pré-natal, atenção à criança e saúde da mulher.	Implantar protocolos assistências de Enfermagem em Pré-natal conforme as diretrizes da Rede Cegonha	Protocolos implantados	1	1	1	1
	Implantar protocolos assistências de Enfermagem em prevenção do câncer de mama e colo	Protocolos implantados	1	1	1	1
	Implantar protocolos assistências de Enfermagem em puericultura	Protocolos implantados	1	1	1	1

Facilitar o acesso à marcação de consultas e diminuir o número de faltosos à exames e consultas especializadas	Avaliar a possibilidade de implantar centrais de agendamento descentralizadas e tele-agendamento	Centrais de agendamento e tele-agendamento implantadas				
Expandir o telessaúde incorporando novas tecnologias, aumentando a cobertura de teleconsultorias	Garantir que todas as unidades de ESF utilizem o telessaúde	100% das unidades	100%	100%	100%	100%
Melhorar o acompanhamento dos processos de trabalho, aprimorando a assistência prestada à população	Avaliar a possibilidade de implantação de Gerências Distritais na Atenção Básica	Gerências Distritais implantadas				
Garantir reuniões de equipe às unidades de saúde	Estabelecer 2h semanais para reuniões de equipe à todas as unidades	100% das unidades com horário para reuniões	60%	80%	100%	100%
Garantir a participação dos profissionais do Nasf nas reuniões de equipe das unidades	Reorganizar o processo de trabalho de modos que o NASF possa participar da reunião	Uma reunião por mês em cada equipe de referência	1	1	1	1
Implantar o Programa de Saúde do Homem	Implantar o Programa de Saúde do Homem	Programa Implantado	Estudar viabilidade			

Terceira Diretriz	Fixação do profissional do SUS com estratégias de educação permanente e qualificação salarial
--------------------------	--

Manter e aprimorar o AMAQ/PMAQ instituindo-o como rotina nas US objetivando identificação dos problemas e formulação de estratégias de intervenção	Implantar rotina de autoavaliação anual em todas as unidades de saúde	100% das unidades com processo de autoavaliação instituído	50%	75%	100%
Acolher e qualificar as demandas dos profissionais da Atenção Básica no que se refere às dificuldades na gestão do cuidado colaborando na resolutividade das necessidades específicas	Implantar e qualificar ações de matriciamento, em diferentes áreas da saúde, garantindo que este serviço seja ofertado à todas as unidades de saúde	100% das unidades de saúde com matriciamento implantado	50%	75%	100%
Qualificar o atendimento prestado pelo NASF	Promover capacitações periódicas específicas aos profissionais do Nasf	Realização de capacitação semestral específica ao Nasf	2	2	2
Qualificar a assistência ao Pré-natal implementando ações para promoção à saúde e redução de intercorrências e complicações	Realizar capacitação aos profissionais de nível superior para o atendimento das intercorrências psiquiátricas na gestação	100% dos profissionais capacitados	50%	100%	100%
Qualificação do trabalho e qualificação do atendimento	Realizar módulos do Introdutório para os agentes comunitários de saúde	100% dos ACS com curso Introdutório			

Aprimorar estratégias de acolhimento e avaliação de risco	Realizar módulos de capacitações para os profissionais para utilização dos protocolos de Manchester e Humaniza-SUS, e atendimento a urgência/emergência	100% dos profissionais capacitados até 2016			
Qualificar o processo de trabalho dos trabalhadores do SUS	Realizar módulos anuais do Introdutório da Estratégia de Saúde da Família	100% dos profissionais da ESF com curso introdutório			
Adquirir e disponibilizar materiais de apoio dos programas e ações do MS	Garantir pacote mínimo de materiais de apoio para todas as unidades	100% das unidades com material			
Fixação dos profissionais na Atenção Básica	Revisar a lei para incorporar os profissionais da Odontologia e Auxiliares Técnicos de Enfermagem	Incorporação dos profissionais na lei do incentivo do ESF			
	Aumentar o valor do incentivo financeiro aos profissionais do ESF	Aumento no valor do incentivo financeiro			
	Criar projeto de lei para bonificação aos profissionais das equipes vinculadas ao PMAQ	Lei instituída			

6. 1 – AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das mortes com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Em 2007 a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100mil habitantes

(SCHMIDT, 2011).

As DCNT tem gerado elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para famílias, comunidades e sociedade em geral.

As quatro principais doenças relacionadas às DCNT, doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes, tem fatores de risco em comum que são: tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade. O enfrentamento desses fatores e o combate às iniquidades em saúde requerem ações coletivas, baseadas em estratégias populacionais, que têm como objetivo a redução da prevalência, da incidência e dos custos relacionados às DCNT. As ações de promoção da saúde são custo-efetivas na prevenção das DCNT.

O setor DCNT foi criado em Bento Gonçalves em 2008 e desde então tem se direcionado, principalmente, à hipertensão e diabetes com o objetivo de prevenir e minimizar sequelas destas patologias, melhorando a qualidade e a expectativa de vida desta população.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE BENTO GONÇALVES

Coefficiente de mortalidade (por 100.00mil habitantes) Bento Gonçalves por grupo de causas selecionadas - 2006-2011

Eixo: Ações Estratégicas para Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)						
Objetivo Geral		Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde na atenção aos portadores de doenças crônicas.				
Primeira Diretriz			DCNT			
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano.	Incentivo ao auto-cuidado relacionado a hábitos de vida saudável	Taxa de mortalidade prematura por DCNT				
Aumentar a prevalência de atividade física no lazer.	Implantar 10 academias de saúde e implementar com equipamentos de academia ao ar livre até 2015. Implantar, no mínimo, 2 academias da	Nº academias implantadas 12	5	5	1	1

	saúde na região rural até 2017.					
Definir e implementar protocolos das DCNT	Revisão anual do protocolo de Diabetes. Implantação do protocolo de HAS e risco cardiovascular em 2014 com revisões anuais.	Número de protocolos implantados 1				
Reduzir em 2% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) em adultos acima 20 anos	Implantar protocolo de IAM na rede de atenção básica, de urgência e emergência	Proporção de óbitos nas internações por IAM em adultos acima 20 anos.				
Disponibilizar materiais de apoio para grupos de Diabetes e Hipertensão	Entregar, no mínimo, 2 materiais de apoio/ano.	Nº de materiais de apoio 2				
Avaliar a possibilidade de implantação de inquérito telefônico para acompanhamento de pacientes com diagnóstico de diabetes e hipertensão						
Fornecer educação continuada à Diabéticos e Hipertensos na rede de atenção básica.	Realização de, no mínimo, um (1) grupo de educação continuada mensal para Diabéticos e Hipertensos por unidade de	Nº de grupos 22				

	saúde.					
Informar a população sobre sinais e sintomas e fatores de risco na prevenção de tumores.	Ofertar conhecimento através do site da Prefeitura de Bento Gonçalves e mídia escrita local	Nº de informativos divulgados.				
Realizar controle das glicemias capilares dos pacientes insulino dependentes com glicosímetro cedido pela SMS	Entregar relatório mensal das glicemias capilares aos pacientes insulino dependentes com glicosímetro oferecido pela SMS .	100% dos pacientes que forem mensalmente retirar fitas reagentes na farmácia da unidade central				

CENTRO DE REFERENCIA MATERNO INFANTIL - CRMI

O centro de Referência Materno Infantil atende uma população específica da cidade de Bento Gonçalves: mulheres, mães, gestantes e crianças de 0 a 2 anos de idade que apresentam alguma ordem de risco. É composto de dois setores principais: ginecologia/obstetrícia e pediatria. O CRMI recebe seus usuários através dos encaminhamentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde, demanda espontânea e pelo Hospital Tacchini quando as gestantes ou a criança estiver dentro de algum dos critérios predeterminados, como: malformação congênita, peso abaixo do percentil 10 da carteira de saúde, síndromes e internações hospitalares no primeiro ano de vida etc. (para pediatria), gestação tardia ou precoce, toxemia gravídica, neoplasias na gravidez, nódulo palpável de mama, DST etc. (para gineco-obstetrícia). As atividades desenvolvidas no CRMI vão além de uma atenção secundária, atuamos na prevenção, promoção e reabilitação. Os profissionais de diferentes especialidades atuam e participam do Estudo de Caso que ocorre quinzenalmente (ginecologia/obstetrícia x pediatria), participam do Grupo de Gestante, Programa de Atendimento e Pesquisa à Jovem Mãe e Programa Jovem Consciente entre outras.

O Programa Jovem Consciente, no ano de 2009, desenvolveu o Projeto de Orientação Sexual em sete Escolas Estaduais, com a participação de 1.329 alunos; e em nove Escolas Municipais, com a participação de 2.176 e todas as escolas realizaram alguma articulação com a unidade básica de saúde seja no planejamento do projeto e/ou na execução de uma atividade/palestra específica.

6.2 – ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

O Serviço de Nutrição tem como responsabilidade a coordenação das Políticas de Alimentação e Nutrição (SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Acompanhamento das Condicionalidades do Bolsa Família na Saúde e PNSF - Programa Nacional de Suplementação de Ferro).

Também compõe as equipes do Programa Saúde na Escola, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Espaço de Saúde do Idoso, CRMI – Centro de Referência Materno Infantil, CAPSI – Centro de Atendimento Psicossocial Infantil, SAE/CTA – Serviço de Atendimento Especializado/ Centro de Testagem Rápida, SAD – Serviço de Apoio Domiciliar e Unidades Básicas de Saúde (exceto unidades do interior e UBS Maria Goretti).

As Unidades de Saúde que não contam com nutricionista na equipe encaminham os pacientes para atendimento na Unidade de Saúde Central, e são realizados atendimentos individuais e em grupo. O quadro de profissionais atualmente inclui 5 nutricionistas.

Eixo: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional						
Objetivo Geral			Fazer o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população do município, coordenando um conjunto de ações de saúde em todas fases do ciclo de vida.			
Primeira Diretriz			Avaliação nutricional e consumo alimentar			
Objetivos específicos	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Monitoramento da situação nutricional das crianças de 0 a 2 anos e bimestral de 2 a 5 anos	Pesagem mensal para crianças de 0 a 2 anos e bimestral de 2 a 5 anos	Total de crianças matriculadas com avaliação/total de crianças matriculadas	90%	90%	90%	90%
Monitoramento da situação nutricional das crianças que frequentam	Pesagem das crianças de 0 a 84 meses em toda oportunidade	Total de crianças avaliadas no trimestre/ total de crianças de 0-84 meses cadastradas	80%	80%	80%	80%

Unidades de Saúde na idade de 0 a 84 meses	na US	no GEMUS				
Monitoramento da situação alimentar e nutricional das gestantes	Aplicação do questionário SISVAN em toda oportunidade na US	Total de gestantes que responderam ao questionário/número de gestantes cadastradas no PHPNN (anual)	50%	52%	54%	56%
Monitoramento da situação alimentar e nutricional das crianças no 1º mês, 4º mês, 6º mês, 12º ou 13º mês	Aplicação do questionário SISVAN em toda oportunidade na US, Visita ACS (Visita-bebê)	Total de crianças que responderam ao questionário em cada faixa etária/nº total de crianças < de 24 meses cadastradas no GEMUS	80%	80%	80%	80%
Monitoramento da situação alimentar e nutricional dos idosos	Avaliar a possibilidade de implantar processo	Questionários implantados	x	x	x	x
Qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica, reforçando e incentivando a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças < de dois anos	Realizar oficinas de trabalho da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil nas Unidades de Saúde	Número de Unidades que realizaram oficina	100%	100%	100%	100%
Garantir o desenvolvimento de ações com para promover, proteger e	Realizar acompanhamento das Unidades de Saúde, após realização da oficina de	Número de visitas de acompanhamento realizadas	100%	100%	100%	100%

apoiar a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável	trabalho, para garantir o cumprimento das ações planejadas					
Aprimorar a qualidade na coleta das informações que geram os diagnósticos alimentares e nutricionais, através de auditoria semestral de amostra dos registros	Monitorar 05% das informações de pesagem (amostragem) via GEMUS	Registros monitorados	Monitoramento realizado	Monitoramento realizado	Monitoramento realizado	Monitoramento realizado
Melhorar a qualidade da informação do Programa Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	1 capacitação anual para ACS e técnicos enfermagem	Nº de capacitações/1	Capacitação realizada	Capacitação realizada	Capacitação realizada	Capacitação realizada
Divulgar periodicamente as informações provenientes do estado nutricional, amamentação e consumo alimentar das pessoas acompanhadas pela saúde.	Relatórios trimestrais para US e gestores	Nº de relatórios encaminhados /4	100%	100%	100%	100%

Eixo: Condicionalidades de Saúde Programa Bolsa Família

Objetivo Geral			Combater a fome, pobreza e promover a segurança alimentar e nutricional. Oferecer acesso a rede de serviços públicos (saúde, educação, segurança alimentar e assistência social).			
Primeira Diretriz			Acompanhamento das condicionalidades da saúde			
Objetivos Específicos	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Estimular e monitorar o acompanhamento das famílias beneficiárias	Realizar acompanhamento dos beneficiários com perfil saúde (crianças menores de 7 anos, mulheres em idade reprodutiva, gestantes e nutrízes)	Nº de famílias com perfil saúde acompanhadas/ Nº de famílias com perfil saúde	50%	70%	80%	82%
Realizar capacitação para os profissionais envolvidos através da educação permanente	1 capacitação anual	Nº de capacitações/ 1	Capacitação realizada	Capacitação realizada	Capacitação realizada	Capacitação realizada
Divulgar periodicamente as informações provenientes do acompanhamento, aos gestores e ao comitê gestor intersetorial do bolsa família	2 relatórios anuais	Nº de relatórios encaminhados aos gestores/2	Relatório entregue	Relatório entregue	Relatório entregue	Relatório entregue

Eixo: Programa Nacional de Suplementação de Ferro						
Objetivo Geral		Reduzir a prevalência de Anemia por Deficiência de Ferro em crianças de 6 a 18 meses, gestantes e mulheres no pós-parto.				
Primeira Diretriz		Distribuição de suplementação de ferro				
Objetivos específicos	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017

Reduzir a prevalência de anemia	Distribuir doses de sulfato ferroso para crianças de 6 a 18 meses	Nº de doses/nº de crianças	x	x	x	x
	Distribuir doses de sulfato ferroso e ácido fólico para gestantes	Nº de doses/nº de gestantes	x	x	x	x
	Distribuir doses de sulfato ferroso para mulheres pós parto e pós aborto	Nº de doses/nº de mulheres pós parto e pós aborto	x	x	x	x
Divulgar periodicamente as informações provenientes da distribuição destes medicamentos aos gestores	1 relatório anual	Nº de relatórios encaminhados aos gestores/1	Relatório entregue	Relatório entregue	Relatório entregue	Relatório entregue

6.3- SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Conforme o Estatuto da Criança e do adolescente – ECA, toda a criança e adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais e públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Também cita que é assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Com a finalidade de garantir os direitos desta faixa etária, o setor Saúde da Criança e adolescente foi criado em 2009 com a função de gerir ações em saúde voltadas a criança e ao

adolescente, tendo como eixos estruturantes o crescimento e desenvolvimento saudáveis, a redução da morbi mortalidade e a saúde sexual e reprodutiva saudáveis para o adolescente amparado nas políticas de atenção integral a saúde da criança e do adolescente.

Em 2010 o Programa acompanha bebê inicia em duas unidades, realizando teste piloto (Santa Helena e CRMI). Em outubro agregou-se ao piloto a Unidade Central e realizado capacitação de todas as equipes para o programa. Em novembro de 2010 inicia em todas as unidades de Saúde. O Programa baseia-se na busca ativa de recém-nascidos ainda no hospital, agendamento da primeira consulta de puericultura e de puerpério e orientações globais. Tem a finalidade de agregar a criança à sua Unidade de Saúde e fazer o monitoramento do atendimento necessário a criança menor de um ano.

O Programa Visita Bebê, Visita Criança promove a qualificação da visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde, foi implantado em outubro de 2010 após treinamento de todos os agentes comunitários do município. Este programa trabalha com a qualificação da visita domiciliar onde o ACS tem um formulário padronizado com todas as intervenções e observações que deverá fazer para a família no cuidado à criança por mês de vida da criança, atentando para orientações e observações no que se referem ao desenvolvimento infantil, imunizações próprias para cada idade e a avaliação do crescimento com registros de peso e altura. O formulário permite também os registros necessários para o SISVAN WEB, e o envio do registro para o setor de nutrição. As equipes de ESF e do NASF utilizam-se deste registro individual para acompanhamento das crianças e a avaliação das necessidades individuais e coletivas.

O Programa Saúde na Escola tem início em 2011 com quatro escolas e duas unidades de saúde. Em 2012 foram 19 escolas municipais e estaduais com ações desenvolvidas pelas equipes de Estratégia Saúde da Família. A partir de 2013 as escolas infantis iniciam a participação no programa, totalizando 30 escolas que desenvolvem ações da saúde do escolar. O PSE é composto pelos componentes: I referente a avaliação clínica (peso, estatura, IMC, score Z, avaliação da acuidade visual, auditiva, avaliação bucal, da pressão arterial), componente II alusiva a atividades educativas (vigilância alimentar, alimentação saudável, prevenção ao uso de drogas, cultura da paz, promoção da saúde sexual e reprodutiva) e o componente III que é desenvolvido com capacitações aos profissionais que atuam com os estudantes (saúde e educação).

Eixo 1: Puericultura e redução da mortalidade infantil						
Objetivo Geral	Acompanhamento da criança até 2 anos, avaliação e encaminhamento ao CRMI dos RNs de risco, garantia quanto a realização da triagem neonatal e das consultas de puericultura com ênfase no crescimento e desenvolvimento.					
Primeira Diretriz	Implementação da Rede cegonha e ações referentes a puericultura					
Objetivo Específico	Ações	Indicador	2014	2015	2016	2017
Promover e incentivar o aleitamento	Capacitar as UBS e ESF para a	Número de unidades capacitadas/ Nº total de unidades	11 unidades de saúde capacitada	Manter	Manter	Manter

materno exclusivo até os 6 meses e complementar até os dois anos	Estratégia amamenta e alimenta Brasil		s			
		Taxa de aleitamento materno exclusivo	35%	36%	37%	38%
Identificar os recém nascidos e crianças com fatores de risco para morbi mortalidade infantil e indicar o acompanhamento prioritário para essa parcela da população.	Captar RNs pelo SUS e encaminhar à unidade de referência com finalidade de acompanhar crescimento e desenvolvimento	RNs do SUS captados pelo programa acompanha bebê/Nº nascimentos pelo SUS	95%	95%	95%	95%
	Identificar e encaminhar as crianças de risco e egressas de UTI ao CRMI	Crianças de risco captadas e encaminhadas ao CRMI/ Nº crianças de alto risco (calculados pela prevalência) ¹	35%	35%	35%	35%
	Oferta de 1ª consulta ao recém nascido até 10º dia de vida e proposta de atendimento mínimo para todas as crianças menores de 2 anos	Nº de crianças com 1ª consulta em até 10 dias/ Nº de crianças nascidas pelo SUS	75%	80%	85%	90%
		Nº de crianças com 7 consultas no 1º ano de vida/ Nº de nascidos pelo SUS	60%	65%	70%	75%
		Nº de crianças com duas consultas no 2º ano	30%	40%	50%	60%
	Implantar consulta de enfermagem ao RN na primeira consulta	Consulta de enfermagem implantada	-	-	-	-
Garantia de Triagem Neonatal para crianças do	Realizar teste de pezinho para crianças SUS, com incentivo a	Nº de coletas de teste do Pezinho de crianças SUS/ Nº de nascidos	100%	100%	100%	100%

SUS com o devido encaminhamento dos casos alterados	realização do 3º ao 5º dias de vida;	pelo SUS				
Propôr ações para redução da mortalidade infantil para < 9.8% ao ano	Garantir a realização do Teste da Orelhinha para todas as crianças SUS;	Nº de Teste da Orelhinha de crianças SUS realizados/ Nº de nascidos pelo SUS	80%	85%	90%	95%
	Encaminhamento das crianças de risco ao CRMI;	Crianças de risco captadas e encaminhadas ao CRMI/ Nº crianças de alto risco (calculados pela prevalência)	35%	35%	35%	35%
	Encaminhamento de relatório trimestral às US das crianças faltosas à puericultura	Nº de relatórios enviados/ 4	4	4	4	4
	Reativar do Comitê de Mortalidade infantil para discussão de problemas e proposição de soluções;	Comitê reativado	-	-	-	-
	Investigar os óbitos infantis e fetais e propor ações	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	91%	91%	91%	91%
	Reduzir a taxa de incidência de sífilis congênita através da revisão do protocolo de atendimento nos casos de Sífilis Congênita com equipe médica	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	0	0	0	0
Reduzir a	Teste de HIV (laboratorial + teste rápido) nas gestantes e nos	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos/ Nº de	0	0	0	0

incidência de AIDS em menores de 5 anos para 0% ao ano	Rns (carga viral)	nascidos				
	Acompanhamento das gestantes e Rns nos serviços especializados	Acompanhament o	-	-	-	-
	Busca ativa dos faltosos	Manter busca ativa	-	-	-	-
	Inclusão de RN e mãe HIV no Projeto Nascer (fórmula infantil + antiretroviral) ainda no hospital	-	-	-	-	-
Aplicação de Palivizumabe em crianças com critérios	Seguir protocolo para fornecimento e aplicação em crianças internadas em UTI	Número de crianças que receberam a imunoglobulina	100% das crianças com indicação	100% das crianças com indicaçã o	100% das crianças com indicaçã o	100% das crianças com indicaçã o
	Manter fluxograma para aplicação no Ambulatório Central (Caxias do Sul) em crianças com indicação					
Acompanhament o dos egressos de internação com agendamento de consulta de retorno para crianças até 12 anos hospitalizadas	Construir projeto para acompanhamento das crianças ate 12 anos egressos de internação para reduzir reinternações	Projeto construído	-	-	-	-
Notificar os casos de violência suspeita ou comprovada atendidos nas unidades de saúde	Capacitar os serviços que atendem crianças e adolescentes para a notificação adequada dos casos;	1 capacitação a cada 2 anos	-	x	-	x
Estruturar serviço para atendimento das	Viabilidade de estruturação de um serviço de	Viabilidade avaliada	-	-	-	-

crianças e adolescentes em situação de violência	referência para crianças em situação de violência					
Capacitações relacionadas a criança/adolescentes	Capacitar equipes para puericultura, AIDPI	Número de capacitações realizadas	x	x	x	x
	Teste do pezinho (patologias, coleta, armazenamento, encaminhamento...)		-	x	-	x
Eixo 2: Saúde do Adolescente						
Objetivo Geral	Garantir acesso do adolescente aos serviços de saúde da rede municipal com atenção para suas necessidades. Formar jovens com diferentes capacidades para atividades de educação em saúde					
Primeira diretriz	Atenção à saúde do adolescente com ênfase nas atividades preventivas					
Desenvolver protocolo de atendimento do adolescente	Estabelecer diretriz de garantia de atendimento aos adolescentes seguido pelos profissionais da rede (unidades e PA 24 h)	Protocolo implantado	Manter	Manter	Manter	Manter
Aumentar a distribuição das cadernetas dos adolescentes	Capacitação quanto ao uso da caderneta do adolescente para diferentes profissionais (professores, enfermeiros, dentistas, NASF...)	Capacitação realizada	x	-	-	-
	Estabelecer parceria com as escolas da rede privada para a distribuição da caderneta	Nº de escolas parceiras/ Nº de escolas da rede privadas	-	-	-	-
	Estimular a Cultura da Paz e prevenção das violências		x	x	x	x

Ações de promoção à Saúde Adolescente	Sensibilização para conhecimento e atitude de saúde sexual e reprodutiva	Oficinas realizadas	x	x	x	x
	Aumentar o número de escolas capacitadas sobre os temas do SPE	Nº de escolas capacitadas/ Nº de escolas PSE	-	-	-	-
	Criar grupo de multiplicadores para fins de educação em saúde (DST/ AIDS, planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva, prevenção ao uso de drogas)	Grupo de multiplicadores criado	-	-	-	-

- 1- Utilizado os seguintes critérios para cálculo de prevalência de crianças alto risco: Rn com peso < 2500 g; Malformação congênita; Duração da gestação < 37 semanas; Idade materna < 19 anos; Apgar no 5º minuto < 7.

6. 4 – SAÚDE DA MULHER

A área técnica de Saúde da Mulher, segundo o que preconiza o Ministério da Saúde, é responsável pelas ações de assistência ao pré-natal, redução da mortalidade feminina, enfrentamento da violência contra a mulher, planejamento familiar entre outros.

No município de Bento Gonçalves, o Programa de Saúde da Mulher tem concentrado esforços em atividades e estratégias relativas a 4 principais eixos, abaixo sistematizados:

1. Acompanhamento pré-natal e redução da mortalidade materna, através do cadastro e acompanhamento das gestantes no SISPRENATAL (DATASUS) e da adesão e implementação das ações da Rede Cegonha;
2. Planejamento Familiar através da promoção do aconselhamento sobre métodos contraceptivos e encaminhamento para procedimentos de LT e vasectomia; suprimento de métodos contraceptivos na rede e participação em programas de prevenção (PSE/SPE);
3. Enfrentamento da violência contra a mulher, com participação ativa nas instâncias de controle social, como Conselho dos Direitos da Mulher (COMDIM) e Coordenadoria da Mulher; incentivo e participação na organização e implementação do fluxo de atendimento à mulher vítima de violência;

4. Redução da mortalidade na população feminina, com foco na prevenção e promoção do atendimento ao câncer de colo de útero e mama, através do rastreamento por citopatológico e mamografia, respectivamente, envolvendo encaminhamento, monitoramento do fluxo de exames e acesso a tratamento através do SISCOLO e SISMAMA(DATASUS);

Dados diagnósticos e epidemiológicos levantados a respeito dos indicadores desses 4 eixos apontam para a necessidade de:

1. Revisão geral no pré-natal do município, buscando ampliar a captação precoce (<120 dias de IG) das gestantes para pré-natal, que atualmente é de cerca de 60% (2012/SISPRENATAL); ampliar o número de consultas de pré-natal visando assegurar o mínimo de 7 consultas com puerpério para cada gestante (em 2012 cerca de 64% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL realizaram 7 consultas); qualificar a assistência pré-natal de baixo e alto risco através de protocolos municipais e ampliação do acesso a exames específicos; implementar estratégias de acordo com investigações sobre mortalidade infantil e materna (embora a mortalidade materna no município em 2012 tenha sido 0, no que se refere à mortalidade infantil, os índices de morte perinatal são maiores do que nas outras faixas, indicando problemas relativos ao pré-natal); incentivar o parto normal, que responde por cerca de 38% dos partos em 2012 (Epidemiologia BG).

2. Atualização do protocolo do Programa de Planejamento Familiar para uniformizar a conduta quanto ao aconselhamento e encaminhamento aos métodos contraceptivos, ampliando o acesso aos MAC em geral, inclusive DIU, vasectomia e laqueadura tubária; ampliar e aperfeiçoar o trabalho de prevenção da gravidez indesejada entre adolescentes com ações do PSE nas escolas, visando reduzir as taxas de gravidez na adolescência que em 2012 foi de 11%.

3. Participação em ações relativas ao enfrentamento da violência contra a mulher;

4. Detecção precoce do câncer de mama, que ocupa o terceiro lugar em causa de morte na população feminina em Bento Gonçalves, somente atrás das doenças cérebro e cardiovasculares, respondendo por 4,9% das mortes entre 1992-2009. Entre as neoplasias em mulheres, o câncer de mama é responsável por 21 mortes por 100.00 habitantes entre os anos de 2008-2010 (Núcleo de Epidemiologia BG); e detecção do câncer de colo de útero, ampliando o rastreamento desse dois tipos de câncer na população com exames de mamografia e citopatológico de colo de útero.

Tendo em vista esses levantamentos, apresenta-se abaixo as diretrizes e metas sistematizadas conforme os eixos de atuação:

Eixo 1: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA	
Objetivo Geral	PRESTAR ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE QUALIDADE VISANDO A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL NO MUNICÍPIO
Primeira Diretriz	Implementação da Rede Cegonha desenvolvendo as ações pactuadas nos componentes de pré-natal e as ligadas ao puerpério

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Reorganizar e qualificar a assistência pré-natal e puerperal através da implantação da Rede Cegonha	Fazer adesão a Rede Cegonha e manter em funcionamento o Grupo condutor deste programa para planejamento e execução das ações relativas ao pré-natal, puerpério e saúde da criança	Número de reuniões realizadas	Mínimo de 10 reuniões	Mínimo de 6 reuniões	Mínimo de 6 reuniões	Mínimo de 6 reuniões
Ampliar a captação das gestantes para início do pré-natal antes de 120 dias de idade gestacional	Oferecer teste rápido de gravidez nas unidades de saúde e realizar monitoramento das mulheres em idade fértil pelas equipes de ESF	Proporção de gestantes captadas antes de 120 dias de IG no SISPRENATAL	65% das cadastradas no sisprenatal	70% das cadastradas no sisprenatal	75% das cadastradas no sisprenatal dependendo da ampliação das equipes de saúde da família	80% das cadastradas no sisprenatal dependendo da ampliação das equipes de saúde da família
Qualificar a assistência pré-natal	Construir protocolo municipal de assistência pré-natal com ampliação de consultas e exames	Protocolo construído e divulgado nas Unidades de Saúde	Construção, divulgação e capacitação dos profissionais das unidades de saúde no protocolo	Implementação e monitoramento do protocolo	Avaliação e atualização do protocolo	Monitoramento do protocolo atualizado
Aumentar a proporção de nascidos	Implementação do protocolo municipal de Assistência Pré-natal	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais	60% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL	65% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL	70% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL	75% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL ¹

¹ Para cálculo do SISPACTO (conf.. resolução 2013) é utilizado como meio de verificação do

vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal,	acrescentando consultas de enfermagem	consultas de pré-natal por gestantes	AL		AL	
Investigar mortalidade e materna e infantil neonatal	Manter Comitê de investigação da mortalidade materna e infantil concentrado esforços de intervenção de acordo com as evidências	Número de reuniões realizadas	Mínimo de 6 reuniões no ano	Mínimo de 6 reuniões no ano	Mínimo de 6 reuniões no ano	Mínimo de 6 reuniões no ano
Prevenir sífilis congênita realizando teste de sífilis nas gestantes usuárias do SUS	Oferecimento do teste rápido de sífilis nas unidades de saúde	Proporção de gestantes com 2 exames de VDRL durante o pré-natal	60% de gestantes cadastradas no SISPRENATAL com 2 exames de VDRL	65% de gestantes cadastradas no SISPRENATAL com 2 exames de VDRL	70% de gestantes cadastradas no SISPRENATAL com 2 exames de VDRL	75% de gestantes cadastradas no SISPRENATAL com 2 exames de VDRL
Estimular o parto normal	Estabelecer discussões e formalizar compromissos com os diferentes atores envolvidos na assistência ao parto e com a população (hospital, UBSs, CRMI e pacientes/famílias)	Aumento da proporção de parto normal em relação ao total de partos	5% a mais que o ano anterior	5% a mais que o ano anterior	5% a mais que o ano anterior	5% a mais que o ano anterior
Garantir acesso às	Manter no município o	Proporção de gestantes	Mínimo de 90% das	Mínimo de 90% das	Mínimo de 90% das	Mínimo de 90% das

indicador o SINASC. Opta-se aqui por utilizar o SISRENATAL pois nessa meta o foco são as gestantes do SUS.

gestantes do município ao Pré-Natal de Alto Risco qualificado	Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco viabilizando o acesso das gestantes AR a consultas em tempo oportuno e exames especializados e atendimento por equipe multiprofissional	de alto risco encaminhadas ao ambulatório de GAR no CRMI	gestantes identificadas como AR com consulta no CRMI	gestantes identificadas como AR com consulta no CRMI	gestantes identificadas como AR com consulta no CRMI	gestantes identificadas como AR com consulta no CRMI
---	--	--	--	--	--	--

Eixo 2: PLANEJAMENTO FAMILIAR						
Objetivo Geral	PROMOVER A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA VISANDO A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ PRECOCE E INDESEJADA E A CONTAMINAÇÃO POR DSTs					
Primeira Diretriz	Prevenção da gravidez indesejada e contaminação por DSTs na adolescência					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Manter a participação no Grupo Gestor Municipal do Programa Saúde na Escola/Saúde Prevenção nas Escolas	Contribuir com informações e reflexões sobre a saúde da mulher no GGM do PSE/SPE participando ativamente das ações anuais	Participação nas reuniões e eventos do PSE/SPE	80% de presença nas reuniões e eventos do PSE/SPE	80% de presença nas reuniões e eventos do PSE/SPE	80% de presença nas reuniões e eventos do PSE/SPE	80% de presença nas reuniões e eventos do PSE/SPE
Segunda Diretriz	Promover o Planejamento Familiar através da oferta e acesso aos métodos contraceptivos e aconselhamento qualificado					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Padronizar e qualificar o atendimento em Planejamento Familiar garantindo acesso ao	Criar protocolo municipal de Planejamento Familiar	Protocolo implantado	Criação do protocolo municipal e capacitação das equipes de saúde	Implantação do protocolo e encontro nas unidades para avaliação	Encontro de formação para atualização o	Encontro de formação para atualização o se necessário

aconselhament o/ consultas/MAC tanto para adultos e adolescentes						
Capacitar a rede de saúde para Aconselhament o Qualificado em Planejamento Familiar	Capacitar médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde que atuam na rede de saúde para aconselhament o e encaminhamen to aos métodos contraceptivos	Capacitações e reuniões realizadas	1 capacitação para cada grupo (enfermeiro s, médicos, técnicos de enfermage m, agentes de saúde, demais profissionai s)	1 reunião em cada Unidade de Saúde para monitoramen to e avaliação do Programa de Planejamento Familiar	1 encontro de formação para atualizaã o	1 encontro de formação para atualizaã o se necessári o
Manter a disponibilização dos métodos contraceptivos hormonais e de barreira na rede de saúde	Realizar cálculos e encaminhar compra de MAC conforme necessidade	Proporção de Unidades de saúde com disponibilida de suficiente de MAC	100%	100%	100%	100%
Realizar colocação de DIU no município	Manter Ambulatório de Procedimentos Ginecológicos com colocação de DIU	Proporção de pacientes encaminhada s para DIU da rede de saúde com acesso ao método	70%	75%	80%	85%
Garantir acesso à laqueadura tubária e vasectomia aos pacientes que desejarem o método em conformidade com a legislação vigente	Encaminhar pacientes que desejarem, para laqueadura tubária e vasectomia em hospitais conveniados	Proporção de pacientes encaminhada s para LT e vasectomia com acesso ao procediment o	50%	55%	60%	65%

Viabilizar acesso ao implante contraceptivo à populações de risco para saúde sexual e reprodutiva	Buscar recursos para compra de implantes contraceptivos e construir critérios de acesso focalizando a população de risco	Implantação do projeto	Acesso a recurso e implantação do projeto	Busca ativa de pacientes de risco para oferecimento do método	Avaliação do alcance do projeto	Avaliação do alcance do projeto
Garantir acesso às gestantes com direito, conforme legislação vigente, ao procedimento de laqueadura no parto cesariana	Oficializar fluxo de encaminhamento da laqueadura tubária no parto cesariana junto ao Hospital Tacchini	Proporção de mulheres indicadas para laqueadura no parto cesariana com acesso ao procedimento	100%	100%	100%	100%

Eixo 3: ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER						
Objetivo Geral	Participar de ações de cunho governamental e não governamental visando a redução da violência contra mulher e contribuir no atendimento de saúde da mulher vítima de violência.					
Primeira Diretriz	Prevenção e atendimento da violência contra a mulher					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Participar das instâncias de promoção e garantia dos direitos da mulher	Participar do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher e do Coordenador da Mulher	Presença em reuniões do COMDIM e Coordenador da Mulher	70%	70%	70%	70%
Trabalhar em parceria com órgãos de promoção	Realizar e participar de eventos que promovam os direitos da mulher	Participação e promoção de eventos para a comunidade	Mínimo de 2 eventos	Mínimo de 3 eventos	Mínimo de 3 eventos	Mínimo de 4 eventos

e garantia dos direitos da mulher em ações de prevenção dirigidas à comunidade	dirigidos à comunidade					
Auxiliar na construção de fluxos de atendimento de saúde para a mulher vítima de violência em qualquer idade	Promover a construção de fluxos de atendimento de saúde para a mulher vítima de violência, apoiando a criação de um serviço municipal para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência	Fluxo de atendimento implantado Serviço de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência implantado	Revisão de fluxo e apresentação de sugestões à gestão e conselho Participação e contribuição na construção do projeto do serviço de atendimento de C&A vítimas de violência	Monitoramento do fluxo de atendimento	Monitoramento do fluxo de atendimento	Monitoramento do fluxo de atendimento
Apoiar a Coordenação de Unidades de Saúde a garantir a notificação da violência doméstica, sexual e outras	Participar de ações estratégicas para ampliação do número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras	Ampliação no número de unidades de saúde com notificação de violência	Proporção conforme planejamento da Atenção Básica	Proporção conforme planejamento da Atenção Básica	Proporção conforme planejamento da Atenção Básica	Proporção conforme planejamento da Atenção Básica

	violências					
--	------------	--	--	--	--	--

Eixo 4: REDUÇÃO DA MORTALIDADE NA POPULAÇÃO FEMININA DECORRENTE DO CâNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA						
Objetivo Geral	Reduzir a mortalidade/ morbidade feminina por câncer de mama e colo de útero através de ações de rastreamento e do acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno					
Primeira Diretriz	Prevenção e acesso ao tratamento para o câncer de colo de útero					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Realizar o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero através do rastreamento populacional com exame citopatológico	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico de colo de útero a cada três anos	Razão de exames citopatológico de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária	0,54	0,56	0,58	0,60
Orientar sistematicamente as equipes de saúde quanto aos fluxos preconizados pelo Ministério da Saúde de acordo com o diagnóstico citopatológico do colo de útero	Encaminhar mensalmente cópia dos exames alterados de citologia e histologia de colo de útero às Unidades de Saúde com fluxograma do Manual de Diretrizes para prevenção e tratamento do CA de colo de útero do MS, para orientação de conduta e busca ativa de pacientes	Proporção de pacientes com alteração importante e do exame de citologia e histologia de colo de útero com seguimento informado no SISCOLO	80%	90%	100%	100%
Garantir o acesso das pacientes com lesão	Manter Ambulatório especializado no	Proporção de	70%	80%	90%	100%

de colo de útero ao atendimento médico especializado	atendimento Patologia Genital Inferior onde as mulheres tenham acesso a consulta com ginecologista e exames especializados de colposcopia e biópsia bem como pequenos procedimentos	mulheres com alteração no exame citopatológico encaminhadas para o CRMI				
Garantir acesso a pequenos procedimentos cirúrgicos para pacientes com lesões de vulva, vagina e útero	Manter Ambulatório de Procedimentos Ginecológicos e realização de procedimentos no Bloco Cirúrgico da SMS	Proporção de mulheres com indicação de procedimento ginecológico com acesso ao mesmo no bloco cirúrgico da SMS conforme critérios do referido ambulatório	100%	100%	100%	100%
Viabilizar o fluxo de exames laboratoriais de citologia e histologia de colo de útero por central de agendamento e dispensar resultados em tempo oportuno	Encaminhar exames de citologia e histologia de colo de útero aos laboratórios conveniados regulando o processo via sistemas GEMUS E SISCOLO	Proporção de exames de citologia e histologia de colo de útero encaminhados das Unidades de saúde via	100%	100%	100%	100%

		sistema GEMUS				
Monitorar a qualidade dos prestadores de serviço de exames de citologia e histologia de colo de útero	Monitorar a qualidade dos prestadores de serviço por relatório de problemas do setor e ferramentas do SISCOLO notificando o laboratório quando necessário	Monitoramento anual conforme ferramentas do SISCOLO	1 avaliação no ano	1 avaliação no ano	1 avaliação no ano	1 avaliação no ano
Garantir a qualidade das coletas de cito e histopatológico de colo de útero em padrões estabelecidos	Qualificar as coletas de citopatológico de colo de útero pelas Unidades de Saúde visando a média de 80% de representação da ZT e índices menores que 10% de inadequabilidade/inadeficiência das amostras	Proporção de representação da ZT nos exames citopatológicos de colo de útero das Unidades de Saúde e proporção da adequabilidade das amostras	60% (ZT) Até 20% (inadequadas)	70% (ZT) Até 15% (inadequadas)	75% (ZT) Até 10% (inadequadas)	80% (ZT) Até 10% (inadequadas)
Garantir o fluxo das informações sobre pacientes e exames do SISCOLO para o nível estadual	Manter envio de banco de dados do SISCOLO para a SES mensalmente	Proporção de banco de dados enviados a SES no ano	100%	100%	100%	100%
Qualificar do sistema de informação	Substituir o SISCOLO pelo SISCAN WEB de acordo com orientações e prazos do MS	SISCAN WEB implantado				
Segunda Diretriz	Prevenção e acesso ao tratamento para câncer de mama					

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Realizar o diagnóstico precoce do câncer de mama através do rastreamento populacional com exame de mamografia	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população na mesma faixa etária	0,34	0,36	0,38	0,40
Manter cota de exames de mamografia e ecografia mamária de rastreamento e diagnóstica suficiente para atender a demanda populacional do município	Realizar cálculo anual de quantidade de exames de mamografia e ecografia mamária tanto de rastreamento quanto diagnóstica auxiliando a decisão da equipe de gestão da SMS na contratação dos prestadores de serviço	Demanda populacional atendida	100%	100%	100%	100%
Realizar diagnóstico precoce de câncer de mama através de rastreamento mamográfico em mulheres de 40 a 49 anos	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 40 a 49 anos a cada dois anos	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 40-49 anos e população na mesma faixa	0,15	0,20	0,30	0,40

		etária				
Realizar diagnóstico precoce de câncer de mama através de rastreamento mamográfico em mulheres pertencentes ao grupo de risco a partir dos 35 anos	Manter ou aumentar a quantidade de exames de mamografia em mulheres pertencentes ao grupo de risco a partir de 35 anos, com frequência anual, em relação aos anos anteriores	Quantidade de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de risco a partir dos 35				
Ampliar o rastreamento do CA de mama qualificando o atendimento da rede de saúde	Atualizar o Protocolo Municipal de Prevenção e Atendimento da Mama	Protocolo Municipal implantado	Atualização do protocolo da mama	Monitoramento do fluxo do novo protocolo	Avaliação do novo protocolo junto às equipes de saúde	Manutenção ou modificações no protocolo de acordo com as necessidades
Monitorar a qualidade dos prestadores de serviço de exames de mamografia e ecografia mamária	Monitorar a qualidade dos prestadores de serviço por relatório de problemas do setor e ferramentas do SISMAMA, notificando as clínicas quando necessário	Monitoramento anual conforme ferramentas do SISMAMA	1 avaliação no ano	1 avaliação no ano	1 avaliação no ano	1 avaliação no ano
Qualificar do sistema de informação	Substituir o SISMAMA pelo SISCAN WEB de acordo com orientações e prazos do MS	SISCAN WEB implantado				
Garantir acesso a atendimento/acompanhamento	Manter atendimento especializado de	Proporção de pacientes	60%	65%	70%	75%

especializado a pacientes com diagnóstico de lesões suspeitas de mama	ginecologia em Unidade de Saúde secundária para pacientes com resultado mamográfico/ecográfico BIRADS 3, nódulos e outras lesões suspeitas	com diagnóstico BIRADS 3 com atendimento no CRMI segundo módulo de seguimento do SISMAMA				
Garantir acesso a exames e pequenos procedimentos nas lesões de mama	Manter Ambulatório municipal de Procedimentos Ginecológicos para realização de PAFF, PAG e retirada de alguns tipos de nódulos mamários	Proporção de pacientes encaminhadas do CRMI para o referido ambulatório com procedimento agendado segundo GEMUS	70%	75%	80%	85%

Eixo: ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER						
Objetivo Geral	Participar de ações de cunho governamental e não governamental visando a redução da violência contra mulher e contribuir no atendimento de saúde da mulher vítima de violência.					
Primeira Diretriz	Prevenção e atendimento da violência contra a mulher					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Participar das instâncias de promoção e garantia dos direitos da mulher	Participar do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher e da Coordenadoria da Mulher	Presença em reuniões do COMDIM e Coordenadoria da Mulher	70%	70%	70%	70%

Trabalhar em parceria com órgãos de promoção e garantia dos direitos da mulher em ações de prevenção dirigidas à comunidade	Realizar e participar de eventos que promovam os direitos da mulher dirigidos à comunidade	Participação e promoção de eventos para a comunidade	Mínimo de 2 eventos	Mínimo de 3 eventos	Mínimo de 3 eventos	Mínimo de 4 eventos
Auxiliar na construção de fluxos de atendimento de saúde para a mulher vítima de violência em qualquer idade	Promover a construção de fluxos de atendimento de saúde para a mulher vítima de violência, apoiando a criação de um serviço municipal para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência	Fluxo de atendimento implantado Serviço de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência implantado	Revisão de fluxo e apresentação de sugestões à gestão e conselho Participação e contribuição na construção do projeto do serviço de atendimento de C&A vítimas de violência	Monitoramento do fluxo de atendimento	Monitoramento do fluxo de atendimento	Monitoramento do fluxo de atendimento
Apoiar a Coordenação de Unidades de Saúde a garantir a notificação da violência doméstica,	Participar de ações estratégicas para ampliação do número de unidades de saúde com serviço de	Ampliação no número de unidades de saúde com notificação de violência	Proporção conforme planejamento da Atenção Básica	Proporção conforme planejamento da Atenção Básica	Proporção conforme planejamento da Atenção Básica	Proporção conforme planejamento da Atenção Básica

sexual e outras	notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências					
-----------------	---	--	--	--	--	--

6.5 – PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

O Programa Primeira Infância Melhor está em funcionamento em Bento Gonçalves desde abril de 2003. O município foi um dos primeiros do Estado a assinar o termo de adesão na Secretaria Estadual de Saúde. O projeto piloto teve início no Bairro Maria Goretti, e o município está habilitado para 19 visitantes, sendo que no momento atua com 3 visitantes.

É composto pelo GTM (Grupo Técnico Municipal), monitoras e visitantes. O GTM é formado por um técnico de cada secretaria envolvida no programa que são Secretaria da Educação, da Habitação e Assistência Social e da Saúde, sendo essa a responsável pela coordenação do programa, as monitoras tem formação preferencialmente em pedagogia e os visitantes são estagiários do ensino superior.

Nestes dez anos o Programa Primeira Infância Melhor passou por duas avaliações orientadas pela UNESCO, recebeu visita de membros da Organização dos Estados Americanos e avaliações do Grupo Técnico Estadual.

O público-alvo do Programa são as gestantes e crianças de zero a seis, que não frequentem a escola infantil. A metodologia é baseada na ludicidade e desenvolvida através de modalidades individuais e grupais. É muito importante a participação de um responsável neste processo de desenvolvimento de trabalho, pois os visitantes são multiplicadores dos conhecimentos adquiridos nas capacitações realizadas. As crianças cadastradas são avaliadas a cada três meses afim de desenvolver o plano de atividades individual de acordo com as capacidades/habilidades de cada criança.

Eixo: Ações Estratégicas para a Atenção Primária						
Objetivo Geral			Orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que possam estimular o desenvolvimento pleno das capacidades e potencialidades de suas crianças.			
Primeira Diretriz			Expansão da Rede a primeira infância			
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Aumentar o indicador de oferta e de cobertura	Inaugurar 01 novo prédio de atendimento UPA 24H	01 unidade	01 Construção/inauguração/qualificar/habilitar			

populacional da UPA e SAMU.(urgência/emergência)	na Zona Sul					
	Instalar 01 novo espaço de Atendimento de Livre Demanda na Zona Norte	01 unidade		01 Reforma/inauguração		
	Manter e aprimorar o atendimento de 01 equipe SAMU Suporte Avançado	01 unidade	01	01	01	01
	Manter e aprimorar o atendimento 01 equipe SAMU suporte Básico	01 unidade	01	01	01	01
Instalar serviços do Programa Melhor em Casa	Trabalhar 01 equipe de saúde para atendimento do “Melhor em Casa”	01 equipe EMAD	60 internações	60 internações	60 internações	60 internações
Ampliar número de leitos de Urgência	Ampliar em 50% os leitos de Urgência e Emergência	Aumentar o de cobertura em 50%	10%	10%	15%	15%

Qualificar o atendimento pelo sistema de Cores do Ministério da Saúde	Qualificar 100% da equipe de Enfermagem: Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem	Aumento de Oferta em Educação em saúde em 100%	25%	25%	25%	25%
Ofertar à equipe médica educação Continuada e Permanente	Ofertar a 50% dos profissionais	Aumento de Oferta em Educação em saúde em 50%	10%	10%	10%	20%
Ofertar à equipe de enfermagem educação Continuada e Permanente	Ofertar a 100% dos profissionais	Aumento de Oferta em 100% em Educação em saúde	25%	25%	25%	25%
Manter, ampliar e qualificar o atendimento à Exposição de Risco Biológico	Reorganizar 05 processos de trabalho/Protocolo	Aumento de 05 protocolos de atendimento	02	01	01	01

Instituir 10 protocolos de atendimento médico Adulto e Pediátrico	Instituir 10 protocolos	Aumentar 10	02	03	02	03
Instituir 10 protocolos de atendimento em Enfermagem	Instituir 10 protocolos	Aumentar 10	02	02	02	02

Qualificação do SAMU	Aumentar o recurso destinado ao Samu	Aumentar conforme portaria	aumentar			
Ampliar a equipe do SAMU da Unidade de Suporte Básico	Aumentar a equipe da USB com inclusão de um profissional enfermeiro conforme portaria do Cofen.	Aumentar				
Ofertar Capacitação à atenção básica em urgência/emergência	Qualificar 20 unidades básicas de saúde(UBS)	20 UBS	20	20	20	20

6.6 - SAÚDE DO IDOSO

O envelhecimento populacional é uma realidade. A proporção de pessoas idosas em relação ao total da população atinge, atualmente, níveis superiores aos de qualquer outra época. Em algumas regiões do Brasil e em especial no Rio Grande do Sul, alguns municípios ultrapassam a marca de vinte por cento da população com idosos. *Esta tendência é única em nossa época, e os peritos concordam que o número de pessoas idosas sobre o total da população crescerá em todos os países, considerando-se as melhorias de qualidade de vida e a redução na taxa de natalidade (Moragas, Ricardo, Gerontologia Social - Envelhecimento e Qualidade de Vida; Paulinas 1997).*

O Rio Grande do Sul é o estado que apresenta a maior percentagem de idosos do Brasil. Porto alegre é a segunda (2ª) capital com maior número de idosos. No censo de 2010, das 10 cidades com maior número de idosos, 9 são gaúchas, sendo que 5 são da serra.

Bento Gonçalves está com quase 14.000 idosos. Segundo estudos recentes as estimativas são que para 2030, este número dobre.

Analisando esta perspectiva concluiu-se que estamos em atraso para implantação de um serviço de promoção de saúde gerontológica e qualidade de vida para que nossos idosos cheguem a uma velhice sadia. Para se observar resultados positivos, temos urgência em iniciar projetos direcionados para esta faixa etária.

Em maio de 2012 foi instituído o Setor de Saúde do Idoso. A partir daí passamos a nortear os procedimentos pela política de Atenção ao Idoso. Implementamos a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Passamos a receber as Denúncias de Suspeitas de Maus Tratos, das Unidades e ESFs, encaminhando-as para resolução.

Em agosto de 2012 inauguramos o “Espaço de Saúde do Idoso”, usando a antiga Unidade de Saúde do Bairro Progresso. O espaço ocioso, foi reformado e adaptado para uma nova proposta. Atender ao Idoso de forma integral e prevenindo possíveis agravos, incentivando-os à autonomia e independência. Os seguintes profissionais fazem parte da Equipe:

- Enfermeira;
- Técnica de Enfermagem;
- Médico Especialista em Geriatria;
- Educador físico
- Nutricionista
- Psicólogo
- Gerontólogo

São desenvolvidas as seguintes atividades: Escuta qualificada, Consultas de Enfermagem; verificação de PA, DGC, encaminhamento de exames; Consultas Clínicas e de Geriatria; Atividade Física (vários grupos com duas aulas semanais cada); Orientações com nutricionista, individuais e em grupo; Atendimento psicológico individual e em grupo; Terapia ocupacional; Grupo de Cuidadores.

Eixo: Ações Estratégicas para Saúde da Pessoa Idosa						
Objetivo Geral		As ações, relacionadas à saúde do idoso, que lhes proporcione uma maior qualidade de vida, incentivando atividades que deem autonomia, minimizando a dependência.				
Primeira Diretriz			Política de Saúde do Idoso			
Primeira Diretriz			Diretriz Nacional Diretriz 11- Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.			
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Aumentar a qualificação e fixação de profissionais para o SUS na Equipes de Atenção Básica	Implementar ações de Educação Permanente e para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB O QUE, PARA	Método de cálculo Municipal: número de ações realizadas e/ou implementadas pelo município x 100	80% - Realizar capacitações baseadas no levantamento o das necessidades dos funcionários, das coordenações e do Plano Regional da EPS.	82% - Realizar capacitações baseadas no levantamento o das necessidades dos funcionários, das coordenações e do Plano Regional da EPS.	85% - Realizar capacitações baseadas no levantamento o das necessidades dos funcionários, das coordenações e do Plano Regional da EPS.	88% - Realizar capacitações baseadas no levantamento o das necessidades dos funcionários, das coordenações e do Plano Regional da EPS.

	QUEM, QDO		Com prioridade Rede Cegonha	Com prioridade Saúde Mental	Com prioridade Urgência e Emergência	Com prioridade DANTs
Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS	Ampliar o número de pontos do Telessaúde Brasil Redes	Número absoluto de pontos implantados (2013 =11)	100% ESF Equipar os 11 iniciado em 2013	Implantar em 6 UBS	Implantar em mais 6 UBS	Implantar em todas ESF e todas UBSs
Ampliar o número de equipes de Saúde Bucal expandindo e reorganizando as atividades da Saúde Bucal de acordo com a proposta da Estratégia de Saúde da Família	Implantar 2 ESF com Saúde Bucal em 2014 e 3 ESF com Saúde Bucal em 2015	Número de unidades com Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal implantadas				
Ampliar o número de equipes aderidas ao PMAQ	Realizar adesão de 1 ESB ao Pmaq em 2014 e 2 em 2015, e adesão de 2 unidades de saúde em 2014	Percentual de unidades aderidas ao programa				
Promover manutenção preventiva e adequações físicas necessárias nas Unidades de Saúde	Estabelecer cronograma de manutenção o preventiva às unidades até 2015	100% das unidades com serviço de manutenção preventiva				
Consolidar a	Garantir que todas	100% das unidades				

Política Municipal de Atenção ao Idoso	as Unidades de Saúde estejam com a Política do Idoso Implantada até 2015	trabalhando com as diretrizes da Política do Idoso				
Avaliar a necessidade de remapeamento e quando necessário remodelar territórios	Realizar anualmente avaliação dos territórios das ESFs	100% do território adequado até 2015				
Segunda Diretriz		Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS				
Adquirir e disponibilizar materiais de apoio do desenvolvimento dos programas e ações da Estratégia da SMS	Estabelecer cronograma para envio de materiais de apoio até dezembro de 2014	100% das unidades recebendo material conforme cronograma				
Aprimorar estratégias de acolhimento e humanização no atendimento aos usuários	Realizar módulos de capacitações para os profissionais para utilização dos protocolos de Manchester e Humaniza-SUS	100% dos profissionais capacitados até 2016				
Realizar curso introdutório da Estratégia para novos	Realizar módulos anuais do Introdutório	100% dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família com curso				

funcionários das equipes		introdutório			
Implantar o e-SUS garantindo disponibilização de dados para subsídio de ações de maneira mais ágil	Implantação do e-SUS	100% das unidades com e-SUS implantado			
Adquirir novo veículo para as equipes de ESF de modo à atender as demandas existentes	Aquisição de um veículo	Veículo adquirido			
Implantar protocolos clínicos assistenciais de Enfermagem em Saúde da Mulher e atendimento à criança conforme as diretrizes da Rede Cegonha	Implantação de protocolos assistências de Enfermagem em Pré-natal, prevenção do câncer de mama e colo do útero e protocolo de peuricultura	Protocolos implantados			
Avaliar a possibilidade de implantar centrais de agendamento descentralizadas e teleagendament o facilitando o acesso e diminuindo o número de faltosos à exames e consultas especializadas	Avaliar a implantação em 2015 e implantar conforme avaliação em 2016	Centrais de agendamento e teleagendamento implantadas			
Expandir o	Garantir que	100% das unidades			

telessaúde incorporando novas tecnologias, aumentando a cobertura de teleconsultorias	todas as unidades de ESF utilizem o telessaúde				
---	--	--	--	--	--

6.7 – PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

Durante anos a odontologia esteve à margem das políticas Públicas de Saúde, com acesso difícil e limitado e tendo como principal tratamento oferecido a extração dentária.

Para mudar este quadro, em 2003 o Ministério da Saúde criou o Programa Brasil Sorridente, que constitui-se em uma série de medidas que visam garantir ações de Promoção, Prevenção e Recuperação da Saúde Bucal dos Brasileiros, fundamental para a Saúde Bucal e qualidade de vida da população.

A Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada de Brasil Sorridente foi lançado em março de 2004, reunindo uma série de ações voltadas para os cidadãos de todas as idades.

O serviço de Saúde Bucal no Município de Bento Gonçalves existe desde início da década de 80, tendo sido pioneiro na criação de Programa de Promoção e Prevenção com escolares

O Programa «Cuidado com a Sua Boca» foi criado em 1985, atingindo todas as escolas Municipais e Estaduais de Ensino Fundamental e no ano de 1995 foi criado o Programa «Dentinho Sadio- Sorriso Legal» levando estas ações para as crianças das Escolas Municipais Infantis.

Atualmente o Setor de Saúde Bucal conta com 25 equipes desenvolvendo atividades de Promoção e Proteção de Saúde Bucal, palestras educativas, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor, prevenção e controle de câncer bucal, entre outros.

No início da implantação do sistema SUS, em 1990, tínhamos apenas um Gabinete odontológico Móvel, ativado principalmente para atender os estudantes. Hoje contamos com 19 gabinetes nas Unidades de Saúde e 1 Gabinete Odontológico Portátil para atendimento dos Pacientes que estão acamados e ou tem dificuldade de locomoção. Contamos também com um Cirurgião Dentista, no Bloco cirúrgico do Pronto Atendimento para fazer biópsias e outros procedimentos invasivos.

PROPOSTA PARA A SAÚDE BUCAL

Eixo: Ações Estratégicas em Saúde Bucal para a Atenção Primária	
Objetivo Geral	Incrementar o atendimento ao usuário na Atenção primária e desenvolver ações de orientação e prevenção
Primeira Diretriz	Expansão da Rede de Atenção Primária à Saúde

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Promover ações de capacitações para os profissionais da área de Saúde Bucal de forma a auxiliar nas ações de prevenção, orientação e a tratamento aos pacientes	Realizar capacitações para todos os profissionais da área da saúde bucal	Número de capacitações realizadas	10	10	10	10
Aumentar a adesão das Gestantes no Pré natal Odontológico	Incrementar as ações dos grupos de Gestantes Incluir na caderneta de Gestante o Pré- Natal odontológico	Proporção do número de Gestantes em Pré Natal sobre o numero total de gestantes	Mínimo de 50% de adesão	Mínimo de 60% de adesão	Mínimo de 70% de adesão	Mínimo de 80% de adesão
Participar dos Grupos de Diabéticos e Hipertensos	Cirurgiões Dentistas participando dos grupos de HAS e DM	Numero de grupos realizados	38	38	38	38
Promover ações de Saúde Bucal com crianças e adolescentes de 0 a 14 anos	Equipe de saúde bucal participando de atividades com este grupo de faixa etária . Participação da equipe de saúde bucal nas campanhas de vacinação	Participação em grupos e campanhas de vacina	38	38	38	38

Ampliar a adesão das equipes de Saúde Bucal nas unidades em ESF	Implantar novas equipes ESF bucal	Número de Equipes em Saúde Bucal inseridas nos ESFs	03	03	02	02
---	-----------------------------------	---	----	----	----	----

Segunda Diretriz			Programas de Prevenção e Promoção de Saúde Bucal			
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Informar a população sobre saúde bucal	Criar materiais informativos	Números de materiais educativos	3	2	manter	manter
Ampliação e qualificação das atividades realizadas dentro das Campanhas “Cuidado com a sua Boca” e “Dentinho Sadio-Sorriso Legal”	Participar de ações do PSE	Número de palestras e capacitações	42	42	42	42
	Atividades educativas nas escolas					
Proporcionar materiais para higiene bucal para as campanhas	Fornecer escovas, cremes dentais, luvas e gazes cirúrgicas	Número de material	4/ano	4/ano	4/ano	4/ano

7 – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

7.1 – FISIOTERAPIA

O serviço Municipal de Fisioterapia em Bento Gonçalves possui seis estabelecimentos que contemplam a população com atendimento de fisioterapia. Além disso, dispõe de um local de

atendimento aos servidores públicos e também uma fisioterapeuta no NASF.

1. **CENTRO MUNICIPAL DE FISIOTERAPIA:** localizada na Rua José Mário Mônaco, 131, no Bairro Centro, realiza os atendimentos de pacientes traumato-ortopédicos tais como lesões ósseas, por acidentes automobilísticos e/ou outros; LER/DORT's, patologias correlacionadas a coluna vertebral e algumas patologias respiratórias, conta com cinco fisioterapeutas que atuam nos seguintes horários: 07:30 às 11:30 e das 13:30 às 17:30, atendendo 170 pacientes por semana. No ano de 2011 e 2012, foram recebidas 2.133 solicitações, destes foram atendidos 1.474, numa média de 50 a 55 pacientes dia, sendo realizadas aproximadamente 20 sessões por paciente.
2. **UBS SANTA HELENA:** localizada na Rua Pedro Koff, 634 no Bairro Santa Helena, realiza os atendimentos de pacientes traumato-ortopédicos tais como lesões ósseas, por acidentes automobilísticos e/ou outros; LER/DORT's, patologias correlacionadas a coluna vertebral e algumas patologias neurológicas, conta com 01 fisioterapeuta que atua nos seguintes horários: 07:30 às 11:30 e das 13:30 às 17:30 atendendo 80 pacientes por semana. Iniciou com os atendimento de fisioterapia no ano de 2011 para suprir a demanda do local no momento conta com uma lista de espera que varia de 05 a 10 pacientes e atende uma média de 16 pacientes dia, sendo realizadas aproximadamente 20 sessões por paciente.
3. **UBS SÃO ROQUE:** localizada na Rua Arlindo Franklin Barbosa, 251 no Bairro São Roque, realiza os atendimentos de pacientes traumato-ortopédicos tais como lesões ósseas, por acidentes automobilísticos e/ou outros; LER/DORT's, patologias correlacionadas a coluna vertebral e algumas patologias neurológicas, conta com duas fisioterapeutas que atuam nos seguintes horários: 07:30 às 11:30 e das 13:30 às 17:30, atendendo 60 pacientes por semana. Iniciou com os atendimento de fisioterapia no ano de 2011 para suprir a demanda do local no momento conta com uma lista de espera de 170 pacientes e atende uma média de 12 pacientes dia, sendo realizadas aproximadamente 20 sessões por paciente.
4. **ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES FÍSICOS (ADEF):** localizada na Rua Ettore Perizzolo, 199 no Bairro Progresso, realiza os atendimentos de pacientes neurológicos, conta com dois fisioterapeutas que atuam nos seguintes horários das 08:00 as 11:30 e das 13:30 as 17:30, atendendo em média 52 pacientes por semana.
5. **CENTRO MATERNO INFANTIL** – localizada na Rua Dr. Casagrande, 228, no Bairro Centro, realiza atendimentos a pacientes de 0 a 2 anos com atrasos no desenvolvimento e sequelas neurológicas.
6. **SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO – SESMT:** localizada na Rua Osvaldo Aranha, 1479 no Bairro Cidade Alta, realiza os atendimentos de fisioterapia ao colaboradores da Prefeitura Municipal, conta com um fisioterapeuta que atua nos seguintes horários 08:00 as 12:00 e da 13:00 as 17:00 atendendo 74 pacientes por semana. Iniciou com os atendimento de fisioterapia em abril de 2013 para suprir a demanda do local no momento conta com uma lista de espera de 6 pacientes e atende uma média de 20 pacientes dia, realiza ainda visitas com o Técnico de

Segurança do Trabalho, realizando as análises ergonômicas e palestras sobre alterações posturais.

<u>PLANEJAMENTO PARA 2014 -2017</u>	
OBJETIVOS:	
⤴ Reduzir a fila de espera; ⤴ Padronização dos Atendimentos (fichas, e número de procedimentos); ⤴ Realização de um cronograma anual de reuniões a partir de 2014; ⤴ Realização de Triagens para um melhor acolhimento do paciente e realização de grupos; ⤴ Valorização Profissional (equiparação salarial, favorecimento para realizar capacitações, plano de carreira).	
DIRETRIZES:	
⤴ Ampliar o número de atendimentos de pacientes por profissional; ⤴ Manter o atendimento em expansão e descentralizado; ⤴ Melhorar a área física dos locais com fisioterapia; ⤴ Agilidade na reposição e manutenção dos materiais e equipamentos.	
METAS A CURTO PRAZO:	
⤴ Padronizar um número mínimo de atendimentos de pacientes por profissional; ⤴ Manter o atendimento em expansão e descentralizado; ⤴ Programação das Triagens junto a fisioterapeuta do NASF, para realização dos grupos; ⤴ Agilidade na reposição e manutenção dos materiais e equipamentos.	
METAS A LONGO PRAZO:	
⤴ Descentralização dos atendimentos em 3 zoneamentos (São Roque, Botafogo e região próxima ao Centro); ⤴ Ampliação destes serviços, tornando-os “completos”,com mesmas condições de trabalho e equipamentos, assim o paciente pode permanecer em seu zoneamento sem necessitar sair para outra localidade devido a falta de recursos do local; ⤴ Ampliar o convênio com a faculdade CENECISTA.	
PROJETOS:	
Criar no mínimo 3 núcleos “Clínica Modelo” que supram a demanda e as necessidades da população o mais próximo do seu zoneamento e capacitar os profissionais em suas especialidades. ➤ Ampliação e Reestruturação dos locais com Fisioterapia ➤ Centro (clínica já existente/ reestruturação) ➤ Botafogo (UPA / Adequação do local) ➤ São Roque (Ampliação Sala / local do CRAS)	
Ampliação do Convênio entre Prefeitura Municipal e Faculdade Cenecista Ampliar Atendimento não só Ambulatorial como Atendimento Domiciliar no âmbito da Faculdade; Faculdade Cenecista / APAE Atendimento de Hidroterapia (auxiliar na reestruturação da piscina para disponibilizar mais esse recurso).	

PROPOSTA:

Tentar firmar convênio com a APAE e reestruturar a piscina e mais algumas salas de atendimento para suprir a demanda de atendimentos de pacientes neurológicos do município.

7.2 – SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO – CTA

O Serviço de Atendimento Especializado (**SAE**) atualmente está atendendo pessoas que vivem com HIV/AIDS do município, incluindo região de abrangência: Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Coronel Pilar, Cotiporã, Fagundes Varela, Garibaldi, Guabiju, Guaporé, Monte Belo do Sul, Nova Araça, Nova Bassano, Nova Prata, Parai, Pinto Bandeira, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, União da Serra, Veranópolis, Vila Flores e Vista Alegre do Prata.

Além disso, acolhe seus munícipes nos casos das Hepatites Virais, toxoplasmose, chagas, tuberculose e hanseníase.

O Centro de Testagem e Aconselhamento (**CTA**) possui a finalidade de ofertar os testes para HIV, sífilis, hepatites B e C, não sendo necessário requisição médica, basta a intenção de realizá-los. Tanto o espaço físico como os profissionais são os que integram a equipe do SAE. Se houver resultado reagentes no instante na entrega da testagem, já é realizado acolhimento e agendado atendimento no SAE.

Temos uma equipe multidisciplinar para o atendimento dos usuários do SAE (enfermeira, técnicas de enfermagem, assistente social, psicóloga, nutricionista, médica clínica, infectologista, gastroenterologista, pediatra, administrativo e higienizadora). Todos os profissionais de saúde do serviço procuram participar de atualizações municipais e/ou estaduais, conforme sua atuação, a fim de proporcionar atendimento de qualidade, com orientações e/ou informações que aprimorem o estilo de vida do usuário.

Abaixo, destacamos os atendimentos médicos (HIV/Aids, Tuberculose, hanseníase, hepatites virais). Salientamos que, em agosto de 2011, o SAE/CTA mudou de endereço e agregou o atendimento da tuberculose e hanseníase, assim, os números de atendimento do respectivo ano estão incompletos em relação a ambas as patologias. E os atendimentos das hepatites virais com a especialista gastroenterologista iniciaram em junho de 2012, até então, eram realizados pela infectologista.

Quanto aos atendimentos dos profissionais enfermeiros, psicólogo, assistente social, técnicos de enfermagem e nutricionista, temos os seguintes números:

Atendimento / Ano	2011	2012
Médico	1.995	2.790
Demais Profissionais	9.375	10.379
Total	11.370	13.169

Em relação ao perfil dos usuários do serviço, conforme levantamento do banco de dados, temos os seguintes dados:

Patologia	2012
Tuberculose	37 casos (20 curas encerradas; 1 óbito; 1 transferência e 14 seguiram tratamento) – média de 40 casos/ano;
Hepatites Virais (B e C) (500 prontuários)	Hepatite B: 41 em tratamento; Hepatite C: 40 em tratamento/acompanhamento: 14 curas, 13 não responderam ao tratamento; 06 em tratamento;
HIV	198 casos em acompanhamento;
SIDA	524 casos em acompanhamento; (média em uso de medicação: 300 pacientes);

Algumas peculiaridades devem ser ressaltadas, como:

A hepatite B é endêmica na região, temos mais casos notificados e famílias em acompanhamento, devido à transmissão vertical. Temos, até o momento, 41 usuários em acompanhamento por uso de medicação, sendo que, outros usuários mantêm atendimento sem uso de dos medicamentos (média de 300 usuários).

Quanto a Hepatite C, desde o ano de 2006, já foram tratados ou seguem acompanhamento 40 usuários, sendo que: 14 obtiveram cura, 13 não responderam ao tratamento e foi suspenso, 1 abandono, 1 suspensão por complicações clínicas e 6 seguem acompanhando (mantém o uso do Interferon e ribavirina). Outros usuários mantêm atendimento sem o uso dos medicamentos (média de 200 usuários).

No caso da Tuberculose, tivemos 37 casos acompanhados em 2012, sendo eles, a maioria, na forma Pulmonar Bacilífera (19 usuários), a maioria do sexo masculino com idade concentrada de 20 a 59 anos.

Em relação ao HIV/Aids, temos uma média de 300 usuários em uso de antirretrovirais mensal e, a faixa etária predominante é dos 20 aos 39 anos, com predominância ainda masculina.

Devido às questões de estigma e preconceito que rondam estas doenças infecciosas temos ações de prevenção que devem ser mantidas no decorrer dos anos (2014/2015/2016) e estão descritas na Programação Anual de Metas do SAE, que são:

- **CTA ao Meio Dia:** Manter a oferta da Testagem do HIV, Sífilis e hepatites virais no horário do meio-dia (primeira quinta-feira de cada mês);

- **CTA Itinerante nos bairros e presídio:** a oferta e o deslocamento até os bairros e/ou presídio favorecem a população na busca da realização dos exames; Além destes projetos o CTA realiza atendimento no local (livre demanda ou agendamento).

- **Projeto Prevenção HIV/AIDS/Hepatites Virais para Profissionais do Sexo (PS):** Mantemos a parceria com o CAPS AD para realização da busca ativa destas PS, sendo realizadas visitas nas boates para orientação sobre DST/AIDS e o uso de drogas ilícitas, bem como para divulgação de ambos os serviços. Oferecemos agendamento para cada boate a fim de realizar os exames oferecidos no CTA e para coleta de citopatológico e vacinas (hepatite B e antitetânica).

- **Projeto de prevenção comunitária** – realizado palestras em empresas, escolas e comunidade em geral, conforme demanda espontânea. Sempre com distribuição de material

informativo.

- **Acolhimento aos novos colaboradores e ou estagiários da Secretaria Municipal de Saúde** – Em parceria com a Educação Permanente, os novos colaboradores receberam orientação geral sobre o funcionamento de vários serviços oferecidos pela SMS, incluindo as rotinas e fluxos de atendimento do SAE / CTA.

- **Manter a distribuição de preservativos e materiais informativos**; Todas as Unidades de Saúde recebem os insumos, incluindo Pronto Atendimento Municipal, presídio e outros órgãos conforme solicitação.

- Na área assistencial temos:

- **Manter oferta de atendimento individual ou em grupo** (incluindo sala de espera) e distribuição de um pequeno lanche (muitos são pacientes carentes e que vem de longe, sem nenhuma refeição);

- **Manter o atendimento de qualidade** com qualificação dos profissionais através de participação em eventos locais, regionais e nacionais.

- **Aquisição de suplemento alimentar**: Esta atividade é exclusiva da nutricionista que realiza as avaliações dos usuários encaminhados pela equipe de profissionais para seu atendimento (para os casos de desnutrição ou baixo peso). Também, temos alguns casos de obesidade e sobrepeso que são avaliados por esta profissional, mas sem liberação de suplementos.

Para acrescentar, as profissionais médicas e psicóloga possuem agenda para os atendimentos, com vaga para casos de urgência. Os demais profissionais atendem conforme demanda e rotinas pré estabelecidas.

Outro item importante é a necessidade do profissional farmacêutico, pois dentro do SAE temos uma Unidade de Dispensação de Antirretrovirais (UDM). Esta UDM realiza controle de entrada e saída dos medicamentos para o tratamento do HIV, preenche documentação para cada usuário e realiza o pedido mensal.

E, para finalizar, lembramos que estamos em uma boa área, com salas amplas e bem distribuídas, porém, em um espaço físico locado, o que nos remete a preocupação de ter que desocupá-la a cada contrato.

7.3 – SAÚDE MENTAL

BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL EM BENTO GONÇALVES

O Serviço de Saúde Mental de Bento Gonçalves iniciou em 1998, nas dependências de onde é atualmente o PAM 24 horas. O local, de propriedade da UFRGS, era anteriormente ocupado pelos serviços do hospital psiquiátrico Walter Galassi, com aproximadamente 100 leitos.

Este serviço psiquiátrico foi extinto pela lei Paulo Delgado em 1996, a qual reduziu drasticamente a disponibilidade de leitos psiquiátricos em todo o Brasil. Esta lei estava em consonância com os movimentos de reforma em Saúde Mental ocorridos na Inglaterra, França e Itália.

O sistema asilar/hospitalocêntrico, de modo geral, era considerado ineficiente e obsoleto, sendo constatado que as internações prolongadas, com isolamento parental e afetivo, abandono, e até maus tratos, deterioravam a mente dos pacientes, mais do que curavam. Embora o hospital W. Galassi não contemplasse esta inadequação, sendo referência

regional importante, mesmo assim foi desativado. E, ao invés de as autoridades do Ministério da Saúde fomentarem o aprimoramento e humanização das instituições psiquiátricas, simplesmente promoveram uma redução no número de leitos psiquiátricos, criando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como substitutivo.

Mesmo que estes modernos serviços ambulatoriais sejam eficientes e humanos no acolhimento e tratamento de transtornos mentais diversos, as internações psiquiátricas ainda são muito necessárias, tanto para proteger o paciente e sua família de riscos, como para estabilizar as crises ou surtos.

Os hospitais gerais, referenciados para acolher os casos de surto, não se mostram adequadamente capacitados, principalmente no atendimento de usuários de crack, droga esta que se propagou de forma endêmica entre a população mais vulnerável socioeconomicamente. Este fato foi um agravante, após a redução no número de leitos psiquiátricos, tendo exigido mais amplos e especializados serviços de internação.

Em 2003 iniciou o funcionamento do CAPS I, nas dependências contíguas à Secretaria Municipal de Saúde, o qual atendia pacientes adultos, crianças, adolescentes e dependentes químicos.

Em 2006 houve a primeira segmentação dos serviços de Saúde Mental com a criação do CASMI (Centro de Atendimento em Saúde Mental Infantil), promovida pela grande demanda de atendimentos infantis e a inadequação em atender crianças e adultos num mesmo local.

Em outubro de 2009 houve a segunda segmentação, sendo criado o CAPS-AD (Álcool e drogas), para atender a demanda crescente de dependentes químicos.

Em março de 2011 houve a inauguração da Comunidade Terapêutica Rural Vida Livre, com 32 leitos, no acolhimento voluntário de dependentes químicos por um período de 9 meses.

Em final de 2012 houve a mudança de CASMI para a regulamentação de CAPS infantil, e a habilitação de CAPS I para CAPS II, contemplado para municípios com mais de 70.000 habitantes.

CONTEXTUALIZAÇÃO

No momento, em função da reforma em Saúde Mental e da drástica redução da disponibilidade do número de leitos psiquiátricos, há significativa dificuldade para a internação de dependentes químicos e em especial os de crack. Atualmente há 15 leitos psiquiátricos disponíveis no Hospital Tacchini, mais 16 leitos psiquiátricos em hospitais gerais da Micro Região dos Vinhedos e Basalto, para uma população de mais de 300 mil habitantes.

Segundo o Ministério da Saúde esta proporção está adequada (um leito para cada 10.000 habitantes), no entanto, a realidade se mostra muito diferente da fria e distante idealização dos serviços. Além disto, segundo nosso parecer, a internação de usuários dependentes químicos em hospitais gerais, de modo geral, se mostra precária e despreparada para esta exigente especialidade, apenas evidenciando a ingenuidade das propostas dos técnicos ministeriais.

Em termos epidemiológicos, segundo estimativas do Ministério da Saúde, em torno de 3% da população necessita de cuidados contínuos, decorrentes de transtornos mentais graves, e 9% da população que necessita de cuidados eventuais, sendo portadores de transtornos mentais leves e moderados. Deste modo, trazendo esta estatística para Bento Gonçalves, com uma população de aproximadamente 106.000 habitantes, estimamos que em torno de 3 mil

cidadãos apresentem algum transtorno mental severo, e 9 mil cidadãos que necessitem de atendimento de leve a moderado em saúde mental no decurso da vida.

CAPS II – NISE DA SILVEIRA

Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) são locais de referência para o tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, como transtornos de humor, psicoses, neuroses, síndromes comportamentais, transtornos de personalidade, transtornos da dependência química e transtornos mentais infantis.

O CAPS II acolhe adultos com transtornos psíquicos em geral e possui em torno de 7.000 pacientes cadastrados, sendo que destes aproximadamente 2.000 são pacientes ativos, onde 70% são do sexo feminino e 30% do sexo masculino, perfazendo 20.220 atendimentos no ano de 2012.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS AD)

Os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas são destinados para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso nocivo e/ou dependência de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde. SAS / 189 de 20 de março de 2002 regulamentou a portaria GM / 336).

Com a criação dos CAPS, foram organizadas ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas, e foi estabelecida uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares, articulada à rede de atenção psicossocial e fundada na abordagem de redução de danos (Ministério da Saúde, 2003; Ministério da Saúde, 2005).

Os CAPS ad devem: oferecer atendimento diário, intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo; contar com planejamento terapêutico individualizado de evolução contínua, possibilitando intervenções precoces, a fim de limitar o estigma associado ao tratamento; ser apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e práticas de atenção comunitária voltadas à redução de danos; incluir desde atendimentos individuais até atendimentos em grupos ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares; oferecer condições para o repouso e para a desintoxicação ambulatorial; atuar na prevenção do uso de álcool e outras drogas, através de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de risco e fortalecimento dos fatores de proteção (Ministério da Saúde, 2004).

O serviço do CAPS ad em Bento Gonçalves está em funcionamento desde outubro de 2009. O mesmo encontra-se em um imóvel alugado pela Secretaria Municipal de Saúde. A equipe do CAPS ad atualmente é formada por: 1 médico clínico geral; 2 médicos psiquiatras; 2 psicólogas; 1 assistente social; 1 enfermeira; 1 técnica de enfermagem; 2 administrativos; 1 higienizadora; 1 massoterapeuta. Está localizado na rua 15 de Novembro, 132. Planalto, Bento Gonçalves. O horário de atendimento é de 2ª a 6ª feira das 07:30 às 11:30 e 13:30 às 17:30, contando com um terceiro turno nas 2ª e 4ª feiras das 18:00 às 19:00. A estrutura física é composta por: 4 consultórios; 1 sala de grupos; Ambulatório com 2 leitos para desintoxicação; 1 sala para massoterapia; recepção; sanitários.

As portas de entrada ao serviço podem acontecer através de: Unidades Básicas de Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Pronto Atendimento Médico 24h; Conselho Tutelar; Ministério Público; Atendimento de demanda espontânea; Hospital Tacchini; Centro REVIVI; SAE / CTA; Poder judiciário; SUSEPE.

As atividades desenvolvidas no CAPS ad, são como seguem:

ACOLHIMENTO: O usuário chegando ao serviço será acolhido pela equipe técnica multidisciplinar, na modalidade grupal, e posteriormente individual, onde serão construídos projetos terapêuticos individualizados (PTI). Após esta avaliação individual serão agendadas consulta médica clínica e/ou psiquiátrica, participação em grupos e atendimentos psicológicos.

ATENDIMENTO GRUPAL: O atendimento grupal tem se consolidado como a principal forma de abordagem para a dependência química, associados aos tratamentos medicamentosos, clínico, psicológico, social, entre outros. As atividades desenvolvidas nos grupos estão embasadas nas seguintes linhas de intervenção:

Grupo de Psicoeducação: O usuário participa de 4 encontros com o objetivo de compreender sua patologia e após será encaminhado ao grupo de motivação I- álcool ou outras drogas;

Grupo de Motivação I (álcool): Busca motivar os usuários que fazem abuso de álcool ou dependentes que ainda estão num processo pré-contemplativo a conseguir a abstinência.

Grupo de Motivação I (outras drogas): Busca motivar os usuários dependentes de outras drogas (cocaína, crack, maconha,...) que ainda estão num processo pré-contemplativo a conseguir a abstinência.

Grupo de Redução de Danos: Destinado aos pacientes dependentes de álcool ou outras drogas que ficam por seis meses ou mais nos grupos de Motivação I e que não conseguem chegar a abstinência. Tem por objetivo trabalhar a redução de danos com pacientes que não conseguem ficar abstinentes.

Grupo de Motivação II (álcool): Se o paciente conseguir ficar abstinente por três meses participando do Grupo de Motivação I (álcool) será encaminhado para esse grupo que tem como objetivo seguir trabalhando a motivação do paciente para manter-se abstinente e a prevenção a recaída.

Grupo de Motivação II (outras drogas): Se o paciente conseguir ficar abstinente por três meses participando do Grupo de Motivação I (outras drogas) será encaminhado para esse grupo que tem como objetivo seguir trabalhando a motivação do paciente para manter-se abstinente e a prevenção a recaída.

Grupo de vivências – psicoterapia: Após seis meses ou mais de abstinência se o paciente desejar e tiver questões para serem ainda trabalhadas será encaminhado para esse grupo que tem como objetivo trabalhar projetos de vida e quaisquer outras questões de necessidade do paciente, visando além da manutenção da abstinência as vivências de cada um.

Grupo de Família: O objetivo é compreender a importância do papel da família no processo do tratamento da dependência química e também tratar a co-dependência da família presente.

Grupo de Tabagismo: Para ingressar no grupo é necessário agendar uma entrevista (poderá ser por telefone). Posteriormente o usuário participa de 4 encontros em grupo simultaneamente com atendimento médico.

Grupo de Manutenção Física: Tem por objetivo oferecer aos pacientes uma alternativa saudável para exercitar-se além proporcionar uma melhora do vínculo do paciente ao serviço. Ocorre com caminhadas, alongamentos e outros exercícios, três vezes por semana.

ALTA: Quando o usuário tiver alta do serviço será reencaminhado para UBS de origem ou outro serviço do município que seja referência no momento através de documento de referência/contra-referência.

PERFIL DO PACIENTE DO CAPS AD:

Total de usuários: 1562, sendo 1195 homens e 357 mulheres.

A REDE DE SAÚDE MENTAL: Os serviços de Saúde Mental do município, funcionando em rede, compõem-se por:

1. CAPS II – Nise da Silveira (usuários adultos)
2. CAPS i (usuários menores de idade)
3. CAPS-AD (dependência química)
4. Comunidade Terapêutica Rural Vida Livre (acolhimento voluntário de dependentes químicos por 9 meses)
5. Pronto Atendimento Médico 24 horas (internação breve e regulação de leitos psiquiátricos)
6. Hospital Tacchini (Internação psiquiátrica)
7. Hospitais da Micro região dos Vinhedos e Basalto (Internação psiquiátrica)
8. CRMI (acolhimento de gestantes com sofrimento psíquico e menores de 2 anos)
9. UBS (encaminhamento de pacientes e atendimento de pacientes com quadros leves)

OBJETIVOS GERAIS DOS CAPS

- Os serviços dos CAPS visam primordialmente:
- O acolhimento humano e profissional de usuários com transtorno mental;
- O atendimento dos usuários em regime de atenção diária;
- O desenvolvimento de projetos terapêuticos personalizados;
- A redução das internações hospitalares;
- A inserção social dos usuários, envolvendo educação, trabalho, esporte, cultura e lazer;
- A organização da rede de serviços em saúde mental;
- Oferecer suporte em saúde mental e supervisionar a rede de atenção básica;
- O desenvolvimento de políticas psicopedagógicas preventivas à população, dentro das estratégias públicas para a organização da Rede de Atenção em Saúde Mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DOS CAPS

- Desenvolver no usuário a capacidade de reconhecimento de seus conteúdos psíquicos e emocionais, na conexão com os fatos da realidade;
- Desenvolver a socialização do usuário, na relação familiar, na comunidade e no desenvolvimento de um círculo de amizades;
- Desenvolver as habilidades de relacionamento interpessoal do usuário;
- Incentivar as habilidades profissionais, através de oficinas terapêuticas e atividades comunitárias;
- Fomentar o atendimento às famílias dos usuários, no sentido da integração destas com o usuário, na conscientização das responsabilidades no processo de evolução do usuário e dela própria, enquanto grupo social integrado na comunidade.

PROFISSIONAIS QUE ATENDEM NOS CAPS: As equipes que trabalham nos CAPS são compostas de profissionais multidisciplinares, tais como, Assistentes Sociais, enfermeiras, técnicas em enfermagem, terapeutas ocupacionais, psicólogos, médicos clínicos, psiquiatras, auxiliares administrativos, massoterapeuta.

MODALIDADES TERAPÊUTICAS QUE OS CAPS OFERECEM: atendimentos intensivos

(atendimento diário para usuários com quadro grave); Atendimentos semi-intensivos (atendimentos em 3 dias por semana); Atendimentos não intensivos (quando não há necessidade de suporte contínuo, podendo ser 1 vez por semana, ou mais espaçado; Os atendimentos podem ser individuais, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, massoterapia, medicação.

PROJETOS E METAS A SEREM DESENVOLVIDOS:

- Criação de uma **Unidade de Agudos**, com até 15 leitos, onde podem ser acolhidos usuários dependentes químicos, masculinos, adultos e adolescentes, com a finalidade de desintoxicação/internação por 30/40 dias em média.
- Construção de um **Residencial Terapêutico**, de acordo com as portarias GM/MS nº106/00 e 1220/00. Sua finalidade é propiciar condições habitacionais básicas, sob supervisão e acompanhamento de equipe multidisciplinar, no acolhimento de pacientes graves e crônicos, sujeitos a abandono e/ou a severo conflito familiar. Além disto, visa o desenvolvimento máximo do potencial para a autonomia e à possibilidade de convivência em grupo nos espaços compartilhados.
- Desenvolvimento de **Oficinas de Geração de Renda**, no sentido de reabilitar o usuário, lhe propiciando maior autonomia perante a vida saudável, resgatando e mobilizando suas potencialidades, ao retorno de suas atividades laborativas.
- Inserida no programa de geração de renda, a realização de **terceirizações** produtivas, em convênio com empresas do município.
- Parceria com entidades educativas e profissionais autônomos (voluntários), os quais desejam contribuir para **orientação/formação/educação** dos usuários em suas respectivas áreas de atenção. Podem ser desenvolvidas áreas profissionais, artísticas e culturais.
- Realização de **programas de prevenção** em Saúde Mental, especialmente contemplando a Rede de Ensino Municipal e Estadual, na orientação geral sobre transtornos mentais, dependência química e o desenvolvimento de atitudes e hábitos saudáveis.
- Instalação de **Equipes de Consultório de Rua**, constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, oferecendo informações, ações de redução de danos e cuidados gerais de saúde à população em situação de rua, pessoas com transtorno mental em situação de vulnerabilidade, e usuários de crack, álcool e outras drogas. Este programa envolve alguma cautela à equipe, à medida que tende a ficar exposta a riscos, na abordagem imprevista e em locais não protegidos. Este é um programa do Ministério da Saúde, o qual deve ser conduzido de modo cuidadoso, visto que algumas Visitas Domiciliares, as quais são realizadas pelos profissionais do CAPS II, com objetivo de medicar pacientes vulneráveis, já receberam ameaças de narcotraficantes.
- **Contratação ou cedência de professor de educação física** para realização de atividades de exercício físico, com o intuito da promoção da saúde física do usuário, dentro de uma abordagem redutora de ansiedade e depressão.
- **Construção de sedes próprias** dos CAPS II, CAPS AD e CAPS Infantil.
- **Aprimoramento das atividades terapêuticas** desenvolvidas nos CAPS até o momento, em especial, o programa de redução de suicídio.
- Desenvolver e aprimorar o trabalho com **oficinas terapêuticas**.
- **Qualificar e capacitar os profissionais** que trabalham nos CAPS.

- Implantação de **Matriciamento** em Saúde Mental junto à Rede de Atenção Básica.

PRINCÍPIOS DO CAPS

1. **ACOLHIMENTO:** O acolhimento é tarefa de toda a equipe de profissionais do CAPS. Visa a recepção de forma humanizada e integral a todos que procurem os serviços do CAPS, em especial aos usuários com quadros graves e crônicos, embora sem distinções que gerem exclusão e segregação social. Deve ser plenamente acessível aos usuários, centrando a atenção ao ser humano e menos em sua enfermidade.
2. **VÍNCULO:** O vínculo é um recurso humano fundamental ao atendimento, referindo a troca de afetos positivos utilizados como ações terapêuticas. Basicamente denota a capacidade de escuta afetiva do usuário em sua subjetividade e singularidade, na modalidade de atendimento que seja conveniente e efetiva às suas necessidades. Em contexto amplo, como fundamento transferencial, refere à potencialidade de transformação e ampliação das possibilidades humanas, as quais sejam resolutivas e redentoras psicologicamente.
3. **RESPONSABILIDADE:** Deve promover ações preventivas, curativas e reabilitadoras em seu sentido continuado, implicando na atenção integral do usuário, na criação de suportes médicos, psíquicos e sociais adequados para as distintas necessidades dos usuários. Do mesmo modo, é orientada para a perspectiva familiar e à comunidade onde reside o usuário.
4. **CONTRATO DE CUIDADOS:** Refere aos direitos e deveres do usuário e da família deste, na relação com a equipe de saúde mental, através de elaboração e explicitação de um contrato terapêutico. Deve contemplar a história de vida e familiar do usuário, sua cultura, sua religiosidade, seu trabalho, suas particularidades pessoais, assim como sua inter-relação familiar, relações de amizade e demais relações sociais.

7.4 – COMUNIDADE TERAPÊUTICA RURAL - CTR

A Comunidade Terapêutica Rural de Bento Gonçalves, inaugurada em 19 de março de 2011 teve seu início com um convenio de participação com a Associação Vida Livre, atendendo homens adultos em regime de internação voluntária, situa-se na linha Passo Velho, distrito de Tuiuty. Desde 2013 administrada pelo serviço público considerada uma unidade avançada de saúde, com atendimento 100% SUS, através de encaminhamento pelo CAPS AD, tem capacidade de atendimento de 32 residentes, seguindo critérios da ANVISA. A primeira comunidade terapêutica do Brasil custeada pelo poder público atende casos de dependentes químicos e busca através do mesmo processo de humanização do SUS devolver ao convívio social e comunitário o dependente após conscientiza-lo da sua situação de doente.

METAS:

METAS	2014	2015	2016	2017
Elaboração do plano terapêutico	X			
Inserção produtiva/geração	X			

de rendas				
Ampliação do espaço físico		X	X	X
Implantação de estufa (flores)	X			
Ampliação do refeitório e dispensa		X	X	

8 – ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

8.1 – ASSISTÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PLANO MUNICIPAL de SAÚDE para a URGÊNCIA.

1. Atendendo à Política Nacional das Urgências (Lei 8080/90, Lei 10.424/02, Portarias GM nºs 1.828/04; 2.420/04; 1.863/04; 01.864/04; 2.072/04; 2.048/04; 373/02 e 399/02)
2. Atendendo à UPA, o SAMU e o Programa Melhor em Casa

Eixo: Ações Estratégicas em Urgência/ Emergência (UPA /SAMU/MELHOR em CASA)	
Objetivo Geral	Expandir e consolidar o modelo de Atenção em Saúde em Urgência e Emergência do SUS, qualificando e fortalecendo a rede de serviços de saúde em Urgência, Emergência e Melhor em Casa.
Diretriz	Consolidação do modelo de Atenção em Urgência/Emergência no âmbito do SUS, melhorando os indicadores de oferta, cobertura e impacto.

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Aumentar o indicador de oferta e de cobertura populacional da UPA e SAMU.(urgência/emergência)	Inaugurar 01 novo prédio de atendimento UPA 24H na Zona Sul	01 unidade	01 Construção/inauguração/qualificar/habilitar			
	Instalar 01 novo espaço de Atendimento de Livre Demanda na Zona Norte	01 unidade		01 Reforma/inauguração		

	Manter e aprimorar o atendimento de 01 equipe SAMU Suporte Avançado	01 unidade	01	01	01	01
	Manter e aprimorar o atendimento 01 equipe SAMU suporte Básico	01 unidade	01	01	01	01
Instalar serviços do Programa Melhor em Casa	Trabalhar 01 equipe de saúde para atendimento do “Melhor em Casa”	01 equipe EMAD	60 internações	60 internações	60 internações	60 internações
Ampliar número de leitos de Urgência	Ampliar em 50% os leitos de Urgência e Emergência	Aumento de cobertura em 50%	10%	10%	15%	15%
Qualificar o atendimento pelo sistema de Cores do Ministério da Saúde	Qualificar 100% da equipe de Enfermagem : Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem	Aumento de Oferta em Educação em saúde em 100%	25%	25%	25%	25%
Ofertar à equipe médica educação Continuada e Permanente	Ofertar a 50% dos profissionais	Aumento de Oferta em Educação em saúde em 50%	10%	10%	10%	20%
Ofertar à equipe de enfermagem educação Continuada e Permanente	Ofertar a 100% dos profissionais	Aumento de Oferta em 100% em Educação em saúde	25%	25%	25%	25%

Manter, ampliar e qualificar o atendimento à Exposição de Risco Biológico	Reorganizar 05 processos de trabalho/Protocolo	Aumento de 05 protocolos de atendimento	02	01	01	01
Instituir 10 protocolos de atendimento médico Adulto e Pediátrico	Instituir 10 protocolos	Aumentar 10	02	03	02	03
Instituir 10 protocolos de atendimento em Enfermagem	Instituir 10 protocolos	Aumentar 10	02	02	02	02
Qualificação do SAMU	Aumentar o recurso destinado ao Samu	Aumentar conforme portaria	aumentar			
Ampliar a equipe do SAMU da Unidade de Suporte Básico	Aumentar a equipe da USB com inclusão de um profissional enfermeiro conforme portaria do Cofen.	Aumentar				
Ofertar Capacitação à atenção básica em urgência/emergência	Qualificar 20 unidades básicas de saúde(UBS)	20 UBS	20	20	20	20

Política Municipal de Saúde tem como ações estratégicas a ampliação da oferta de serviços na atenção a Saúde com implementação de equipes multiprofissional para atendimento à serviços de saúde mental e aos serviços especializados de média complexidade (ambulatorial e hospitalar). Outra área a ser estruturada é a da atenção em urgência e emergência com a construção das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e ampliação das Unidades móveis de atendimento às Urgências. Dentro dessas ações estão a dos mecanismos para o pleno desenvolvimento de ações e serviços necessários para o alcance das metas e propostas que fazem parte desse Plano Municipal.

8.2 – ANÁLISE SITUACIONAL SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – SAMU

O número de unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) habilitadas pelo Ministério da Saúde cresceu 54% nos dois últimos anos. Passou de 1.831 em

2010, para 2.834 unidades em 2012. Com esse aumento, o serviço passou a cobrir 127,8 milhões de pessoas em todo o País. Em 2010, o Samu 192 mantinha cobertura populacional de 119 milhões com 155 Centrais de Regulação das Urgências. Em 2011, a cobertura subiu para 126,1 milhões de habitantes com 162 centrais. E, em 2012, o serviço passou a contar com 178 centrais e uma cobertura de 134 milhões de habitantes.

O País conta hoje com 2.142 Unidades de Suporte Básico, 520 Unidades de Suporte Avançado, 169 motolâncias, sete embarcações e três equipes de aeromédico habilitadas. Os recursos repassados pelo ministério para custeio do serviço também cresceram.

O Samu 192 tem contribuído para a redução do número de óbitos, do tempo de internação em hospitais e das sequelas decorrentes da falta da prestação de socorro, principalmente nas emergências. O serviço propõe um modelo de assistência padronizado e descentralizado segundo as esferas de gestão do SUS. No município o atendimento em urgência/emergência pré-hospitalar móvel é constituído pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU – 192 e serviço de atendimento aos usuários com as ambulâncias brancas para transporte de pacientes através de contato telefônico onde uma enfermeira faz as orientações e estabelece a ordem de prioridade para deslocar as ambulâncias brancas do município.

O SAMU foi implantado em Bento Gonçalves no ano de 2011 e abrange o município de Bento Gonçalves, incluindo vasão para outros municípios quando houver necessidade de transporte inter hospitalar. O atendimentos aos usuários é realizado através de uma Unidade de Suporte Avançado e de uma Unidade de Suporte Básico, as equipes são compostas por condutor socorrista, enfermeiro e médico na USA e condutor socorrista e técnico de enfermagem na USB. No ano de 2011 foram realizados 2662 atendimentos e em 2012 um total de 3591 atendimentos, incluindo transportes inter hospitalar, trotes, recusas de atendimentos entre outros.

8.3 – PRONTO ATENDIMENTO MÉDICO 24HS - PA

O município oferece atendimento em urgência/emergência através do Pronto Atendimento Médico 24h. Fornece atendimento médico e de enfermagem 24 horas por dia, todos os dias da semana. A proposta das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), tem por objetivo proporcionar um acolhimento das situações de urgência e emergência mais próximo das pessoas e com maior qualidade e agilidade do processo. Futuramente a UPA 24h funcionará como unidade intermediária aos hospitais, colaborando para desafogar os pronto socorros hospitalares, visando ampliar e otimizar a rede de atenção hospitalar, ambulatorial especializada e de urgência do município afim de assegurar o acesso, o atendimento eficiente e humanizado, com redução de tempo de espera de consultas.

O atendimento de urgência/emergência hospitalar realizado no PAM 24 horas, se diferencia pela complexidade atendendo a procura espontânea e também atendimentos referenciados pelas Unidades Básicas de Saúde. O Pronto Atendimento atende casos de urgência e emergência clínica e atenção hospitalar de baixa e média complexidade.

A unidade possui estrutura que permite à rede pública maior capacidade de resolução, com consequente redução do número de óbitos, sequelas e tempo de permanência do paciente no hospital. Com uma média de 300 atendimentos diários, o PA é referência para alguns municípios através de pactuação entre os Gestores, e em pouco tempo sera referência

para 22 municípios com a implantação da UPA. Também integram a rede as Salas de Estabilização, as Emergências e os serviços da Atenção Básica. Constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a Rede de Atenção às Urgências o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção, que devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.

O PAM 24hs atualmente conta com equipes compostas a cada turno de trabalho, por 04 médicos clínicos gerais, 02 médicos pediatras, 03 enfermeiros, 07 técnicos de enfermagem e 02 recepcionistas. Futuramente com a implantação da UPA 24hs estas equipes serão redimensionadas em numero, devido a crescente demanda por atendimentos de urgência e emergência e pela estrutura física da unidade que requer um maior numero de efetivo.

No ano de 2011 o PAM 24hs realizou um total de 404525 procedimentos médicos e de enfermagem, e um total de 115796 pacientes atendidos. Uma média de 1108.9 procedimentos por dia e 3.49 por paciente.

Já no ano de 2012 a demanda cresceu e obtivemos um total 412567 procedimentos médicos e de enfermagem, um total de 116285 pacientes atendidos, sendo a média de 1127,23 procedimentos por dia e 3,55 por paciente.

A unidade também é referência em alguns serviços especializados, como o Protocolo de Atendimento ao Risco Biológico e Sexual - que atende a pacientes vítimas de exposição sexual e acidente com material biológico, no atendimento às vítimas de animais peçonhentos e transmissores da raiva, através do Serviço de Soroterapia e Profilaxia da Raiva Humana.

Na área de saúde mental existe o atendimento psiquiátrico 24 horas que está instalado junto ao PAM 24 horas onde há um medico psiquiatra que presta atendimento e faz o direcionamento da demanda via central de regulação de leitos. Esse serviço teve inicio em Julho de 2013, e já conseguiu dar resolutividade a vários casos de drogadição e psiquiatria.

8.4 – SISTEMA MUNICIPAL DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

O Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS de Bento Gonçalves foi regulamentado pelo Decreto número 7.675 de 07 de Julho de 2011.

Subordinado ao Gestor Municipal de Saúde, o Sistema é constituído pelos setores:

- Central de Regulação, Setor de Setor de Autorizações de Internações Hospitalares
- (AIHs), Sistema de Informações Hospitalares e Setor de Auditoria.

8.4.1 - AUDITORIA

O setor de Auditoria é composto por profissionais médicos (Auditor e Autorizador) e enfermeiros auditores.

Baseados no artigo 3º do decreto em questão, são executadas neste setor:

1. Auditoria Técnica parcial das ações e serviços estabelecidos no Plano Municipal de Saúde;
2. Auditoria Técnica dos serviços de Saúde públicos, privados, contratados ou conveniados;
3. Médico autorizador;
 - Analisar e liberar os laudos de autorização de internação hospitalar (AIH);
 - Laudos ambulatoriais: autorização de procedimentos de alta complexidade (APAC);
 - Autorizar as trocas de procedimentos das AIH's previamente autorizadas, com análise do relatório geral de operação (RGO) e prontuário hospitalar, quando pertinente;
 - Analisar e autorizar procedimentos solicitados no boletim de produção ambulatorial

individual (BPAI), provenientes da própria rede municipal e prestadores;

- Analisar as solicitações de tratamento oncológico e verificar o fluxo de atendimento.

4. Medico auditor

- Regular os procedimentos autorizados pela regulação da Secretaria Municipal de Saúde;
- Analisar o faturamento mensal das internações hospitalares do Hospital que atende SUS em Bento Gonçalves ;
- Verificar *in loco* os prontuários hospitalares, quando necessário;
- Averiguar irregularidades relacionadas aos prestadores de serviços da Secretaria Municipal de Saúde;
- Supervisionar as atividades desempenhadas pela auditoria de enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde;
- Analisar as solicitações de tratamento oncológico e verificar o fluxo de atendimento;
- Realizar auditorias / visitas técnicas nos prestadores.

5. Enfermeiras auditoras

- Verificar as faturas dos serviços comprados e SUS, conforme estabelecido em contrato;
- Análise da autorização – devem ser faturadas dentro do mês da competência; caso não esteja no relatório gerado pela Central Regulação, verifica-se observações nas emissões das autorizações junto com a Central de Regulação;
- Conferências de quantidade de procedimentos que foram autorizados e quantos foram realizados;
- Verificação dos resultados dos exames e encaminhando os resultados alterados a vigilância epidemiológica;
- Entregar as faturas ao financeiro SMS - BG, para pagamento e/ou para o faturamento SUS;
- Gerar relatório de exames não realizados de cada prestador e encaminhar à Central de Regulação;
- Realizar relatório consolidado de procedimentos autorizados, a partir dos
- relatórios emitidos pela central de regulação, para a contratualização;
- Analisar as metas qualitativas / quantitativas da contratualização Hospital Tacchini, conforme as autorizações no sistema GEMUS;
- Acompanhamento das mudanças de procedimentos;
- Encaminhá-las ao médico para autorização;
- Registrá-las em planilha de controle;
- Análise de compatibilidade dos procedimentos, conforme a tabela e cadastro de habilitações;
- Entrega para a responsável do setor de AIH's;
- Controlar as autorizações dos tratamentos de quimioterapia – oncologia;
- Controlar as autorizações do programa glaucoma;
- Interface das solicitações de procedimentos oftalmológicos *versus* consultas, observando o fluxo de atendimento;
- Conferência dos dados na solicitação de procedimentos a serem autorizados;
- Após verificação, entregar para central de regulação para a autorização;
- Solicitações que estão incompletas são devolvidas ao prestador para o preenchimento correto dos dados;

- Auxílio / participação junto com o auditor médico e o médico autorizador nas atividades de auditoria.

8.4.2 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

- BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
- APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- SIASUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
- DE-PARA-SIA – Programa utilizado para transferência de dados do CNES para o SIA
- VERSIA – Aplicativo verificador do SIA
- FPO – Ficha de Programação Orçamentária
- Transmissor DATASUS – Aplicativo para transmissão automática e simultânea de dados gerados pelos sistemas de produção
- Tabwin - Tabulador para Windows - Software responsável pela tabulação de dados da produção
- SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
- SISCOLO – Sistema de Informação de Câncer do Colo do Útero
- SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer de Mama
- SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizada – não é utilizado ainda, mas estamos em treinamento para uso, quando assumirmos o Hospital.
- CIHA – Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial.

8.4.3 - AIH's

Cabe salientar que todo esse trabalho exige: o carimbo médico, a assinatura da autorização médica em cada folha dos documentos, a separação das vias dos laudos de das autorizações, a remessa e o arquivamento dos documentos (laudos, AIH's e APAC's).

- Autorização de laudos ambulatoriais;
- Autorização de laudos de internação hospitalar;
- Digitação das AIH's (Autorização de Internação Hospitalar);
- Autorização das AIH's;
- Separação e remessa da 1ª via do laudo e da AIH do Hospital que atenda SUS no município;
- Referendamento de pacientes a outros municípios;
- Remessa de AIH's a outros municípios;
- Autorização de laudos de APAC (Atendimento de Procedimentos de Alto Custo) da Oncologia, Hemodiálise, Radioterapia;
- Digitação das APAC's;
- Separação e remessa da 1ª via da APAC e laudos ao Hospital que atenda SUS no município;
- Autorização de laudos de APAC (Atendimento de Procedimentos de Alto Custo) da Oftalmologia;
- Digitação das APAC's;
- Separação e remessa da 1ª via da APAC e laudos às Clínicas de Oftalmologia;
- Autorização de exames e de trocas de procedimentos dos laudos encaminhados pelo

- Hospital que atenda SUS no município;
- Autorização de BPA's da oftalmologia , de consultas e exames encaminhados pela Central de Marcação da SMS;
- Autorização de ressonâncias magnéticas, densitometria óssea , cintilografias, tomografias;
- Controle e arquivamento da documentação.

METAS PARA O PERÍODO DE 2014 A 2017

2014

- Pretende-se inicializar a Auditoria na Atenção Básica, a qual inclui-se a avaliação geral das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde Da Família (ESF), quanto a sua estruturação, funcionalidade e resolutividade. Para tal, designar-se-á funcionários do setor que farão auditoria in Loco.
- Iniciar a implementação de um controle dos exames gerados pela atenção básica de saúde, criando formas de regulação mais efetivas evitando dessa forma desperdício de verba pública (como repetição de exames desnecessários, entre outros) em conjunto com a Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados.

2015

- O setor almeja continuar aperfeiçoando a Auditoria na Atenção Básica, mantendo o controle da execução dos serviços de saúde, verificando sua conformidade com os padrões estabelecidos e detectando situações que exijam maior aprofundamento analítico (Decreto 7.675 de 07 de Julho de 2011, Art. 3º).

2016

- Estima-se que até o início de 2016, seja acrescentado ao setor de Auditoria, um Auditor Contábil, o qual, baseados o inciso IV do artigo 2º será responsável pelo Auditamento do fluxo de caixa, nas transferências, quantitativos, limites e movimentações do Fundo Municipal de Saúde de acordo com os recursos alocados para cada um dos Programas Especiais (não PAB). Este profissional assumirá, segundo o artigo 3º, o auditamento das atividades financeiras, contábeis e patrimoniais dos serviços de saúde de competência do Sistema.

2017

- Consideramos realizar melhorias nas autorização de exames, criando meios de bloquear solicitações em duplicidade dentro de um período especificado de tempo.
- Para isso, far-se-á necessário implementar protocolos operacionais padrão (POP's), que especificarão detalhadamente as formas de autorizações dos exames básicos. Além disso, aspira-se modificar o sistema informatizado, afim de auxiliar na identificação e bloqueio das solicitações.

8.5 - CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS

A Central de Regulação iniciou suas atividades em janeiro e 2002 com o objetivo de regularizar o acesso tendo por finalidade melhorar a distribuição do serviço de saúde garantindo a devida assistência.

Desde lá, está voltada para a disponibilização dos recursos mais apropriado às necessidades do usuário, sem perder de vista a prioridade dos casos.

Desde outubro de 2006 os agendamentos de exames, procedimentos e consultas foram informatizados e se tornou uma importante ferramenta de gestão, pois identifica demandas reprimidas, ociosidades, faltas, dentre outras, para que a tomada de decisão possa ser feita sobre dados.

Hoje a Central de Regulação é responsável pela:

- elaboração das agendas dos profissionais da SMS que atendem usuários ;
- agendamento de consultas especializadas e exames existentes na rede pública local;
- agendamento do Serviço Comprado;
- agendamento do serviço pactuados com outros municípios;
- gerenciamento do sistema de agendamento dos municípios que tem BG como referência;
- agendamento do serviço de média e alta complexidade do Hospital Tacchini; 49 municípios tem Bento Gonçalves como referência, em diversas áreas são eles: Alto Feliz, Antônio Prado, Boa Vista do Sul, Bom Jesus, Bom Princípio, Campestre da Serra, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Coronel Pilar, Cotiporã, Esmeralda, Fagundes Varela, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Guabiju, Guaporé, Ipê, Jaquirana, Linha Nova, Monte Alegre dos Campos, Monte Belo do Sul, Muitos Capões, Nova Araça, Nova Bassano, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Prata, Nova Roma do Sul, Parai, Picada Cafe, Pinhal da Serra, Pinto Bandeira, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, São José dos Ausentes, São Marcos, São Vendelino, União da Serra, Vacaria, Vale Real, Veranópolis, Vila Flores, Vista Alegre do Prata.

OBJETIVOS

Organizar o acesso dos usuários, com base aos princípios de equidade, integralidade do atendimento à saúde em todos os níveis, respeitando os princípios de regionalização e hierarquização, facilitando o acesso adequado de forma responsável e ágil aos recursos assistenciais necessários para cada demanda, com critérios regulatórios pactuados e transparentes.

DIRETRIZES

- Atendimento nas especialidades na rede de serviços de saúde, com o objetivo principal de agendar as consultas especializadas, exames referenciados pelas Unidades de Saúde e municípios da região (realizadas pelo serviços próprios, pactuados e terceirizados (serviço comprado), agilizando e facilitando o acesso dos usuários a atenção secundária e mantendo o princípio de equidade na distribuição dos mesmos;
- Cadastrar os profissionais que prestam atendimento básicos e ou especializado, disponibilizando suas agendas para a rede através do Sistema Informatizado;
- Referenciar pacientes para atendimento, dentro da rede pública, conveniada e contratada, permitindo integrar os serviços de saúde de forma organizada e racional, atendendo aos pressupostos de hierarquização;
- Criação de fluxos de referência e contra - referência de uma rede hierarquizada e regionalizada, sempre que necessário, para as nossas Unidades de Saúde e para todos os municípios da 5ª Coordenadoria que tem Bento Gonçalves como referência;

PRODUÇÃO 2012

CONSULTAS/ATENDIMENTOS -ESPECIALIDADES QUANTIDADES - SAÚDE MENTAL

Acolhimento CAPS (pac novos) 333
 Acolhimento CAPS AD (pac novos) 785
 Acolhimento CASMI (pac novos) 636
 TOTAL GERAL 1754

ÁREA MÉDICA

C Plástica 231
 Cardiologia 1623
 Cirurgia Geral 4130
 Dermatologia 8414
 Endocrinologia 1484
 Gastroenterologista 1299
 Gineco/Obstetricia 11128
 Infectologista 1750
 Neurologista 1465
 Ortopedia 10165
 Otorrinolarisgologista 2765
 Pediatra 38375
 Pneumologista 2380
 Proctologista 37
 Psiquiatra 6127
 Oftalmologia
 Reumatologista 1301
 Urologista 1136
 TOTAL GERAL 93810

ÁREA ODONTOLÓGICA

Cirurgião Dentista C Geral 152771
 Cirurgião Dentista-odontopediatra 2606
 Cirurgião Dentista-Bucomaxilofacial 1294
 TOTAL GERAL 156671

EXAMES DIVERSOS

Espirometria 308
 Audiometria/fono 1494
 A Clinicas Laboratórios /SUS 16991
 RX Odonto 1860
 RX SMS 37113
 Análises Clínicas U Central x H Tachini 74923
 Análises Clínicas-SMS 189766
 Ecografias 27521
 Biópsias por Ecografias 71
 Eletrocardiograma 840
 TOTAL GERAL 350887

Fontes: * Sistema de Informação da SMS – G-MUS 2012.

* SIA/SUS

CONSULTAS/ATENDIMENTOS

Especialidades Serviço Comprado

ESPECIALIDADES QUANTIDADES

Consultas Proctologista 473

Consultas cardiologista 679

Cintilografia 32

Consulta C Vascular 986

Consulta Gastroenterologista 24

Odontologista Pac especiais 618

Eletroencefalograma Sono/Vigília 537

Consulta Hematologista 516

A Clínicas 10288

Mamografia 4333

Ressonância Magnética 5

Tomografia Computadorizada 395

Eletrocardiograma c/ interpretação 2578

Ecocardiograma 662

Teste Ergométrico 440

Holter 79

TOTAL GERAL 22645

CONSULTAS/ATENDIMENTOS

Especialidades Fora do Município

ESPECIALIDADES QUANTIDADES

Consultas diversas-Caxias do Sul 525

Consultas diversas-Porto Alegre 438

Litotripsia-Erechim 12

Estudo Hemodinâmico 111

Holter 52

Ressonância Magnética 265

TOTAL GERAL 1403

CONSULTAS / ATENDIMENTOS

REGIONAIS- BG como referência.

APAE 8446

Análises Clínicas 26897

Mamografia 3995

Anatomo e Citoo 21157

Oftalmologia 73222

H Tacchini 182495

TOTAL GERAL 316212

METAS PARA 2014-2017

- Dar continuidade aos serviços existentes sempre buscando aprimorá-los;
- Manter para todos os municípios que tem BG como referência o agendamento via Web, promovendo com isso a agilidade do processo de agendamento;
- Promover sempre que necessário treinamento, capacitação a todos os usuários do sistema da SMS Bento Gonçalves;
- Criação da fila de espera eletrônica com o objetivo de fazer a informação circular e não o usuário, sendo que cada Unidade de Saúde saberá em tempo real qual a situação de

seu paciente em lista de espera nas especialidades e ou exames enviados a Central de Regulação.

9 –ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O documento tem por objetivo apresentar informações referentes à saúde e a situação da Assistência Farmacêutica do município de Bento Gonçalves. Estes dados são necessários para discutir com os profissionais de saúde e membros da comunidade o Plano de Assistência Farmacêutica para o período de 2014 a 2017.

A cidade de Bento Gonçalves situa-se na serra gaúcha, fazendo parte da Aglomeração Urbana do Nordeste - AUNe RS. O município possui 111.384 habitantes (estimativa IBGE 2013).

A assistência farmacêutica (AF) é definida como o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e seu uso racional. Neste sentido ela é um elemento fundamental para garantir a integralidade de ações dos serviços de saúde, melhorando a resolução dos problemas que afetam a população.

O plano de assistência farmacêutica tem o objetivo de nortear as ações que serão implementadas para melhoria dos serviços do SUS. Para isso, ele observa os diferentes dados da saúde do município e o estágio atual dos serviços farmacêuticos prestados.

A metodologia empregada foi proposta pelo Ministério da Saúde e vem sendo utilizada desde o ano de 2007.

Responsáveis pela Assistência Farmacêutica no município:

Nome	CRFRS	VÍNCULO FUNCIONAL
Artêmio Riboldi Júnior	7503	Municipal
Carla Perizzolo	9009	Municipal
Cristina Pasqualotto Feltraco	9423	Fundação Araucária
Fabiane Bandeira Meireles	8905	Municipal
Franco Fabret Zanella	8274	Municipal
Michele Guarnieri	12944	Municipal
Tatiana Copat Nondillo	12289	Municipal

UNIDADES DE SAÚDE:

POSTO	ENDEREÇO
UBS São Roque (Zona Urbana)	Rua Arlindo Franklin Barbosa, 251
ESF Caic-Zatt (zona Urbana)	Rua Pastor J. Rodrigues Jesus, 192
Progresso II (Zona Urbana)	Rua Caetano Dal Rolt, 424
ESF Conceição (Zona Urbana)	Rua Luis girardi, s/nº
ESF Municipal (Zona Urbana)	Rua Valdelério Guerreiro Vaz, nº 50

ESF Eucaliptos (Zona Urbana)	Rua Carlos Dreher Neto, 664
ESF Vila Nova (Zona Urbana)	Rua Arlindo Augusto Menegotto, 664
ESF Licorsul (Zona Urbana)	Rua Cavalheiro José Farina, 554
UBS 15 Graciema (Zona Rural)	Estrada Geral
UBS São Pedro (Zona Rural)	Estrada Geral
UBS Tuiuty (Zona Rural)	Estrada Geral
UBS São Valentim (Zona Rural)	Estrada Geral
UBS Faria Lemos (Zona Rural)	Rua Buarque de Macedo, s/nº
UBS Zona Sul (Zona Urbana)	Rua Goiânia, 590
C.R. Materno Infantil (Zona Urbana)	Rua Dr. Casagrande, 228
UBS Unidade Central (Zona Urbana)	Rua José Mario Mônaco, 131 - Centro
PAM 24 horas (Zona Urbana)	Rua Goiânia, 590
ESF Barracão (Zona Urbana)	Linha Barracão
ESF Ouro Verde (Zona Urbana)	Rua Antônio Dalla Coleta, 32
ESF Aparecida (Zona Urbana)	Rua Giacomo Baccin, 669
ESF Santa Marta (Zona Urbana)	Rua Francisco de Carli esquina Rua Domingos de Gasperi
UBS Maria Goretti (Zona Urbana)	Rua Herdeiros Refatti, 294
Centro Municipal de Fisioterapia (Zona Urbana)	Rua José Mario Mônaco, 131 - Centro
SAD (Zona Urbana e Rural)	-
UBS Santa Helena (Zona Urbana)	Rua Pedro Koff, 634
CAPSi	Rua Carlos Dreher Filho, 261
CAPS AD	Rua Góes Monteiro, 255
CAPS II	Rua Emílio Pozza, 590

SAE/CTA	Rua Goiânia, 126
---------	------------------

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO MUNICÍPIO

População residente por Faixa Etária e Sexo

Município: Bento Gonçalves

Período: 2012

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	610	591	1201
1 a 4 anos	2292	2226	4518
5 a 9 anos	3113	3079	6192
10 a 14 anos	3760	3782	7542
15 a 19 anos	4070	4122	8192
20 a 29 anos	10676	10260	20936
30 a 39 anos	8797	8651	17448
40 a 49 anos	8187	8484	16671
50 a 59 anos	6294	6894	13188
60 a 69 anos	3642	4059	7701
70 a 79 anos	1738	2403	4141
80 anos e mais	631	1292	1923
Total	53810	55843	109653

Fonte: IBGE.

Histórico de mortalidade por 100.000 habitantes, cidade de Bento Gonçalves.

CICLO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SELEÇÃO:

A escolha do elenco de medicamentos é baseada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos estabelecidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos. A CFT era um dos objetivos apontados pelo Plano de Assistência Farmacêutica do período 2010-2013, sendo consolidada no início de 2010.

PROGRAMAÇÃO:

A programação das quantidades necessárias de medicamentos é feita através dos 04 balanços trimestrais e do balanço anual (com entradas, saídas, e possíveis perdas de medicamentos). É sempre analisada a quantia que saiu nos últimos trimestres (consumo e demanda) levando-se em conta a sazonalidade, muito peculiar na região serrana.

A ênfase é dada para medicamentos essenciais: anti-hipertensivos, anti-diabéticos, vermífugos, antibióticos, anti-térmicos.

AQUISIÇÃO:

A aquisição de medicamentos ocorre através de Pregão Presencial com registro de preços. Os recursos utilizados são próprios e transferidos, conforme orçamento.

Os critérios técnicos e legais exigidos são:

a) Alvará de Saúde expedido pela Vigilância Sanitária Municipal, em vigor, em nome da licitante, ou Licença expedida pela Vigilância Sanitária Estadual, em vigor, em nome da licitante;

b) Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE), fornecida pelo Ministério da Saúde e publicada no Diário Oficial da União ou no site da ANVISA. Se houver cotação de medicamentos da Portaria 344/98, a empresa deve apresentar também a Autorização de Funcionamento Especial.

Obs.: Os laboratórios que possuem o Certificado de Boas Práticas de Fabricação dos itens cotados, não precisam apresentar a Autorização de Funcionamento – AFE. Caso a Autorização de Funcionamento (AFE), expedida pela ANVISA, esteja vencida, deve ser comprovado o pedido de renovação junto ao órgão competente com cópia do protocolo de renovação anexado.

c) Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle por linha de produção/produtos, fornecido pela ANVISA, referente à forma farmacêutica cotada pela licitante, publicado no Diário Oficial da União.

Obs.1: No caso de produtos importados, que não possuem o certificado emitido pela ANVISA, é necessária a apresentação do Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle, emitido pela autoridade sanitária do país de origem (reconhecido pela ANVISA), acompanhado de tradução juramentada em língua portuguesa, ou laudo de inspeção emitido pela autoridade sanitária brasileira, bem como laudo de análise do(s) lote(s) a ser(em) fornecido(s), emitido(s) no Brasil.

No momento da entrega, as empresas fornecem o “Laudo analítico do fabricante de cada lote” comprovando a qualidade do produto, bem como a sua rastreabilidade.

Os setores envolvidos em todo o processo de compra são: farmácia SMS (os farmacêuticos elaboram a lista com as quantidades necessárias para o período solicitado), setor de planejamento e Comissão de Licitações.

ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO:

A implantação da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) também foi implementada nos últimos anos.

Os colaboradores responsáveis por esta etapa norteiam suas funções guiadas pelos POPs (Procedimentos Operacionais Padrão).

O recebimento de mercadoria é feito da seguinte forma:

- Depois de descarregada a mercadoria, é contada os volumes e realizada a conferência com a nota fiscal;
- É verificada a natureza da operação da nota fiscal, confirmando com o farmacêutico qual é a operação que deve constar para cada nota; É verificada a validade de todos os lotes com respectivo registro na nota fiscal. O conhecimento da nota fiscal somente deverá ser assinado depois de realizado todos os passos acima citados. Caso houver algum item em desacordo, a mercadoria não deve ser recebida.
- Após conferência, a nota fiscal é encaminhada para lançamento no sistema e pagamento. A mercadoria guardada no almoxarifado.
- A guarda da medicação é feita em dois almoxarifados, separando os controlados (Portaria 344) do restante. Os medicamentos são armazenados em ordem alfabética, sob lastros e/ou prateleiras, mantendo certa distância das paredes. É observada a disposição do medicamento conforme a validade

mais curta.

A estrutura atual dos almoxarifados não está adequada por falta de espaço físico e recursos. Atualmente o espaço é compatível com apenas 3 meses de estoque.

A distribuição dos medicamentos da farmácia SMS para unidades de saúde é feita através de pedido escrito, com datas definidas, analisado pelos farmacêuticos e dispensado conforme a análise dos balanços mensais fornecidos pelas unidades. Os colaboradores separam a medicação solicitada, conferem e providenciam o envio da mesma para respectivas unidades.

O controle de estoque é realizado através dos balanços e de programa informatizado, utilizando-se relatórios.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS ANO 2012:

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	Saída
AAs 100 mg	Comp	980.130
AAs 500 mg	Comp	1.330
Ácido Acético 6% solução	Frasco 250 ml	15
Ácido Fólico 5 mg	Comp	88.600
Ácido Folínico 15 mg	Comp ou cap	665
Ácido Tricloroacético 25%	Fr 20ml	1
Ácido Tricloroacético 70%	Fr 20ml	4
Ácido Tricloroacético 90%	Fr 20ml	1
Ácido Valpróico 250 mg/5ml – Port. 344	Fr 100 ml	2.271
Ácido Valpróico 500 mg – Port. 344	Comp	261.000
Adenosina 3mg/ml	Amp 2mL	92
Adesivo Trans. De Nicotina 14mg	Adesivo	3.164
Adesivo Trans. De Nicotina 21mg	Adesivo	3.724
Adesivo Trans. De Nicotina 7mg	Adesivo	2.982
Adrenalina 1mg/ml	Amp 1 ml	1.044
Água Destilada	Amp 5 ml	7.287
Albendazol 400mg comp	comp	3.124
Albendazol 400mg/10mL	Fr 10mL	2.439
Alendronato de Sódio 70mg	Com	21.528
Alopurinol 100 mg	Comp	145.805
Aminofilina 100 mg	Comp	59.220
Aminofilina 24 mg/ml	Amp 10 ml	475
Amiodarona 200 mg	Comp	60.350

Amiodarona 50 mg/ml	Amp	86
Amitriptilina 25 mg – Port 344	Comp	368.536
Amoxicilina 500 mg+Clavulanato 125mg comp	comp	15.160
Amoxicilina+ Clavulanato 250mg+62.5mg/5ml	Fr	3.051
Amoxicilina 250 mg/5 ml	Fr 150 ml	9.711
Amoxicilina 500 mg	Comp	225.325
Ampicilina 500 mg	Comp	14.048
Anlodipino 5mg	Comp.	289.780
Atenolol 50mg	Comp	349.005
Atropina 0,25mg/mL	Amp	97
Atropina 0,5mg/mL	Amp	60
Azitromicina 500 mg	Comp	38.508
Beclometasona aerossol (spray) 250 mcg/dose	Fr	1.092
Beclometasona aerossol (spray) 50 mcg/dose oral	Fr	144
Beclometasona aerossol (spray) 50 mcg/dose nasal	Fr	1.450
Bicarbonato de sódio 8,4%	Amp 10 ml	27
Biperideno 2 mg – Port. 344	Comp	155.239
Biperideno 5 mg/ml – Port. 344	Amp	51
Brometo Ipratrópio 0,25mg/ml	Fr 20 ml	385
Bromidrato de fenoterol 5 mg/ml	Fr 20 ml	283
Bupropiona 150mg	Comp.	6.360
Captopril 25 mg	Comp	1.056.437
Carbamazepina 2% susp – Port. 344	Fr 100 ml	1.837
Carbamazepina 200 mg – Port. 344	Comp	488.085
Carbonato de cálcio 500 mg	Comp	319.840
Carbonato de lítio 300 mg – Port. 344	Comp	254.032
Carvedilol 6,25 mg	Comp	299.870
Cefalexina 250 mg/5ml	Fr 60 ml	3.339

Cefalexina 500 mg	Comp	116.120
Ceftriaxona 1g ampola EV	Amp	1.215
Cefuroxima 500mg	Comp	360
Cefuroxima 50mg/mL pó para suspensão oral	Fr 50mL	70
Cefuroxima 750mg pó para solução injetável	Fr ampola	10
Cetoconazol xampu 2%	frasco 100ml	405
Cetoprofeno 50 mg/ml - EV	Frasco-ampola 2 ml	10.862
Ciclopentolato cloridrato 1% colírio	Fr 5mL	2
Cinarizina 75 mg	Comp	111.185
Ciprofloxacino 500 mg cpr	comp	87.655
Clonidina 0,15 mg	Comp	1.190
Clopidogrel 75mg	Comp.	84
Cloreto de potássio 10 % inj	Amp 10 ml	377
Cloreto de sódio 20% inj	Amp 20 ml	568
Clorpromazina 100 mg – Port. 344	Comp	192.618
Clorpromazina 25 mg/5ml – Port. 344 inj	Amp 5 ml	114
Clorpromazina 40 mg/ml gts – Port. 344	Fr 20 ml	1.007
Codeína 30 mg + Paracetamol 500 mg – Port. 344	Comp	92.772
Desacetil-ianatosídeo C 0,4 mg/ml	Amp 2 ml	11
Dexametasona 0,1% creme	Bisnagas 10 g	8.381
Dexametasona 4 mg/ml inj.	Amp 2,5mL	5.116
Dexclorfeniramina 2 mg	Comp	61.740
Dexclorfeniramina 2mg/5ml	Fr 120 ml	9.873
Diazepam 5 mg – Port. 344	Comp	196.040
Diazepam 5 mg/ml inj – Port. 344	Amp 2 ml	1.226
Diclofenaco de sódio 25 mg/ml - inj	Amp 3 ml	12.090
Digoxina 0,25 mg	Comp	77.216
Diltiazem 25 mg	Amp	4
Diltiazem 50 mg	Amp	12
Dimenidrinato 50 mg/ml + Piridoxina 50 mg/ml	Amp 1 ml	1.826
Dipirona 500 mg/ml – inj	Amp 2 ml	13.362
Dipirona 500 mg/ml gts	Fr 10 ml	5.517
Dipirona 500mg+adifenina 25mg+prometazina 25mg/2mL ampola	Amp	12
DIU (Dispositivo intra-uterino)	Unidade	20

Dobutamina 12,5mg/mL	Amp	0
Dopamina 50 mg inj	Amp 10 ml	32
Doxazosina 4 mg	Comp	75.000
Doxiciclina 100 mg	Drágeas	6.970
Enalapril 10 mg	Comp	2.356.920
Eritromicina 250 mg/5ml	Fr 60 ml	341
Espiramicina 1,5 MUI	Comp	2.560
Espironolactona 25 mg	Comp	141.620
Estriol 1mg/g creme vaginal	Bisnaga	1.489
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg	Cart. com 21 comp cada	279.090
Etinilestradiol 0,035 mg + Acetato de ciproterona 2,0 mg	Cart. com 21 comp cada	306.088
Etomidato 2mg/mL 10mL	Fr amp	0
Fenilefrina 10% colírio	Fr 5mL	3
Fenitoína 100 mg – Port. 344	Comp	85.353
Fenitoína 5% inj – Port. 344	Amp 5 ml	274
Fenobarbital 100 mg – Port. 344	Comp	53.560
Fenobarbital 200 mg inj – Port. 344	Amp 2 ml	31
Fenobarbital 4% gts – Port. 344	Fr 20 ml	556
Fentanila 0,05mg/mL solução injetável IV-Port.344	Amp 10mL	10
Fita para medição de glicemia	Unidade	109.300
Fluconazol 150 mg	Comp sulcado	26.380
Fluoresceína Strips	Bastões	0
Fluoxetina 20 mg – Port. 344	Comp	866.348
Furosemida 10 mg/ml inj	Amp 2 ml	1.455
Furosemida 40 mg	Comp	265.280
Gentamicina 5mg/ml (colírio)	Fr 5 ml	1.194
Gentamicina 0,5% pomada oftálmica	bisnaga 3,5g	46
Gentamicina 80 mg	Amp 2 ml	915
Glibenclamida 5 mg	Comp	389.140
Glicerina Adulto	Supositório	384
Glicerina Lactente	Supositório	273
Glicerina enema	Fr 500ml	143
Glicose 50% inj	Amp 10 ml	867
Glicosímetros	Unidade	126
Gluconato de Cálcio 10%	amp 10 ml	16
Gomas de nicotina (Nicorette) 2mg	goma	540

Guaco xarope (<i>Mikania glomerata</i>)	Fr 100-150mL	3.402
Haloperidol 2 mg/ml gts – Port. 344	Fr 20 ml	725
Haloperidol 5 mg – Port. 344	Comp	58.161
Haloperidol 5 mg/ml inj – Port. 344	Amp 1 ml	215
Haloperidol 70.52 mg/ml decanoato – Port. 344	Amp 1 ml	1.593
Heparina 5000 UI/ml	Amp	3
Hidroclorotiazida 25 mg	Comp	1.549.830
Hidrocortisona 500 mg inj	Frasco-ampola	2.133
Hidróxido de Alumínio + Magnésio	Fr 150 ml	820
Hioscina 20mg/ml ampola	amp	954
Hioscina 10 mg	Comp	151.100
Hioscina 4 mg + Dipirona 500 mg/ml inj	Amp 5 ml	9.659
Ibuprofeno 50mg/ml gotas	Fr 30 ml	8.302
Ibuprofeno 600 mg	Comp	1.118.970
Imipramina 25 mg – Port. 344	Comp	114.690
Insulina Regular	Fr 10 ml	6
Isossorbida 10 mg (dinitrato)	Comp	63.660
Isossorbida 5 mg (dinitrato) (sublingual)	Comp	11.180
Itraconazol 100mg caps	Caps	3.555
Ivermectina 6 mg	Comp	1.068
Levodopa 200 mg + Benserazida 50 mg	Comp	94.950
Levodopa 250mg + Carbidopa 25mg	Comp	27.180
Levonorgestrel 0,75 mg	Comp	160
Levotiroxina 100 mcg	Comp	218.180
Lidocaína 100 mg/ml spray	Fr 50 ml	2
Lidocaína 2% (c/vaso constritor)	Fr 20 ml	189
Lidocaína 2% (s/vaso constritor)	Fr 20 ml	1.099
Lidocaína 2% gel	Bisnagas 30 g	1.144
Loratadina 10 mg	Comp	158.228
Loratadina 1mg/ml susp. oral	Fr 100 ml	4.551
Losartan 50mg	cpr	761.300
Medroxiprogesterona 150 mg/ml	Amp 1 ml	3.139
Medroxiprogesterona 10 mg	Comp sulcado	3.200
Metformina 850 mg	Comp	1.309.665
Metildopa 250 mg	Comp	101.290
Metoclopramida 0,4% gotas	Fr 10 ml	3.582
Metoclopramida 10 mg	Comp	120.855
Metoclopramida 10 mg/2ml inj	Amp 2 ml	12.734
Metronidazol 250 mg	Comp	52.760

Metronidazol 4%	Fr 100 ml	273
Metronidazol geléia vaginal 10%	Bisnagas 50 g	2.387
Miconazol creme vaginal 2%	Bisnagas 80 g	2.769
Midazolan 5 mg/5 ml - Port. 344	Amp	75
Morfina 10mg/ml ampola-Port.344	Amp 1mL	685
Nistatina 100.000 UI/ml susp	Fr 50 ml	1.529
Nistatina 25.000 UI/gr	Bisnagas 60 g	4.332
Nitrofurantoína 100 mg	Comp	42.809
Norepinefrina hemitartrato 2mg/mL solução injetável IV	Amp 4mL	0
Noretisterona 0,35 mg	Comp	25.865
Noretisterona 50 mg + Valerato de Estradiol 5 mg/ml	Amp	2.878
Nortriptilina 10 mg - Port. 344	Caps	37.142
Nortriptilina 50 mg - Port. 344	Caps	71.513
Omeprazol 20 mg	Caps	2.385.488
Oseltamivir 75mg – Port 344	Cáps	15.460
Oseltamivir pediátrico 30mg -Port 344	Cáps	80
Oseltamivir pediátrico 45mg-Port 344	Cáps	0
Paracetamol 200 mg/ml	Fr 15 ml	18.272
Paracetamol 500 mg	Comp	1.287.310
Pasta D'água	Fr	552
Pastilhas de nicotina 4mg	Pastilhas	756
Penicilina G Benzatina 1.200.000 UI	Frasco-Ampola	4.397
Penicilina G Benzatina 600.000 UI	Frasco-Ampola	1
Penicilina Procaína 400.000 UI	Frasco-Ampola	312
Percloroeto férrico gel 49%	Bis	4
Permanganato Potássio 100 mg	Comp. Tópico	5.300
Permetrina 1% - loção	Frasco	885
Petidina 50mg/mL - Port.344	Amp 2mL	616
Pirimetamina 25 mg	Comp	300
Poliestirenosulfonato de cálcio	Envelopes	0
Prednisolona 3mg/ml sol. Oral	Fr 60 ml	4.937
Prednisona 20 mg	Comp	97.280
Prednisona 5 mg	Comp	108.810
Prometazina 25 mg	Comp	111.700
Prometazina 25 mg/ml	Amp 2 ml	1.634
Propranolol 40 mg	Comp	425.400

Proximetacaína cloridrato 0,5% colírio-Port. 344	Fr 5mL	3
Ranitidina 150 mg/10 ml	Fr 120 ml	1.976
Ranitidina 50 mg/2 ml inj.	Amp	4.649
Ringer c/ lactato de sódio	Fr 500 ml	696
Ringer c/ lactato de sódio	Fr 1.000 mL	51
Risperidona 2 mg - Port. 344	Comp	98.147
Sais p/ reidratação oral	Envelopes 27 / 27.9 g	9.611
Salbutamol 2mg/5mL	Fr 100mL	21
Salbutamol aerosol 100 mcg	Fr 200 doses	8.842
Sinvastatina 20 mg	Comp	1.868.890
Solução fisiológica	Fr 100 ml	10.243
Solução fisiológica	Fr 250 ml	37.887
Solução fisiológica	Fr 500 ml	6.364
Solução fisiológica nasal 0,9%	Fr 25 ou 30 ml	8.181
Solução glico-cloretada (fisiológica glicosada) 5%	Fr 500 ml	1.779
Solução glicose 5%	Fr 250 ml	366
Solução Schüller	Fr 250 ml	9
Sulfadiazina 500 mg	Comp	0
Sulfadiazina de prata 1%	Bisnaga 50g	820
Sulfametoxazol 4% + Trimetoprima 0.8% susp	Fr 50-60 ml	3.418
Sulfametoxazol 400 mg + trimetoprima 80 mg	Comp	40.180
Sulfato de Magnésio 50%	Amp	1
Sulfato ferroso 12,5 mg/2,5 ml xarope	Fr 60 ml	747
Sulfato ferroso 125 mg/ml gotas	Fr 30 ml	1.552
Sulfato ferroso 40 mg	Comp	177.220
Suxametônio cloreto 500mg ampola	Amp	7
Terbutalina sulfato 0,5mg/mL ampola	Amp	18
Tetracaína HCl 10 ml + fenilefrina(colírio) – Port. 344	Fr 10 ml	26
Tramadol cloridrato 50mg/ml amp-Port. 344	Amp 1mL	390
Tropicamida 1% colírio	Fr 5mL	3
Varfarina sódica 5mg	Comp	65.880
Vassopressina 20 UI/mL	Amp	0
Verapamil 80mg	Comp	252.750
Vitamina K1 10 mg (fitomenadiona)	Amp 1 ml	18

Vitaminas A + D gts	Fr 10 ml	4.065
Vitaminas do complexo B	Comp	159.150
Vitaminas do complexo B inj	Amp 2 ml	1.482
Vitaminas e Sais minerais	Comp	34.980

DISPENSAÇÃO

A dispensação é feita na farmácia SMS e em todas as unidades de saúde, mediante a apresentação de receita médica da rede pública em duas vias, somente com nome na DCB ou DCI, conforme legislação vigente (Lei nº 9.787 de 10/02/1999 Art3º); a primeira é devolvida para o paciente e a segunda arquivada na farmácia.

Medicamentos da portaria 344 somente são dispensados na farmácia SMS; a primeira via da receita é arquivada (conforme normas legais) e a segunda devolvida para o paciente.

A dispensação é feita observando normas padronizadas em POPs e é realizada por atendentes de farmácia, estagiários e farmacêuticos. Destacam-se nestas normas os procedimentos:

Solicitar o nome completo do paciente e verificar se ele já está cadastrado (caso não haja cadastro, solicitar informações necessárias para fazê-lo). Registrar no sistema todos os medicamentos que serão dispensados para o paciente. Em cada item dispensado, colocar na receita o carimbo com os dizeres: ENTREGUE SMSBG. Receitas de medicamentos de uso contínuo, prescritos em receituários da rede pública devem ser demarcados com carimbo específico e são dispensados mensalmente (e/ou a cada dois meses).

Anotar com etiqueta branca a posologia de cada medicamento, revisar se o medicamento está correto conforme receituário médico (nome do medicamento, forma farmacêutica, dosagem e quantidade). Orientar o paciente no momento da entrega.

Em caso de dúvida, o medicamento não deve ser dispensado. Questionar o farmacêutico.

Todas as unidades de saúde possuem o sistema, contudo algumas não realizam todos os lançamentos. Uso racional de medicamentos.

Os medicamentos não são dispensados sem receituário. Existe atenção farmacêutica para o usuário na dispensação da medicação.

RECURSOS DISPONÍVEIS PARA AS ATIVIDADES ACIMA DESCRITAS:

RECURSOS HUMANOS.

Os farmacêuticos são os responsáveis pelo acompanhamento técnico geral de todas as atividades. Os demais colaboradores atuam na dispensação, reposição de estoques, almoxarifado, inclusão de dados no sistema, balanços, entre outras atividades supervisionadas. A equipe passa por treinamentos individuais, e processos de capacitação, conforme os recursos disponíveis. A quantidade de profissionais farmacêuticos e sua carga horária foram ampliados. Eram três profissionais de 20 horas e uma de 40 horas semanais. Atualmente são quatro profissionais com 40 horas, uma com 30 horas, uma com 20 horas e mais um farmacêutico que presta assessoria. Ainda foi feito o chamamento de mais um farmacêutico para 20 horas semanais.

RECURSOS MATERIAIS.

A estrutura disponível é a farmácia SMS (registrada no conselho regional de farmácia com nº 5964), CAF (registrada no conselho regional de farmácia com nº 22544), unidades de saúde,

unidade móvel. Os equipamentos disponíveis incluem computadores, impressoras, material de escritório, geladeiras, termômetros.

RECURSOS FINANCEIROS

Os gastos com medicamentos no ano de 2012 foram de R\$ 1.432.839,71.

9.1 – PLANO DE AÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1-Gestão da Assistência Farmacêutica – Capacidade para realizar a gestão do Ciclo de Assistência Farmacêutica							
Capacidade para:	Meta	Ações	Período de execução	Responsável	Indicador	Prioridade	Orçamento
Institucionalizar a assistência farmacêutica	A assistência farmacêutica é reconhecida e aceita pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde e consta formalmente na estrutura organizacional. As ações de organização da assistência farmacêutica estão inseridas no plano de saúde e no orçamento anual. As ações de organização da assistência farmacêutica estão integradas no SUS e nas instâncias de controle social.	Permanecer com as ações já realizadas atualmente, visto que, a Secretaria já se encontra no estágio meta. Em relação a instâncias de controle social é necessário colocar vaga exclusiva (titularidade e suplência).	1 ano	Gestor	Existência de assistência farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal da Saúde.	1	

Planejar a organização da assistência farmacêutica	Há planejamento para a organização da assistência farmacêutica nas diferentes etapas do seu ciclo, porém, ou o plano de trabalho não é cumprido, ou o planejamento é feito apenas para algumas etapas.	É necessário aumentar a capacidade de armazenamento para atingir o estágio 3 e melhorar o sistema de farmacovigilância.	2 anos	Gestor	Inclusão da assistência farmacêutica no Plano Municipal de Saúde, com definição de objetivos e metas.	1	
Estruturar e organizar os serviços de assistência farmacêutica.	A maioria dos serviços de assistência farmacêutica está estruturada e organizada.	Permanecer com a organização já existente, visto que, a Secretaria já se encontra no estágio meta.	Não aplicável	Não aplicável	Porcentagem de serviços de assistência farmacêutica em condições adequadas de funcionamento.	Não aplicável	
Avaliar as ações de assistência farmacêutica	Coleta esporádica de dados para monitoramento e avaliação, não havendo uma estratégia clara para interpretação.	Permanecer com a coleta e dados já existente, visto que, a Secretaria já se encontra no estágio meta.	Não aplicável	Não aplicável	Existência de procedimentos para o monitoramento da assistência farmacêutica por meio de indicadores.	Não aplicável	

2-Seleção: Capacidade para trabalhar com uma Relação de Medicamentos Essenciais ou para elaborá-la.

Capacidade para:	Meta	Ações	Período de execução	Responsável	Indicador	Prioridade	Orçamento
Utilizar ou elaborar relação de medicamentos essenciais.	A lista se baseia na Resme/Renam e atende ao perfil epidemiológico do município.	Permanecer observando as listas, o perfil epidemiológico e a CFT.	Indeterminado	Não aplicável	Existência de relação municipal ou estadual de medicamentos	Não aplicável	

	Existe também um processo de seleção de medicamentos, realizado por uma CFT que obedece aos critérios definidos de análise da literatura científica.				essenciais (além da lista pactuada).		
Divulgar a Relação de Medicamentos Essenciais (Remume) ou da lista pactuada para a atenção básica para os prescritores.	Existe sistemática de divulgação da lista que permite conhecimento pelos profissionais.	A cada atualização da lista os postos e 24h são comunicados	Continuado	Farmacêuticos	*Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) ou da lista pactuada para a atenção básica. *Existência da Remume ou lista pactuada da atenção básica impressa e disponível aos prescritores nos consultórios.	Não aplicável	

dotar protocolos clínicos	Adota protocolos clínicos, porém não há avaliação da utilização dos mesmos.	Garantir a adesão aos protocolos clínicos	Coordenação médica, CFT e farmácia SMS.	2 anos	Existência de Protocolos Clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas unidades de saúde.	2	
---------------------------	---	---	---	--------	--	---	--

3-Programação/aquisição: Capacidade para assegurar a programação e a aquisição de medicamentos em quantidade e tempo oportunos

Capacidade para:	Meta	Ações	Período de execução	Responsável	Indicador	Prioridade	Orçamento
Programar adequadamente	A programação leva em consideração dados epidemiológicos, de consumo histórico, de consumo ajustado e oferta de serviços e recursos financeiros.	Manter a conduta existente visto que a Secretaria já se encontra no estágio meta.	Não aplicável	Não aplicável	Realização de programação das necessidades de medicamentos de acordo com os métodos recomendados, documentada em memória de cálculo.	Não aplicável	
Deflagrar o processo de aquisição em tempo oportuno.	A aquisição considera integralmente dados de estoque e demanda do município.	Manter a conduta existente visto que a Secretaria já se encontra no estágio meta	Não aplicável	Não aplicável	Porcentagem de processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento nos serviços de saúde nos últimos 12 meses.	Não aplicável	

Garantir disponibilidade de medicamentos em quantidade e tempo oportunos para atender às necessidades de saúde.	O processo de aquisição de medicamentos atende parcialmente às demandas do município	Ampliar a área de estoque para diminuir faltas de medicamentos.	Gestor	1 ano.	Porcentagem de itens de medicamentos programados e adquiridos na quantidade programada.	1	
Garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos.	Estabelece especificações técnicas dos medicamentos, faz avaliação técnica para definir a aquisição e garante que o edital exija os documentos que assegurem a qualidade dos medicamentos.	Manter conduta existente, visto que, a Secretaria já se encontra no estágio meta.	Não aplicável	Não aplicável	Existência de catálogo contendo as especificações técnicas dos medicamentos para os editais de aquisição municipal.	Não aplicável	

4-Armazenamento/Distribuição/Transporte: Capacidade para assegurar o acesso a medicamentos seguros quanto à manutenção das suas características físico-químicas.

Capacidade para:	Meta	Ações	Período de execução	Responsável	Indicador	Prioridade	Orçamento
Garantir o armazenamento correto dos medicamentos.	O local de armazenamento não possui condições sanitárias adequadas para a guarda de medicamentos.	Ampliação do espaço físico Reforma do local conforme legislação vigente.	1 ano	-Farmácia (elaboração do projeto); -Setor de licitações; -Gestor;	Existência de Procedimentos Operacionais Padrão que descrevem as normas para o correto armazenamento dos medicamentos	1	

Garantir transporte adequado dos medicamentos	O transporte dos medicamentos atende parcialmente às Boas Práticas.	Realização de treinamentos com os servidores do setor de transportes . Cumprimento do POP integralmente.	1 ano	- Coordenação de transportes e educação permanente.	Existência de Procedimentos Operacionais Padrão que descrevem as normas para o transporte dos medicamentos	1	
Armazenar nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde	Os medicamentos são armazenados em área física com condições sanitárias adequadas e sob controle de um profissional responsável. O Sistema de controle de estoques é informatizado até a distribuição do almoxarifado para as Unidades de Saúde, fornecendo dados consistentes e confiáveis para a gestão.	Todas as unidades devem ter um espaço físico conforme legislação vigente.	1 ano	Gestor e Farmácia.	Existência de farmácia nas Unidades de Saúde com dimensão suficiente e condições adequadas para o armazenamento de medicamentos.	1	

5-Prescrição de medicamentos.

Capacidade para:	Meta	Ações	Período de execução	Responsável	Indicador	Prioridade	Orçamento
------------------	------	-------	---------------------	-------------	-----------	------------	-----------

Promover a adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais.	Realiza ações de promoção da adesão dos prescritores à Relação de Medicamentos Essenciais, mas não avalia.	Avaliar formalmente.	1 ano	Farmacêuticos	Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da relação de medicamentos adotada (pode ser a Rename, a Resme, a Remume ou a lista pactuada).	2	
Promover a qualidade das prescrições	Avalia a qualidade da prescrição e retorna à equipe os problemas relacionados às prescrições.	Manter conduta existente, visto que, a Secretaria já se encontra no estágio meta.	Não aplicável	Não aplicável	Porcentagem de prescrições que atendem à legislação específica.	Não aplicável	
Promover educação para o uso racional de medicamentos para os prescritores.	Realiza processos educativos relacionados ao uso racional de medicamentos esporadicamente.	Estar incluso sempre na educação permanente	6 meses	Farmácia	Existência de programação continuada para promoção do uso racional de medicamentos para os prescritores.	2	
		Divulgação de legislações relacionadas com prescrições de medicamentos.	6 meses	Farmácia			

6-Dispensação: Capacidade para realizar a dispensação adequada de medicamentos nas farmácias das Unidades de Saúde.

Capacidade para:	Meta	Ações	Período de execução	Responsável	Indicador	Prioridade	Orçamento
------------------	------	-------	---------------------	-------------	-----------	------------	-----------

Organizar a farmácia nas Unidades de Saúde.	As farmácias não têm dimensão suficiente, infraestrutura adequada, disponibilidade de local de atendimento privado ou semi-privado, e, nem de número adequado de farmacêuticos, pessoal auxiliar e/ ou estagiários nas equipes. O serviço, que já se apresentava no limite, aumentou mais 50% desde 2009 e a estrutura física não foi alterada.	Verificar se todas as Unidades possuem adequado espaço físico para tal fim.	1 ano	Farmácia	Existência de farmácia nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições estruturais adequadas para o trabalho (recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação, recursos informáticos e de internet).	1	
		Implantação de farmácias distritais em São Roque e na U. Central	2 anos	Gestor			
Garantir processo de trabalho adequado na dispensação.	A dispensação é realizada segundo normas técnicas adequadas, descritas em manuais.	Contratação de Farmacêutico Volante e para o NASF. Cumprimento do POP para dispensação.	2 anos	Gestor	Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação e de espaço físico nas unidades de saúde para atendimento ao usuário.	2	
Garantir gestão adequada da dispensação de medicamentos.	As farmácias dispõem exclusivamente mediante receita de profissional habilitado.	Contratação de farmacêutico para acompanhamento farmacoterapêutico no SAE DST/AIDS.	1 ano	Gestor	Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação dos medicamentos.	1	
7-Recursos Humanos: Capacidade para dispor de recursos humanos qualificados e em número suficiente para a Assistência Farmacêutica.							
Capacidade para:	Meta	Ações	Período de execução	Responsável	Indicador	Prioridade	Orçamento

Disponer de farmacêutico para a execução e a organização da Assistência Farmacêutica	Há pelo menos um farmacêutico em cada um desses serviços: a) Gerência da Assistência Farmacêutica; b) Almoxarifado de medicamentos; c) Ambulatórios de especialidades; d) Hospitais e pronto-socorros da Administração Direta; e) Serviços de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial.	Manter conduta existente, visto que, a Secretaria já se encontra no estágio meta	Não aplicável	Não aplicável	22 a 27 (ver abaixo)	Não aplicável	
--	---	--	---------------	---------------	----------------------	---------------	--

Indicador 22: Existência de pelo menos um farmacêutico trabalhando com a assistência farmacêutica no nível central da SMS.

Indicador 27: Porcentagem de unidades de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial que possuem farmacêutico na dispensação

Disponer de pessoal auxiliar com curso formal ou treinamento com carga horária maior que 40 horas em assistência farmacêutica para, sob a orientação do farmacêutico, executar tarefas de apoio à realização e à organização dos serviços.	O pessoal auxiliar das atividades de assistência farmacêutica, em sua maioria, possui curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas em AF.	Voltar a fazer cursos de Atendente de Farmácia.	2 anos	Gestor/ Farmácia	Porcentagem de trabalhadores da assistência farmacêutica (exceto o farmacêutico) que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 horas em Assistência Farmacêutica.	2	
--	--	---	--------	------------------	--	---	--

Realizar treinamentos e capacitações internas para a secretaria de saúde ou possibilitar a participação do pessoal da AF (farmacêutico e pessoal auxiliar) em cursos de atualização, capacitação, entre outros, voltados para a AF, externos à secretaria de saúde.	São realizados treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF ou de promove a sua participação em cursos externos, mas de forma esporádica. Sem uma programação permanente.	Programa ção permanente para realização de treinamentos. Facilitar cursos para os farmacêuticos.	2 anos	Gestor/ Farmácia	*Existência de plano vigente de educação permanente para profissionais (nível superior e médio) que atuam na assistência farmacêutica. *Porcentagem de trabalhadores da AF que foi treinada nos últimos 5 anos.	2	
---	--	--	--------	---------------------	--	---	--

Treinamento ou capacitação em AF: é considerado qualquer curso com carga horária superior a 40 horas que tenha como meta informar ou aperfeiçoar as atividades da assistência farmacêutica a serem desempenhadas pelo pessoal auxiliar.

8-Farmacovigilância: Capacidade para implantar o sistema de farmacovigilância no município.

Capacidade para:	Meta	Ações	Período de execução	Responsável	Indicador	Prioridade	Orçamento
Notificar e encaminhar fichas de Notificação de Eventos Adversos a *medicamentos para o sistema estadual e nacional de farmacovigilância.	Existem profissionais capacitados pela Vigilância Sanitária, porém essa ação não é realizada.	Melhorar sistema de farmacovigilância	2 anos	Farmacêuticos	Porcentagem de profissionais capacitados para a notificação de eventos adversos a medicamentos (médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, entre outros).	2	

*As fichas podem ser obtidas no endereço eletrônico da ANVISA:

<http://www.anvisa.gov.br/servicos/form/farmaco/indx.htm>

10 – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Em março de 2010 iniciou no município de Bento Gonçalves o Serviço de EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS) baseadas nas portarias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que foram lançadas inicialmente em 2004 pela Portaria nº 198/GM/MS, e pela portaria Nº 1.996 de 2007. Com objetivo de capacitar permanentemente os profissionais da Secretaria de saúde do município através de capacitações centrais e em loco nos seus próprios locais de trabalho. Pois acredita-se que através da Educação de seus profissionais a qualificação do SUS possa ser atingida. Foram realizados levantamentos junto a todos profissionais de saúde, das unidades e setores em 2010, 2011 e 2012 para conhecer todos os profissionais e seus interesses de capacitações. E baseados nessas necessidades foram criados cronogramas mensais, semestrais ou anual de capacitações.

Sendo que de março de 2010 a junho de 2013 foram realizadas 1955 horas de capacitações, 231 eventos ou ciclos educativos onde participaram 8860 pessoas e foram fornecidos 5564 certificados de participação. A EPS auxiliou nas capacitações onde Bento Gonçalves foi primeiro município do estado e o terceiro município brasileiro a receber a certificação da Rede Amamenta Brasil e hoje participa da nova Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

A comunidade de Bento Gonçalves e cidades vizinhas só ganharam em qualificação com a Introdução da Educação Permanente em Saúde no município, pois diversas atividades incluíram a parceria de outros municípios como atores desse processo de mudança e melhorias do Serviço do SUS prestado aos usuários do município e região. Hoje, além de o serviço fazer parte da Região de Saúde Nº 25, o qual Bento Gonçalves é o município sede dessa região, que fazem parte 22 municípios e onde se encontram periodicamente para juntos analisarem as necessidades de capacitações para região Vinhedos e Basalto bem como elaborar o Plano Regional da Educação Permanente em Saúde.

E também está ligado diretamente a Escola de Gestão do Município. Salientamos que a EPS em 2012 apresentou sua experiência em três grandes Congressos: O Internacional da Rede Unida, no Rio de Janeiro, no Brasileiro de Saúde Coletiva e no Brasileiro de Enfermagem, ambos em Porto Alegre e tendo como destaque o não pagamento de nenhum palestrante/facilitador dessas quase duas mil horas de capacitações.

Resumo da Produção da Educação Permanente em Saúde de Março/ 2010 até 30 de junho de 2013

ANO	Total Horas Capacitação	Total Participantes	Total Certif.
2010 (março a dez).	499	1650	1514
2011 (jan. a dez.)	531	2398	1770
2012 (jan a 10 dezembro 2012)	621	3508	1724
2013 (jan a junho de	304	1304	556

2013)			
TOTAL	1955	8860	5564

OBJETIVO:

Promover ações de Educação Permanente visando Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS

DIRETRIZ:

- Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.
- Implementar a política de formação, desenvolvimento e valorização do servidor da área de saúde

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE						
Objetivo Geral		Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS				
Primeira Diretriz		- Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.				
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Aumentar a qualificação e fixação de profissionais d SUS baseado planos regionais da EPS	Participar em (50%, 60%, 70 e 80%) das ações realizadas e pactuadas na CIR e CIB	Nº de ações realizadas e/Nº de participações X 100	50%	60%	70%	80%
Ampliar a qualificação e fixação de profissionais para o SUS na Equipes de Atenção Básica baseado necessidades do município	Capacitações baseadas no levantamento das necessidades dos colaboradores da Saúde (30%), das coordenações (40%) e do Plano Regional da EPS (30%).	Nº de participantes /Nº de horas de capacitações* x 100 *capacitações por área temática prioritária	25% Prioridade Rede Cegonha	25% Prioridade DANTs	25% Prioridade Saúde Mental	25% Prioridade Urgência e Emergência
Realizar levantamento das necessidades de	Organizar 01 levantamento anual entre os funcionários e setores da SMS	Nº questionários respondidos / nº total de funcionários	1	1	1	1

capacitações junto aos funcionários da SMS/BG.	sobre necessidades	da SMS-BG				
Telessaúde Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS através do Telessaúde	Instalar 11 pontos do Telessaúde Brasil Redes e Aumentar 6 pontos até 2017	Número de pontos implantados	11	+ 06 em UBS	+ 06	A. Sec. e urgência
Monitorar a inserção dos estagiários na SMS/BG. Implantar a padronização e controle dos locais dos estagiários dentro da SMS/BG.	Controle e acompanhamento de 100% dos estagiários por cursos e instituições. Acolhimento, recebimento e arquivo da documentação (convênio, termos e ações) e apresentação final de Mostra das intervenções/pesquisas	Nº de estagiários por semestre/ Nº de estagiários participantes x 100	1 acolhimento anual/semest. Mostra de trabalhos dos acadêmicos p/ ano	1 acolhimento anual/semest. Mostra de trabalhos dos acadêmicos p/ ano	1 acolhimento anual/semest. Mostra de trabalhos dos acadêmicos p/ ano	1 acolhimento anual/semest. Mostra de trabalhos dos acadêmicos p/ ano
Acolher todos os Colaboradores novos na SMS-BG	Realizar 8 Encontros de Acolhimentos aos novos colaboradores da SMS para socializar os fluxos, serviços e Rede de Atenção da SMS-BG	Nº de participantes/ Nº de ingressos x 100	2	2	2	2
Aprimorar estratégias de Acolhimento e Humanização no atendimento aos usuários	Realizar capacitações para 80% dos profissionais da Saúde para utilização dos protocolos de sistema de cores do MS e Humaniza-SUS	Nº de capacitações/ Nº de participantes x 100	20	20	20	20
Realizar	Realizar 02 módulos	Nº de	1 NS	1 NS	1 NS	1 NS

Cursos introdutórios de 40 horas para profissionais de ESF (Nível superior e ACS), conforme exigência SUS para municípios com mais de 100 mil habitantes	anuais do Introdutório (1 nível superior de 40h 1 para ACS de 40h). (Já realizados 2 para nível superior e 1 p/ ACS)	capacitações/ Nº de participantes x 100	1 ACS	1 ACS	1 ACS Planejar o Curso Introdutório II p/ Nível Superior.	1 ACS Realizar o Curso Introdutório II p/ Nível superior
Avançar com a Política da Educação Permanente na Secretaria Municipal da Saúde de Bento Gonçalves.	Formalizar em 1 Lei Mun. da EPS através de NUMESC (Núcleo municipal de Saúde Coletiva)	Criar Lei Municipal	Organizar o projeto da EPS	Enc. P/ CMS e C. Veread.	Construir um grupo de gestão da EPS municipal	Revisar atualizar o Plano Municipal da EPS
Participar, colaborar e auxiliar na implantação dos projetos da Microda Serra.	Manter 02 encontros periódicos da Educação Permanente em Saúde Regional (Vinhedos e Basalto)	Nº de encontros/Nº de participações x 100	2	2	2	2
Contribuir na capacitação e formação dos atores do SUS em nível municipal	Cursos de especialização/ mestrado e/ou doutorado presencial ou EAD/ Educação profissionalizante, em parceria com a EPS regional e nacional	40 novos profissionais especializados até 2017 (3 iniciados em 2013- 2 gestão e 1 regulação) Apresentar os TCC em Mostras Científicas Municipais,	10 esp. 1 Mostra Científica	10 esp. 1 Mostra Científica	10 esp. 1 Mostra Científica	10 esp. 1 Mostra Científica

		regionais e nacional				
Segunda Diretriz		Contribuição à formação em saúde da comunidade, estagiários, conselheiros de saúde e futuros trabalhadores do SUS				
Promover ações de Educação Permanente em cooperação com todas coordenações e setores da SMS	Encontros com coordenadores dos serviços para planejamento anual de capacitações	Horas de Capacitações através de ciclos de capacitações, encontros, roda de conversa, seminários, cursos entre outros	Nº de Horas de Capacitações anual da EPS	Nº de Horas de Capacitações anual da EPS	Nº de Horas de Capacitações anual da EPS	Nº de Horas de Capacitações anual da EPS
Capacitar as equipes de Saúde Bucal	Desenvolvimento de ações coletivas através de capacitações de todas equipes Saúde Bucal em conjunto com Coordenação S. Bucal	Número encontros ofertados/ Nº participantes x 100	1 Ciclo de 40 horas anual	1 Ciclo de 40 horas anual	1 Ciclo de 40 horas anual	1 Ciclo de 40 horas anual
Implantar protocolos clínicos assistenciais de Enfermagem em Saúde da Mulher e atendimento à criança conforme as diretrizes da Rede Cegonha	Implantação de 4 protocolos assistências Enfermagem em Pré-natal, prevenção do câncer de mama e colo do útero e protocolo de puericultura	Implantação e Regulação do Protocolo de Saúde	1	1	1	1
Planejar, Auxiliar e certificar as oficinas de trabalho da Estratégia Amamenta e Alimenta	Realização de 18 oficinas (ofícios, liberação, caracterização Unidades, fichas e certificação).	Nº de Oficinas planejadas/Nº de oficinas realizadas x 100 (5oficinas 1º semestre 2013, 6 ofic.	6	6	6	1 oficina para novos funcionários

Brasil nas Unidades de Saúde(EAAB)		Planejadas 2º semestre 2013)				
Auxiliar em capacitações do Controle social	Certificar as Capacitações de educação Permanente de Conselheiros e Lideranças Comunitárias na Saúde	Nº de horas de Capacitações/Nº de participantes) x 100 (Conferência Municipal, Cursos de Gestantes, de diabéticos, hipertensos, idosos, pessoas com deficiência, na comunidade e US)	50%	55%	60%	70%
Projetos		Período				
Implantar a Política da Educação Permanente na Secretaria Municipal da Saúde de Bento Gonçalves.		2010				
Realizar levantamento das necessidades de capacitações junto aos funcionários da SMS/BG.		2010				
Participar, colaborar e auxiliar na implantação dos projetos da Microrregional da Serra.		2010-2013				
Contribuir na capacitação e formação dos atores do SUS em nível municipal e/ou regional.		2010-2013				
Implantar a padronização e controle dos locais dos estagiários dentro da SMS/BG.		2010-2013				
Metas		Período				
Promover ações voltadas à capacitação permanente dos servidores da área da saúde.		2010-2013				
Realizar pesquisa junto aos funcionários da SMS sobre necessidades de capacitações.		2010-2013				
Organizar cursos, oficinas e seminários de capacitação conforme		2010-2013				

as necessidades do município.						
Organizar um fluxograma de estagiários nos diversos serviços da SMS/BG (estágios curriculares e extracurriculares dos diversos cursos).		2010-2013				
Eixo: EPS: Proporção de ações de Educação Permanente implementadas e/ou realizadas						
Objetivo Geral		Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS				
Primeira Diretriz		Diretriz Nacional Diretriz 11- Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.				
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Aumentar a qualificação e fixação de profissionais d SUS baseado planos regionais da EPS	Participar em (50%, 60%,70 e 80%) das ações realizadas e pactuadas na CIR e CIB	Nº de ações realizadas e/Nº de participações X 100	50%	60%	70%	80%
Ampliar a qualificação e fixação de profissionais para o SUS na Equipes de Atenção Básica baseado necessidade s do município	Capacitações baseadas no levantamento das necessidades dos colaboradores da Saúde (30%), das coordenações (40%) e do Plano Regional da EPS (30%).	Nº de participantes /Nº de horas de capacitações* x 100 *capacitações por área temática prioritária	25% Prioridade Rede Cegonha	25% Prioridade DANTs	25% Prioridade Saúde Mental	25% Prioridade Urgência e Emergência
Realizar levantamento das necessidades de capacitações junto aos funcionários	Organizar 01 levantamento anual entre os funcionários e setores da SMS sobre necessidades	Nº questionários respondidos / nº total de funcionários da SMS-BG	1	1	1	1

da SMS/BG.						
Tele-saúde Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS através do Telessaúde	Instalar 11 pontos do Telessaúde Brasil Redes e Aumentar 6 pontos até 2017	Número de pontos implantados	11	+ 06 em UBS	+ 06	A. Sec. e urgência
Monitorar a inserção dos estagiários na SMS/BG. Implantar a padronizaçã o e controle dos locais dos estagiários dentro da SMS/BG.	Controle e acompanhamento de 100% dos estagiários por cursos e instituições. Acolhimento, recebimento e arquivo da documentação (convênio, termos e ações) e apresentação final de Mostra das intervenções/pesqui sas	Nºde estagiários por semestre/ Nº de estagiários participantes x 100	1 acolhimen to anual/ semest. Mostra de trabalhos dos acadêmicos p/ ano	1 acolhimen to anual/ semest. Mostra de trabalhos dos acadêmicos p/ ano	1 acolhimen to anual/ semest. Mostra de trabalhos dos acadêmicos p/ ano	1 acolhimen to anual/ semest. Mostra de trabalhos dos acadêmicos p/ ano
Acolher todos os Colaborador es novos na SMS-BG	Realizar 8 Encontros de Acolhimentos aos novos colaboradores da SMS para socializar os fluxos, serviços e Rede de Atenção da SMS-BG	Nº de participantes/ Nº de ingressos x 100	2	2	2	2
Aprimorar estratégias de Acolhiment o e Humanizaçã o no atendiment o aos usuários	Realizar capacitações para 80% dos profissionais da Saúde para utilização dos protocolos de sistema de cores do MS e Humaniza-SUS	Nº de capacitações/ Nº de participantes x 100	20	20	20	20
Realizar Cursos introdutório s de 40	Realizar 02 módulos anuais do Introdutório (1 nível superior de	Nº de capacitações/ Nº de participantes x	1 NS 1 ACS	1 NS 1 ACS	1 NS 1 ACS Planejar o	1 NS 1 ACS Realizar o

horas para profissionais de ESF (Nível superior e ACS), conforme exigência SUS para municípios com mais de 100 mil habitantes	40h 1 para ACS de 40h). (Já realizados 2 para nível superior e 1 p/ ACS)	100			Curso Introdutório II p/ Nível Superior.	Curso Introdutório II p/ Nível superior
Avançar com a Política da Educação Permanente na Secretaria Municipal da Saúde de Bento Gonçalves.	Formalizar em 1 Lei Mun. da EPS através de NUMESC (Núcleo municipal de Saúde Coletiva)	Criar Lei Municipal	Organizar o projeto da EPS	Enc. P/ CMS e C. Veread.	Construir um grupo de gestão da EPS municipal	Revisar atualizar o Plano Municipal da EPS
Participar, colaborar e auxiliar na implantação dos projetos da Micro da Serra.	Manter 02 encontros periódicos da Educação Permanente em Saúde Regional (Vinhedos e Basalto)	Nº de encontros/Nº de participações x 100	2	2	2	2
Contribuir na capacitação e formação dos atores do SUS em nível municipal	Cursos de especialização/ mestrado e/ou doutorado presencial ou EAD/ Educação profissionalizante, em parceria com a EPS regional e nacional	40 novos profissionais especializados até 2017 (3 iniciados em 2013- 2 gestão e 1 regulação) Apresentar os TCC em Mostras Científicas Municipais, regionais e nacional	10 esp. 1 Mostra Científica	10 esp. 1 Mostra Científica	10 esp. 1 Mostra Científica	10 esp. 1 Mostra Científica
Segunda Diretriz		Contribuição à formação em saúde da comunidade, estagiários,				

		conselheiros de saúde e futuros trabalhadores do SUS				
Promover ações de Educação Permanente em cooperação com todas as coordenações e setores da SMS	Encontros com coordenadores dos serviços para planejamento anual de capacitações	Horas de Capacitações através de ciclos de capacitações, encontros, roda de conversa, seminários, cursos entre outros	Nº de Horas de Capacitações anual da EPS	Nº de Horas de Capacitações anual da EPS	Nº de Horas de Capacitações anual da EPS	Nº de Horas de Capacitações anual da EPS
Capacitar as equipes de Saúde Bucal	Desenvolvimento de ações coletivas através de capacitações de todas as equipes Saúde Bucal em conjunto com a Coordenação S. Bucal	Número de encontros ofertados/ Nº participantes x 100	1 Ciclo de 40 horas anual	1 Ciclo de 40 horas anual	1 Ciclo de 40 horas anual	1 Ciclo de 40 horas anual
Implantar protocolos clínicos assistenciais de Enfermagem em Saúde da Mulher e atendimento à criança conforme as diretrizes da Rede Cegonha	Implantação de 4 protocolos assistenciais de Enfermagem em Pré-natal, prevenção do câncer de mama e colo do útero e protocolo de puericultura	Implantação e Regulação do Protocolo de Saúde	1	1	1	1
Planejar, Auxiliar e certificar as oficinas de trabalho da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil nas	Realização de 18 oficinas (ofícios, liberação, caracterização Unidades, fichas e certificação).	Nº de Oficinas planejadas/Nº de oficinas realizadas x 100 (5 oficinas 1º semestre 2013, 6 ofic.)	6	6	6	1 oficina para novos funcionários

Unidades de Saúde(EAAB)		Planejadas 2º semestre 2013)				
Auxiliar em capacitações do Controle social	Certificar as Capacitações de educação Permanente de Conselheiros e Lideranças Comunitárias na Saúde	Nº de horas de Capacitações/Nº de participantes) x 100 (Conferência Municipal, Cursos de Gestantes, de diabéticos, hipertensos, idosos, pessoas com deficiência, na comunidade e US)	50%	55%	60%	70%

DIRETRIZ NACIONAL

Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos trabalhadores dos SUS.

OBJETIVO NACIONAL

Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS Meta;

Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB;

INDICADOR

Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas

RELEVÂNCIA DO INDICADOR

Verificar a implantação/execução das ações de educação permanente em saúde apontadas no Plano Regional;

MÉTODO DE CÁLCULO

- Método de cálculo Regional, Estadual e DF: número de ações realizadas e/ou implementadas x 100 número de ações propostas no Plano Regional/Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- Método de cálculo Municipal: número de ações realizadas e/ou implementadas pelo município
- x 100 número de ações propostas para o município no Plano Regional de Educação Permanente em Saúde.
- Devem considerar também as demandas de qualificação pactuadas na implementação das redes de atenção a saúde prioritária.

- Método de Cálculo Municipal, Estadual e DF número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, cadastrados no CNES, em determinado local x 100 número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, cadastrados no CNES, no mesmo local. Método de Cálculo Regional Número de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, cadastrados no CNES nos municípios da região x 100.
- Número total de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, cadastrados no CNES nos municípios da região.

Fonte : Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

PERIODICIDADE DOS DADOS PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Os dados serão acompanhados em acordo com informações contidas no SCNES, anualmente.

TRABALHADORES DO SUS

São todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nas instituições que compõem o SUS, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de suas funções.

Promover ações de Educação Permanente visando a valorização do servidor e melhoria da qualidade dos serviços ao usuário.

Instituir uma coordenação de Educação Permanente, subordinada diretamente ao gabinete do secretário, com a finalidade de executar as diretrizes e projetos constantes do Plano Municipal de Saúde, assegurar o objetivo e acompanhar o cumprimento das metas estabelecidas para a Educação Permanente em Saúde.

REDE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA

- Qualificação de profissionais da Rede de Atenção Básica em diagnóstico/detecção precoce do câncer de mama e do câncer do colo do útero.

▪

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA 124

- Qualificação de profissionais de nível médio e superior para atuação em Ortese e Prótese.

▪

REDE CEGONHA

- Formação de profissionais especializados em enfermagem obstétrica.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - ENFRENTAMENTO DO CRACK E OUTRAS DROGAS

- Qualificação de profissionais de saúde de nível superior para atuação em Consultórios de Rua e Serviços de Urgência
- Qualificação de profissionais dos CAPS para atuação como teleconsultores para serviços de saúde não especializados.

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

- Qualificação de profissionais da RUE em Classificação de Risco
- Qualificação de profissionais da RUE na atenção ao paciente politraumatizado

- Qualificação de profissionais da RUE para implantação do protocolo de atenção ao paciente vítima de politrauma
- Qualificação em Normatização do Atendimento ao Paciente Queimado
- Qualificação para profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no atendimento ao paciente vítima de trauma
- Implantação de Protocolo AVC
- Qualificação de equipes hospitalares nos Protocolos de Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e Trauma.

ATENÇÃO BÁSICA

- Qualificação em Atenção Domiciliar

RESPONSABILIDADE DA UNIÃO PARA O ALCANCE DA META

- Apoiar o funcionamento das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES);
- Apoiar na elaboração do Plano Regional e Plano Estadual de Educação Permanente na definição de estratégias para atender as demandas de qualificação das redes de atenção;
- Definição metodológica da coleta de dados para dimensionamento da força de trabalho no SUS;
- Dinanciamento das ações definidas nos planos de educação permanente.

RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Departamento de Gestão da Educação em Saúde –DEGES/ Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde –SGTES/MS E-mail: peps@saude.gov.br

Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde –SGTES/MS.

META

Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos.

INDICADOR

- Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos Relevância do indicador.
- Mensurar a proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, orientando as políticas de gestão do trabalho relacionadas à valorização e fixação dos trabalhadores nos Estados, DF e Municípios e União.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)

A Educação Permanente em Saúde está regulamentado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde pelas Portarias nº 198/GM/MS, de 2004 e Nº 1.996 de 2007. Tem como função planejar, coordenar e executar ações de desenvolvimento, integração, avaliação, qualificação, capacitação e educação permanente dos profissionais e das equipes de saúde, baseados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e nas necessidades de gestores, trabalhadores e usuários de saúde. Acredita-se que através da Educação de seus profissionais a qualificação do SUS possa ser atingida.

O serviço Iniciou no município de Bento Gonçalves em março de 2010 e hoje além de

fazer parte da Região 25 de Saúde, o qual Bento Gonçalves é o município sede, o qual fazem parte 22 municípios que se encontram periodicamente para analisarem as necessidades de capacitações da região Vinhedos e Basalto, bem como elaborar o Plano Regional da Educação Permanente em Saúde. Tem como objetivo principal capacitar permanentemente os profissionais da Secretaria de saúde do município, atualmente (2013) com 818 colaboradores, sendo 375 concursados, 417 Fundação, 11 do estado, 02 federal, 12 estagiários e 07 Cargo em Confiança (Set. 2013), através de capacitações centralizadas (ciclos, cursos, encontros, atualizações, etc) e/ou no local de trabalho (através de matriciamento, atividades educativas, cursos, roda de conversa, etc realizados na própria unidade de saúde, comunidade ou setor). Para sua organização inicial foram realizados levantamentos junto a todos profissionais de saúde, das unidades e setores em 2010, 2011 e 2012 para conhecer todos os profissionais e seus interesses de capacitações. E baseados nessas necessidades foram criados cronogramas mensais, semestrais ou anual de capacitações.

A EPS auxiliou nas capacitações como a Rede Amamenta Brasil e foi o primeiro município do estado e o terceiro município brasileiro a receber a certificação da Rede Amamenta Brasil e hoje participa da nova Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Com a Introdução da Educação Permanente em Saúde em BG, que incluíram a parceria de outros municípios como atores desse processo de mudança e melhorias do Serviço do SUS, toda a região ganhou. E também está ligado a Escola de Gestão do Município.

Salientamos que a EPS em 2012 apresentou sua experiência em três grandes Congressos: O Internacional da Rede Unida, no Rio de Janeiro, no Brasileiro de Saúde Coletiva e no Brasileiro de Enfermagem, ambos em Porto Alegre e tendo como destaque o não pagamento de nenhum palestrante/facilitador dessas quase duas mil horas de capacitações.

Resumo da Produção da Educação Permanente em Saúde, de Março de 2010 até 30 de junho de 2013.

ANO	Total Horas Capacitação	Total Participantes	Total Certif.
2010 (março a dez).	499	1650	1514
2011 (jan. a dez.)	531	2398	1770
2012 (jan a 10 dezembro 2012)	621	3508	1724
2013 (jan a junho de 2013)	304	1304	556
TOTAL	1955	8860	5564

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	
Objetivo Geral	Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS
Primeira Diretriz	- Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho e dos

		trabalhadores dos SUS.				
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2014	2015	2016	2017
Aumentar a qualificação e fixação de profissionais d SUS baseado planos regionais da EPS	Participar em (50%, 60%, 70 e 80%) das ações realizadas e pactuadas na CIR e CIB	Nº de ações realizadas e/Nº de participações X 100	50%	60%	70%	80%
Ampliar a qualificação e fixação de profissionais para o SUS na Equipes de Atenção Básica baseado necessidade s do município	Capacitações baseadas no levantamento das necessidades dos colaboradores da Saúde (30%), das coordenações (40%) e do Plano Regional da EPS (30%).	Nº de participantes /Nº de horas de capacitações* x 100 *capacitações por área temática prioritária	25% Prioridade Rede Cegonha	25% Prioridade DANTs	25% Prioridade Saúde Mental	25% Prioridade Urgência e Emergência
Realizar levantamen to das necessidades de capacitações junto aos funcionários da SMS/BG.	Organizar 01 levantamento anual entre os funcionários e setores da SMS sobre necessidades	Nº questionários respondidos / nº total de funcionários da SMS-BG	1	1	1	1
Tele-saúde Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS através do Telessaúde	Instalar 11 pontos do Telessaúde Brasil Redes e Aumentar 6 pontos até 2017	Número de pontos implantados	11	+ 06 em UBS	+ 06	A. Sec. e urgência
Monitorar a inserção dos estagiários	Controle e acompanhamento de 100% dos estagiários por	Nºde estagiários por semestre/ Nº de estagiários	1 acolhimen to anual/ semest.	1 acolhimen to anual/ semest.	1 acolhimen to anual/ semest.	1 acolhimen to anual/ semest.

na SMS/BG. Implantar a padronização e controle dos locais dos estagiários dentro da SMS/BG.	curros e instituições. Acolhimento, recebimento e arquivo da documentação (convênio, termos e ações) e apresentação final de Mostra das intervenções/pesquisas	participantes x 100	Mostra de trabalhos dos acadêmicos p/ ano	Mostra de trabalhos dos acadêmicos p/ ano	Mostra de trabalhos dos acadêmicos p/ ano	Mostra de trabalhos dos acadêmicos p/ ano
Acolher todos os Colaboradores novos na SMS-BG	Realizar 8 Encontros de Acolhimentos aos novos colaboradores da SMS para socializar os fluxos, serviços e Rede de Atenção da SMS-BG	Nº de participantes/ Nº de ingressos x 100	2	2	2	2
Aprimorar estratégias de Acolhimento e Humanização no atendimento aos usuários	Realizar capacitações para 80% dos profissionais da Saúde para utilização dos protocolos de sistema de cores do MS e Humaniza-SUS	Nº de capacitações/ Nº de participantes x 100	20	20	20	20
Realizar Cursos introdutórios de 40 horas para profissionais de ESF (Nível superior e ACS), conforme exigência SUS para municípios com mais de 100 mil habitantes	Realizar 02 módulos anuais do Introdutório (1 nível superior de 40h para ACS de 40h). (Já realizados 2 para nível superior e 1 p/ ACS)	Nº de capacitações/ Nº de participantes x 100	1 NS 1 ACS	1 NS 1 ACS	1 NS 1 ACS Planejar o Curso Introdutório II p/ Nível Superior.	1 NS 1 ACS Realizar o Curso Introdutório II p/ Nível superior
Avançar com	Formalizar em 1 Lei	Criar Lei	Organizar	Enc. P/	Construir	Revisar

a Política da Educação Permanente na Secretaria Municipal da Saúde de Bento Gonçalves.	Mun. da EPS através de NUMESC (Núcleo municipal de Saúde Coletiva)	Municipal	o projeto da EPS	CMS e C. Veread.	um grupo de gestão da EPS municipal	atualizar o Plano Municipal da EPS
Participar, colaborar e auxiliar na implantação dos projetos da Microda Serra.	Manter 02 encontros periódicos da Educação Permanente em Saúde Regional (Vinhedos e Basalto)	Nº de encontros/Nº de participações x 100	2	2	2	2
Contribuir na capacitação e formação dos atores do SUS em nível municipal	Cursos de especialização/ mestrado e/ou doutorado presencial ou EAD/ Educação profissionalizante, em parceria com a EPS regional e nacional	40 novos profissionais especializados até 2017 (3 iniciados em 2013- 2 gestão e 1 regulação) Apresentar os TCC em Mostras Científicas Municipais, regionais e nacional	10 esp. 1 Mostra Científica	10 esp. 1 Mostra Científica	10 esp. 1 Mostra Científica	10 esp. 1 Mostra Científica
Segunda Diretriz		Contribuição à formação em saúde da comunidade, estagiários, conselheiros de saúde e futuros trabalhadores do SUS				
Promover ações de Educação Permanente em cooperação com todas coordenações e setores da SMS	Encontros com coordenadores dos serviços para planejamento anual de capacitações	Horas de Capacitações através de ciclos de capacitações, encontros, roda de conversa, seminários, cursos entre outros	Nº de Horas de Capacitações anual da EPS	Nº de Horas de Capacitações anual da EPS	Nº de Horas de Capacitações anual da EPS	Nº de Horas de Capacitações anual da EPS
Capacitar as	Desenvolvimento de ações	Número encontros	1 Ciclo de 40	1 Ciclo de 40	1 Ciclo de 40	1 Ciclo de 40

equipes de Saúde Bucal	coletivas através de capacitações de todas equipes Saúde Bucal em conjunto com Coordenação S. Bucal	ofertados/ Nº participantes x 100	horas anual	horas anual	horas anual	horas anual
Implantar protocolos clínicos assistenciais de Enfermagem em Saúde da Mulher e atendimento à criança conforme as diretrizes da Rede Cegonha	Implantação de 4 protocolos assistências Enfermagem em Pré-natal, prevenção do câncer de mama e colo do útero e protocolo de puericultura	Implantação e Regulação do Protocolo de Saúde	1	1	1	1
Planejar, Auxiliar e certificar as oficinas de trabalho da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil nas Unidades de Saúde(EAAB)	Ralização de 18 oficinas (ofícios, liberação, caracterização Unidades, fichas e certificação).	Nº de Oficinas planejadas/Nº de oficinas realizadas x 100 (5oficinas 1º semestre 2013, 6 ofic. Planejadas 2º semestre 2013)	6	6	6	1 oficina para novos funcionários
Auxiliar em capacitações do Controle social	Certificar as Capacitações de educação Permanente de Conselheiros e Lideranças Comunitárias na Saúde	Nº de horas de Capacitações/ Nº de participantes) x 100 (Conferência Municipal, Cursos de Gestantes, de diabéticos,	50%	55%	60%	70%

		hipertensos, idosos, pessoas com deficiência, na comunidade e US)				
--	--	---	--	--	--	--

EPS REGIONAL: Devem considerar também as demandas de qualificação pactuadas na implementação das redes de atenção a saúde prioritárias:

REDE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA

- Qualificação de profissionais da Rede de Atenção Básica em diagnóstico/detecção precoce do câncer de mama e do câncer do colo do útero

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

- Qualificação de profissionais de nível médio e superior para atuação em Ortese e Prótese

REDE CEGONHA

- Formação de profissionais especializados em enfermagem obstétrica

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - ENFRENTAMENTO DO CRACK E OUTRAS DROGAS

- Qualificação de profissionais de saúde de nível superior para atuação em Consultórios de Rua e Serviços de Urgência;
- Qualificação de profissionais dos CAPS para atuação como teleconsultores para serviços de saúde não especializados.

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

- Qualificação de profissionais da RUE em Classificação de Risco
- Qualificação de profissionais da RUE na atenção ao paciente politraumatizado
- Qualificação de profissionais da RUE para implantação do protocolo de atenção ao paciente vítima de politrauma
- Qualificação em Normatização do Atendimento ao Paciente Queimado
- Qualificação para profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no atendimento ao paciente vítima de trauma
- Implantação de Protocolo AVC
- Qualificação de equipes hospitalares nos Protocolos de Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e Trauma

ATENÇÃO BÁSICA

- Qualificação em Atenção Domiciliar

RESPONSABILIDADE DA UNIÃO PARA O ALCANCE DA META

- Apoiar o funcionamento das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES);
- Apoiar na elaboração do Plano Regional e Plano Estadual de Educação Permanente na definição de estratégias para atender as demandas de qualificação das redes de atenção;
- Definição metodológica da coleta de dados para dimensionamento da força de trabalho no SUS;
- Dinanciamento das ações definidas nos planos de educação permanente.

Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde

Departamento de Gestão

Fonte: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde –SGTES/MS.

NECESSIDADES/AÇÕES DE EPS	
Implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS)	Qualificação ou Implantação das Redes de Atenção à Saúde nas 04 Regiões da 5a CRS: ▲ Rede Cegonha ▲ Rede de Urgência e Emergência ▲ Rede de Atenção Psicossocial ▲ Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência
Ferramentas da Vigilância em Saúde	Qualificação da Vigilância em Saúde na macrorregião, nas 4 regiões;
Humanização e Melhoria do Acolhimento	Qualificação dos serviços e dos diversos níveis de atenção para implementação do dispositivo de Acolhimento e outros dispositivos da PNH;
Atenção Primária	Qualificação da rede de atenção básica, com ênfase na ESF e ACS, buscando qualificar as equipes e implementar o apoio matricial como dispositivo do trabalho em rede;
Dificuldade nos instrumentos de gestão	Capacitação de novos gestores e quadros técnicos, além dos existentes, para melhor utilização das ferramentas de gestão na saúde, com ênfase nos temas: ▲ Sistemas de Informação \ Operacionalização do Decreto 7.508 \ Gestão de contratos com prestadores de serviços \ Plano Municipal de Saúde e PAS\ Gestão de pessoas e de processos de trabalho em saúde;
Controle Social	Capacitação e educação permanente de conselheiros e lideranças comunitárias na Saúde;

11 – CONTROLE SOCIAL

11.1 - CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE

Conforme a lei 8.142/90 no seu artigo primeiro observamos que “Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente, deliberativo e fiscal das ações de saúde praticadas pela União, Estados e Municípios. Deles participam representantes do Governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instancia correspondente inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujo deliberações devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.”(art1, §2 da lei 8.142/90)

O Conselho e o espaço de negociação, sendo compromisso de gestores e conselheiros buscarem soluções para os problemas de saúde da população e com esse intuito através da Lei Municipal 1.911 de 03 de abril de 1991 foi instituído o primeiro Conselho Municipal de Saúde de Bento Gonçalves, com a composição de 16 conselheiros titulares e 16 suplentes. Com o passar dos tempos e a necessidade de adequação a nova realidade foi promulgada a Lei Municipal 3.863 de 22 de dezembro de 2005, instituindo o Conselho Municipal de Saúde de Bento Gonçalves composto por 20 conselheiros titulares com seus respectivos suplentes que se reúnem mensalmente para analisarem, proporem e, sobretudo representando seus segmentos, buscarem uma melhor qualidade de vida a população de Bento Gonçalves.

Atualmente seu núcleo coordenador e composto pela Presidente, , Sra. Adriana Baccin Lazzarotto Vice Presidente Sr Antonio Frizzo, Primeiro Secretario Sr. Valdir Bussolotto e Segundo secretario Sr. Humberto Godoy. Tendo como comissões temáticas, para melhor serem analisadas as questões que são enviadas ao Conselho: Secretaria Técnica - SETEC, Comissão para Modificação e adequação do Regimento Interno e Lei Municipal, Comissão de Fiscalização e Comissão da Água.

A secretaria do Conselho Municipal de Saúde esta localizada na Rua 13 de Maio, 316 - subsolo, Centro, tendo como telefone para contato (54) 3452 9453, E-mail do Conselho: conselho.saude@bentogoncalves.rs.gov.br.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE: A Conferência Municipal de Saúde e o Foro Municipal dos debates sobre a saúde aberta a todos os segmentos da Comunidade, a próxima esta projetada para 2014.

METAS

Sugestões dos conselheiros	2014	2015	2016	2017
Análise e adequação do regimento interno	x	x		
Estudo sobre Alto índice de câncer entre agricultores	X			
Intoxicação dos agricultores devido ao	X			

uso de agrotóxicos				
Maior disponibilidade de horário e medico nos distritos	X			
Disponibilidade de água potável no meio rural	X			
Maior abrangência no atendimento residencial	X			
Agendamento de consulta aos deficientes direto comm especialista	X			
Humanização do atendimento	X			
Transporte adaptado aos PCD	X			
Construção de UBS na Fenavinho eucalipto e vila nova II	x	x	x	X
Volta da unidade móvel no bairro gloria	X			
Melhorias nos postos do interior para desafogar PA	X			
Serviço integrado de informações on line	X			
Instituir PAD para idosos evitando reinternações	X			
Estabelecer ações pra redução de mortalidade	x	x	x	x
Capacitação dos agentes de saúde	X			
Melhorar área de guardar medicamentos	X			
Plano de carreira para valorização do profissional	X			

Climatização e informatização dos gabinetes odontológicos	X			
Inclusão do atendimento de crianças vítimas de violência no CAPS I	X	X	X	X
Intersetorialidade entre SMS, CRAS E CREAS	X	X	X	X
Antecipar vacina H1N1 para março	X			
Terminar o complexo do trabalhador	X	X	X	X
Campanhas de prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais	X	X	X	
Ampliar para as 19 horas o atendimento nas UMS	X			
Capacitar para o atendimento a saúde do trabalhador	X			

11.2 – CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS – COMAD - BG

Criado pela LEI MUNICIPAL Nº 4.485, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2008, substituído pela LEI MUNICIPAL Nº 5435, DE 08 DE MARÇO DE 2012: Altera a lei nº 4.485, de 19 de novembro de 2008, que "cria Conselho Municipal Antidrogas e o Fundo Municipal Antidrogas no município de Bento Gonçalves", o COMAD - BG atua como instância de assessoramento do Governo local e de coordenação das atividades de todas as instituições e entidades municipais, responsáveis pelo desenvolvimento das ações referentes à redução da demanda e dos danos, assim como movimentos comunitários organizados e representações das instituições federais e estaduais existentes no município e dispostas a cooperar com o esforço municipal.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL ANTIDROGAS : A conferência foi realizada apenas uma vez sem data definida para a próxima.

METAS

Meta	2014	2015	2016	2017
Continuidade na proposta de fiscalização das festas “Open Bar”	X	X	X	X
Início da campanha sobre álcool X trânsito	X			
Campanha de redução de danos no Carnaval	X	X	X	X
Fiscalização de comercialização de álcool em festas escolares	X	X	X	X
Simpósio Anual	X	X	X	X

12 – VIGILÂNCIAS**12.1 – VIGILÂNCIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

EQUIPE ATUAL (2013): uma médica do trabalho (20h), uma enfermeira (20h) e uma auxiliar administrativa (20h).

Neice Muller Xavier Faria – medica coordenadora

Raquel Ferreira Silveira Klosinski – enfermeira

Graciane Rustick – auxiliar administrativa

HISTÓRICO DAS ATIVIDADES

O Setor vem se estruturando aos poucos. Iniciou em 2005 com uma médica epidemiologista em tempo parcial e se manteve assim até final de 2008. A partir de 2009 o setor conta também com uma enfermeira de 20h que, após fase de treinamento vem participando de todas as atividades programadas.

Mesmo com equipe reduzida, em 2005 o setor coordenou a organização da III Conferência Micro-Regional de Saúde do Trabalhador, em parceria com o Conselho Municipal de Saúde e Fórum Intersindical de Bento Gonçalves. Na referida Conferência, bem como na Conferência de ST em Carlos Barbosa participou como conferencista abordando o tema da saúde do Trabalhador Rural.

Desde 2005, este setor vem participando do Conselho Gestor do CEREST- Serra (CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR), ajudando na sua estruturação e contribuindo nas ações definidas como prioridades.

Em 2006 o setor (em parceria com profissionais do serviço de vigilância epidemiológica e das equipes das unidades dos distritos de Pinto Bandeira e São Pedro) coordenou todas as etapas de uma pesquisa epidemiológica sobre intoxicações por agrotóxicos, realizada nos distritos de Pinto Bandeira e São Pedro. Isto envolveu a elaboração de um projeto, submissão a um Comitê de Ética (UFPEL), preparação e realização do trabalho de campo (em duas fases), revisão e digitação dos questionários, supervisão da coleta de sangue para exame de colinesterase plasmática (nas duas etapas, de pouca e intensa exposição aos agrotóxicos),

estruturação do banco de dados, análise estatística, discussão dos resultados, elaboração do artigo e apresentação em inúmeros congressos e eventos. O Artigo foi publicado em revista Qualis A Internacional (Revista de Saúde Pública). Os resultados desta e de outra pesquisa sobre o tema tem sido utilizadas como conteúdo em cursos de capacitação, palestras para os trabalhadores e outros eventos de educação em saúde.

PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR PARA OS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS

Uma das primeiras ações concretas do serviço foi identificar as empresas que não tinham nenhum tipo de serviço específico para promover ambientes de trabalho seguros e saudáveis. A maior delas é a Prefeitura Municipal, fato já relatado nas conclusões de todas as Conferências de Saúde do Trabalhador ocorridas no município.

Assim, este setor considerou como uma de suas prioridades apoiar a realização do primeiro levantamento de riscos ambientais e a seguir do Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA). Ao mesmo tempo vem participando desde o início da estruturação dos Serviços Especializado em Medicina e segurança do Trabalho (SESMT) para os servidores municipais, bem como da elaboração do Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional (PCMSO) e da reorganização da perícia médica. Atualmente mantém seu apoio e realiza atividades em parceria com o SESMT – BG como a realização de uma pesquisa sobre a Saúde Mental dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, vem estimulando a criação da CIPA (Comissão Interna de Proteção de Acidentes) da Prefeitura de BG como forma de atuar na prevenção de problemas de saúde relacionados ao trabalho.

SÍNTESE

A Vigilância de Saúde do Trabalhador (VISAT) realiza atividades visando a proteção dos trabalhadores dos riscos decorrentes de seus ambientes de trabalho:

- Monitora os casos de problemas de saúde relacionados ao trabalho, identificando problemas como trabalho infantil e outros. Notifica à Gerencia Regional do Trabalho e Emprego (GRTE), CEREST e Conselho Tutelar os casos identificados de trabalho infantil não reconhecidos pela legislação.
- Realiza visitas técnicas em locais de trabalho em parceria com vigilância sanitária e ambiental, identificando problemas e orientando cuidados de proteção à saúde
- Digita e posteriormente analisa os dados do Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST-RS) que utiliza os registros do formulário RINA (Relatório Individual de Notificação de Agravos). Esta atividade está incluída na PPI (Programação Pactuada Integrada) que define metas mínimas de casos a serem digitados anualmente por cada município.
- Investiga casos de óbitos por acidentes de trabalho no município, conforme protocolo definido pela coordenação estadual
- Realiza e/ou apóia pesquisas na área de ST conforme prioridades definidas.
- Promove capacitações e atualizações sobre o tema para profissionais de saúde (educação permanente para profissionais de nível superior, médio e agentes comunitários) e para público geral.
- Também participa dos Acolhimentos de Novos Colaboradores para todos os novos profissionais que iniciam atividades na Secretaria de Saúde.
- Participa do treinamento introdutório de profissionais de ESF (Estratégia de Saúde da Família).

- Participa do Conselho Gestor do CEREST Serra (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/ Regional, com sede em Caxias). A vigilância tem participado ativamente não apenas das reuniões e eventos em ST, mas também apóia com consultoria técnica orientando pesquisas sobre ST.
- Participa das ações visando o desenvolvimento do Programa de saúde do Trabalhador no setor público municipal.
- Participa de eventos nacionais e estaduais (incluindo audiências públicas, congressos, seminários) como palestrante em especial na área de Saúde do Trabalhador e sobre Agrotóxicos.
- Fornece informações e apoio epidemiológico a estudantes, profissionais e pesquisadores que necessitam informações/orientações para realização de estudos na área de saúde do trabalhador e saúde coletiva em geral.
- Atende e orienta ao público em geral em temas da área de Saúde do Trabalhador.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR - SIST

O registro de casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho é uma das atividades essenciais ao setor de Vigilância em Saúde do Trabalho. A criação deste sistema de informações é um processo que envolve um aperfeiçoamento contínuo até que possa refletir de forma confiável a realidade neste campo da saúde coletiva. Estas informações devem ser periodicamente analisadas e devem subsidiar o planejamento das ações de saúde. Em 2005 iniciaram os primeiros registros de foram ainda incipiente. Desde 2007, a digitação dos casos de acidentes de trabalho e doenças do trabalho passou a ser regular crescendo progressivamente o nº de registros. A partir de 2009, o setor ultrapassou com folga a meta pactuada para o município. Um dos fatores que contribuem de forma decisiva é a busca ativa de casos atendidos no PAM-24h (Pronto Atendimento Médico 24 h). As capacitações para profissionais de UBS (Unidades Básicas de Saúde) também tem contribuído para aumentar o nº de registros. Ainda são predominantemente centradas em casos agudos (acidentes típicos e/ou de trajeto). No entanto como o sub-registro é uma característica de origem multifatorial, a superação ainda deve levar bastante tempo e é uma meta permanente do setor.

Existe um aspecto que aumenta a dificuldade no registro dos casos de Acidentes e Doenças do Trabalho, que é o sistema de informação. O Sistema oficial utilizado no RS (o SIST, que utiliza o formulário RINA) não é o mesmo utilizado nos demais estados brasileiros, que utilizam o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Ambos os sistemas apresentam limitações e este setor tentou contribuir para a coordenação estadual de saúde do trabalhador apresentando algumas sugestões de melhorias. No entanto, embora seja provável a mudança de sistema para um sistema único de informações em saúde do trabalhador, isto ainda não está definido. Na fase atual o setor tenta desenvolver sua própria estratégia de registro, de forma a viabilizar a análise periódica e a utilização destes dados para o planejamento de ações.

ANÁLISE DOS DADOS DO SIST-BG ATÉ 2012

No conjunto foram analisadas 6323 notificações de agravos relacionados ao trabalho, relativos ao período de 2005 a 2012. O sistema ainda se encontra em fase de implantação, com novos serviços de notificação sendo incorporados nos registros do município. Isso pode ser verificado observando o crescimento anual do número de registro, devido a melhoria da

adesão às notificações e, principalmente, estratégias de busca ativa de casos atendidos em serviços de urgência do município. A busca ativa em prontuários do PAM-24hs foi iniciada em 2010.

Até 2012 as notificações foram, quase todas, oriundas dos serviços públicos municipais, principalmente casos atendidos no PAM-24hs. Assim, a imensa maioria dos registros é de acidentes de trabalho típicos e de trajeto, embora existam alguns casos de doença do trabalho (notificados principalmente por sindicatos).

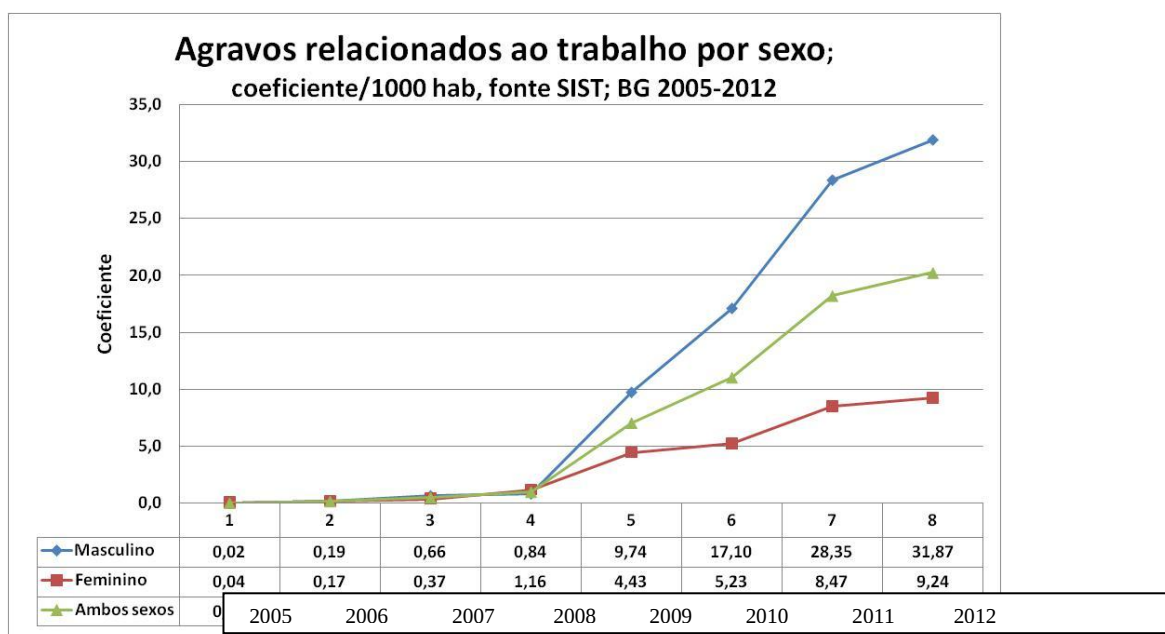
A Tabela 1 apresenta o nº de agravos relacionados ao trabalho, notificados conforme sexo. Observa-se um nítido predomínio do sexo masculino, com crescimento da razão masculino/feminino até 2010 e uma relativa estabilização desta razão nos últimos três anos avaliados, com uma média geral de 3,3 casos masculinos para cada caso feminino no último triênio (2010-2012).

Tabela 1- Casos de agravos relacionados ao trabalho (AT/DT) conforme sexo e ano de ocorrência, BG, 2005-2012.

Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Masculino	1	10	35	44	517	900	1509	1715	4731
Feminino	2	9	20	62	239	286	468	516	1592
Total	3	19	55	106	756	1186	1977	2221	6323
Razão M/F	0,5	1,1	1,8	0,7	2,2	3,3	3,3	3,4	3,0

O Gráfico 1 apresenta os coeficientes de agravos relacionados ao trabalho por 1000 mil habitantes conforme sexo.

Gráfico 1 - Coeficientes de agravos relacionados ao trabalho por 1000 mil habitantes conforme sexo, BG, 2005-2012.



Avaliando as notificações agrupando os acidentes e doenças (Tabela 2) observa-se uma diferença importante na distribuição sexo, com discreto aumento de casos femininos nos casos de doenças relacionadas ao trabalho e um nº de casos três vezes maior entre homens nos casos de acidentes de trabalho (Tabela 2)

Tabela 2 – Casos notificados de AT/DT por sexo, conforme tipo de agravo (acidente ou doença relacionada ao trabalho)

Tipo de agravo	Masculino	Feminino	Total	Razão M/F
Acidentes	4666	1516	6182	3,1
Doenças	66	79	145	0,8
Total	4732	1595	6327	3

A Tabela 3 apresenta a distribuição das notificações por faixa etária. A faixa etária de 18 a 29 anos concentra boa parte dos casos representando 46,2% do total de casos.

Tabela 3- Casos de agravos relacionados ao trabalho (AT/DT) conforme faixa etária e ano de ocorrência, BG, 2005-2012.

Faixa Etária	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	%
Até 15 anos					3	5	8	7	23	0,4
16 a 17 anos					19	33	81	61	194	3,1
18 a 29 anos		5	17	24	319	582	932	1047	2926	46,2
30 a 39 anos	2	6	18	36	191	274	486	546	1559	24,6
40 a 49 anos	1	5	15	24	134	197	285	352	1013	16,0
50 a 59 anos		1	2	20	61	74	153	168	479	7,6
60 a 65 anos				2	19	12	22	33	88	1,4
> 65 anos		2	3		10	9	10	11	45	0,7
Total	3	19	55	106	756	1186	1977	2225	6327	100,0

Apesar de existirem algumas diferenças nas faixas etárias entre o SIST e o DATASUS, foram construídos os coeficientes de agravos relacionados ao trabalho (AT e DT) por 1000 habitantes a partir de 2008, período a partir do qual aumentaram as notificações no SIST em Bento Gonçalves.

Examinando os coeficientes (por 1000 mil habitantes), por ano de ocorrência, nas faixas etárias abaixo de 60 anos (Tabela 4) observou-se que, além de ter sido dominante em todo o período, a faixa de 18 a 29 anos apresenta coeficientes populacionais ascendentes ao longo do período avaliado.

Tabela 4- Coeficientes de agravos relacionados ao trabalho (AT/DT) por 1000 habitantes conforme faixa etária e ano de ocorrência, BG, 2005-2012.

Coeficientes por ano					
Faixa etária	2008	2009	2010	2011	2012
Até 15 anos	0	0,18	0,3	0,5	0,5
16 a 17 anos	0	5,70	11,1	26,9	20,1
18 a 29 anos	1,03	13,65	24,3	38,5	42,7
30 a 39 anos	2,10	10,90	16,1	28,2	31,2
40 a 49 anos	1,49	8,26	12,1	17,3	21,1
50 a 59 anos	1,72	5,05	5,7	11,7	12,6

Obs: a partir de 60 anos as faixas etárias do SIST e do DATASUS/IBGE não são equivalentes impedindo o cálculo de coeficientes populacionais.

Ao se examinar as notificações conforme tipo de agravo (Tabela 5) observam-se mudanças no SIST, que a partir de 2011, passou a adotar as categorias do SINAN. De acordo com esta nova forma de classificação a grande maioria dos registros foram, classificados como outros acidentes de trabalho. A maior parte dos acidentes são acidentes típicos ou de trajeto.

Tabela 5 - Casos de agravos relacionados ao trabalho (AT/DT) conforme tipo de agravo e ano de ocorrência, BG, 2005-2012.

Tipo Agravo*	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
10-Outras Doenças								2
1-Acidente de trabalho grave							3	4
2-Exposição a Material Biológico							1	23
3-Outros Acidentes de Trabalho						1	302	2187
5-Dermatoses Ocupacionais						1		1
6-LER/DORT						14	17	4
9-Transtorno Mental							1	
Acidente		2	22	83	734	1165	1651	
Doença	3	17	33	23	22	5	2	

*Entre 2010-2011 houve uma mudança na forma de registrar este dado

A proporção de doenças do trabalho notificadas cresceu até 2007 e desde então vem reduzindo ao longo do tempo.

Agrupando em duas categorias (acidentes ou doenças) conforme era anteriormente (Tabela 6) estas características se tornam mais visíveis:

Tabela 6 - Casos de agravos relacionados ao trabalho (AT/DT) conforme tipo de agravo (agrupado) e ano de ocorrência, BG, 2005-2012

Tipo de agravo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Acidentes		2	22	83	734	1166	1957	2214
Doença	3	17	33	23	22	20	20	7

Os agravos foram avaliados conforme local de ocorrência - em zona rural ou urbana. Observa-se um nítido predomínio de casos de área urbana (tabela 7).

Tabela 7 - Casos de agravos relacionados ao trabalho (AT/DT) conforme local e ano de ocorrência, BG, 2005-2012

Zona/local	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ignorada				3	1	3	6	2
Rural			6	11	86	48	52	45
Urbana	3	19	49	92	669	1.135	1.919	2.174

Usando os dados do Censo Demográfico, relativos ao ano de 2010, foi possível examinar o coeficiente de casos de acidentes e/ou doenças do trabalho, por 100 mil habitantes conforme local de ocorrência, sendo encontrado: 12,47 entre urbanos e 3,01 entre rurais (média geral de 11,09). Ou seja, o coeficiente de agravos relacionados ao trabalho, notificados entre residentes em área urbana, é quatro vezes maior que o coeficiente na população moradora rural.

Os registros do SIST foram examinados conforme raça (Tabela 8) sendo encontrada uma proporção relativa superior a 75% de brancos em todo período. Nos últimos 3 anos, a proporção de brancos entre os casos notificados foi superior a 88%.

Tabela 8 - Casos de agravos relacionados ao trabalho (AT/DT) conforme raça e ano de ocorrência, BG, 2005-2012

	Período							
Raça/Cor	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Amarela					1	2	4	2
Branca	3	16	47	80	593	1.049	1.771	2.068
Indígena								1
Ignorada			6	20	129	63	81	41
Parda			1	5	22	45	70	57
Preta/Negra		3	1	1	11	27	51	52
Total	3	19	55	106	756	1.186	1.977	2.221
% de brancos	100	84,2	85,5	75,5	78,4	88,4	89,6	93,1

Avaliando os coeficientes de agravos relacionados ao trabalho conforme as principais raças, relativos ao ano de 2010 (conforme censo demográfico/2010) observa-se que o coeficiente dos brancos é mais que o dobro do coeficiente dos pardos.

Por outro lado chama a atenção que, embora a maior proporção de AT/DT seja de brancos o coeficiente populacional por 100.000 hab é maior entre os pretos/negros, quando comparados com os brancos (tabela 9):

Tabela 9- Coeficientes de agravos relacionados ao trabalho (AT/DT) por 100.000 habitantes conforme principais raças, BG, 2005-2012.

Coeficientes de AT/DT por raça	Nº de AT/DT	Coeficiente
Coef de brancos	1049	1118,1
Coef de pretos/negros	27	1267,0
Coef de pardos	45	408,3

A tabela 10 descreve os principais grupos de diagnósticos relativos ao ano de 2012. Devido a forma predominante de captação dos casos (busca ativa de prontuários em serviço de urgência) a imensa maioria são casos de traumatismos devido a acidentes típicos e de trajeto.

Tabela 10 – Casos de agravos relacionados ao trabalho (AT/DT) conforme principais tipos de diagnóstico, BG, 2012.

Diagnóstico	2012
Ferimento/fratura/ esmagamento e outras lesões do punho e da mão	886
Corpo estranho na parte externa do olho + Traumatismos/queimadura em olho	268
Ferimentos/fraturas/lesões do tornozelo e do pé	221
Ferimento outras lesões da perna/coxa/quadril	148
Luxação, entorse/ distensão das articulações e ligamentos da coluna lombar	127
Ferimento da cabeça (couro cabeludo, pálpebras, nariz, orelha, boca)	126
Ferimento/traumatismo e outras lesões do ombro e do braço	111
Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do joelho/tornozelo/pé	82
Ferimento/traumatismos/lesões do braço/cotovelo/antebraço	65
Traumatismos/lesões em cabeça, pescoço, ombro, braços	41
Ferimentos envolvendo múltiplas regiões do corpo	35
Lesões em pescoço e tórax (luxação, entorse, distensão, ferimento, queimadura, traumatismo)	29
Outras lesões em abdome, dorso e pelve (ferimento, traumatismos, queimaduras, esmagamento, amputação)	24
Intoxicações /afecções por contato	23
Amputação traumática de punho e mão/dedos	8
Lesões osteomusculares subagudas e crônicas (túnel do carpo, articulações mão, tendinite)	6
Problemas nas vias aéreas (pulmão, edema, asfixia) + corpo estranho em vias aéreas/ouvido	5
Acidentes com materiais biológicos (DST, perfuro-cortantes)	1
Burnout (síndrome do esgotamento nervoso)	1

A tabela 11 apresenta a distribuição dos casos conforme evolução (desfecho). Cerca de 83,1% evoluíram com alta. Cerca de 10% (621 casos ou 9,8%) tiveram acompanhamento ambulatorial, 413 casos (6,5%) foram encaminhados para acompanhamento em ambulatório

especializado; 12 casos (0,2%) necessitaram internação e 17 foram casos de óbitos por acidente de trabalho (0,3% dos registros).

Tabela 11- Casos de agravos relacionados ao trabalho (AT/DT) conforme evolução (desfecho), BG, 2005-2012.

Desfecho	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	%
Acompanhamento ambulatorial	3	18	51	72	88	54	229	106	621	9,8
Acompanhamento especializado				24	63	66	133	127	413	6,5
Alta				7	597	1.060	1.610	1.978	5.252	83,1
Alta a pedido						2			2	0,0
Internação				1	3		2	6	12	0,2
Óbito				2	5	3	3	4	17	0,3
Outro		1	4			1			6	0,1
Total	3	19	55	106	756	1.186	1.977	2.221	6.323	100,0

Examinando os coeficientes de mortalidade por acidente de trabalho por 100.000 hab (considerando apenas a PEA- População Economicamente Ativa de 15 a 60 anos) foram encontrados coeficientes que oscilaram de 2,74 a 6,74, relativos ao período de 2008 a 2012 (tabela 11):

Tabela 11 – Coeficientes de acidentes de trabalho fatais por 100.000 (PEA)

2008	2009	2010	2011	2012
2,74	6,74	4,01	3,97	5,23

Comparando estes dados com aqueles examinados pelo Centro Colaborador do Ministério da Saúde (UFBA/ISC/PISAT – MS/DSAST/CGSAT) os dados encontrados em Bento estão bem abaixo das notificações de acidentes de trabalho fatais registradas entre segurados da Previdência Social. Por outro lado, não se sabe quantas pessoas da População Economicamente Ativa efetivamente estavam trabalhando no período avaliado e isso pode ter levado a uma redução nos coeficientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise geral dos dados do SIST mostra um progresso na estruturação dos registros de informação em Saúde do Trabalhador. Deve-se destacar que embora a meta estimada de registros para Bento Gonçalves fosse 167 casos, em 2012 foram registrados 2225 casos. Além disso, examinando os coeficientes populacionais dos registros do SIST por 1000 habitantes, verifica-se que, enquanto o RS teve em 2012 um coeficiente de 13,9 casos/1000, Bento Gonçalves teve um coeficiente de 21,3 no mesmo ano.

Por outro lado, apesar dos visíveis progressos na estruturação do sistema de

informações em saúde do trabalhador, o sub-registro, mesmo de casos de acidentes típicos e de trajeto ainda é muito frequente. Ou seja, embora os números sejam elevados a situação real deve ser ainda pior.

O enfrentamento deste desafio de melhorar os registros é uma meta constante deste setor e deve ser superado através de várias parcerias e de um processo contínuo de educação continuada dos profissionais dos vários serviços, estimulando a qualificação dos registros, realizando busca ativa dos prontuários onde for possível e devolvendo os resultados aos profissionais.

Contudo já temos números suficientes para destacar a necessidade de ações multi-setoriais buscando melhoria nos diversos ambientes de trabalho em busca de ambientes de trabalho seguros e saudáveis para todos os trabalhadores de Bento Gonçalves, bem como de outras regiões do Rio Grande do Sul e do Brasil.

12.2 – VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Dentro da vigilância de fatores de risco não biológico são desenvolvidas as seguintes atividades:

Vigilância da qualidade de água para consumo humano: coleta de água de soluções alternativas (poços) para análise das características de portabilidade e análise dos exames realizados por sistemas de abastecimento de água, investigação de surtos de doenças relacionados ao consumo de água.

Vigilância da qualidade de ar, água e solo: inspeções em empresas com potencial poluidor e notificação para normalização de níveis de contaminação.

Dentro da vigilância de fatores de risco biológico são desenvolvias as seguintes atividades:

- Vigilância do mosquito da dengue e febre amarela: este serviço é desenvolvido durante todo ano através de pesquisas em armadilhas e coleta de larvas para identificação (semanalmente); pesquisa em pontos considerados estratégicos para introdução do mosquito como borracharias, cemitérios, transportadoras, rodoviária, ferroviária, etc. (quinzenalmente); orientações a população em áreas de foco; atendimento de denúncias sobre criadouros de mosquitos; alimentação do banco de dados do sistema febre amarela e dengue enviado ao Ministério da Saúde.
- Vigilância e controle do borrachudo: análise da vazão dos cursos d'água para posterior aplicação do BTI (inseticida biológico) nos riachos para o controle da proliferação do inseto; distribuição de material educativo e realização de palestras com as comunidades do interior; projetos de reflorestamento das margens de riachos e repovoamento dos riachos com peixes.
- Vigilância do barbeiro: instalação de postos de informação de triatomídeos (barbeiros) no interior; mapeamento do município e identificação da presença do inseto; encaminhamento de insetos para identificação.
- Campanha de controle de população animal: encaminhamento de animais (cães e gatos) de populações de baixa renda para castração; treinamento com professores da rede municipal e estadual a respeito da posse responsável de animais de estimação e distribuição de cartilhas para alunos e professores; palestras em escolas sobre posse responsável e distribuição de material educativo.

- Reconhecimento de animais peçonhentos: coleta de animais peçonhentos e envio para laboratório para identificação; distribuição de material educativo e orientações a população em geral.
- Outros: coleta e identificação de carrapatos e orientações a população sobre seu controle; orientações sobre os cuidados com morcegos; orientações sobre ratos; encaminhamento de amostras animais mortos (caes e gatos) para análise em laboratório para pesquisa de raiva; pesquisa de agravos produzidos por animais aos seres humanos; orientações sobre zoonoses em geral; atendimento de denúncias sobre a criação de bovinos, suínos, eqüinos e aves na área urbana e sobre animais de estimação mantidos de forma inadequada nas residências.

13 – ESTRUTURA DE APOIO À SMS

13.1 – SISTEMA / INFORMÁTICA

Integram os mais diversos setores que proporcionam o atendimento das necessidades permanentes dos Usuários do SUS, o sistema de gerenciamento tem o enfoque na formação do histórico total do paciente.

Dos serviços prestados a cada usuário, individualmente e de forma geral podemos elencar o cadastramento do usuário, atendimentos médicos, odontológico e de enfermagem, o consumo de medicamentos, benefícios concedidos, agendamento de consultas e exames, entre outros.

Além do atendimento ao paciente, o sistema é uma ferramenta importante no processo administrativo da Secretaria, pois gerencia os estoques (geral e da farmácia), laboratório, radiodiagnósticos, farmácia, Vigilância Sanitária, Central de Regulação, as agendas médicas das Unidades de Saúde, Pronto Atendimento Médico, bloco cirúrgico, SAE, SAD os CAPS.

PLANEJAMENTO 2014-2017

OBJETIVO

- Proporcionar um atendimento de qualidade e excelência ao usuário;
- Disponibilizar ferramentas para facilitar o trabalho dos usuários;

DIRETRIZ

- Prestar assessoria técnica
- Administrar o sistema de gerenciamento da SMS.

PROJETOS

- Melhorar e ampliar a utilização do sistema de gerenciamento.
- Capacitação dos usuários quanto ao uso do computador e sistema de gerenciamento
- Implantação do prontuário eletrônico.

METAS

- Aquisição/Renovação de computadores e equipamentos nas UBS/ESF, para que haja um maior controle da produtividade e agilidade na prestação dos serviços realizados.
- Facilitar o acesso a cursos básicos de hardware e software.
- Ampliar a rede lógica nas unidades de saúde;

13.2 – TRANSPORTES

O transporte é disponibilizado aos pacientes para os serviços de saúde, com solicitação médica e necessidade comprovada, para a realização de exames, internações, cirurgias, avaliações e atendimento de urgência.

No ano de 2012, foram transportados de janeiro a setembro 4.437 pacientes. O setor é responsável pelo gerenciamento de todo o Serviço de Transportes da Secretaria.

A SMS possui os seguintes veículos:

- 08 ambulâncias
- 02 vans
- 08 utilitários
- 10 automóveis
- 01 caminhão
- 01 furgão
- 01 Unidade Móvel de Vacinação
- 01 Unidade Móvel Médica
- Total de 30 veículos e 2 Unidades Moveis

PLANEJAMENTO 2014-2017

OBJETIVO:

- Realizar transportes de paciente para a realização de exames, internação, cirurgias, avaliações e atendimentos de urgência.

DIRETRIZ:

- Operacionalizar o serviço de transporte de pacientes, com solicitação médica e necessidade comprovada, para fins de exames, internação, cirurgias, avaliações e atendimento de urgência.

PROJETOS:

- Realização de curso de qualificação para motoristas com objetivo de propiciar um melhor atendimento ao usuário.
- Operacionalização dos Serviços do SAMU.

METAS:

- Renovação de cursos de qualificação para motoristas para adequação do transporte de usuários.
- Propiciar a manutenção preventiva e regular das viaturas da secretaria de saúde.
- Aquisição contínua e proporcional da frota de veículos para fins de renovação da mesma.

13.3 – ALMOXARIFADO

OBJETIVO:

- Receber, guardar, armazenar e conservar adequadamente a mercadoria recebida para serem posteriormente distribuídas de maneira controlada, isto é, mediante controle de estoque.

DIRETRIZES:

- Encaminhar os pedidos de compra via processo licitatório, ao setor de licitações.

PROJETO:

- Construção de uma área física que comporte todo o nosso material de forma a otimizar todas as formas de controle e conservação.

METAS:

- Realização de um planejamento de consumo, o mais exato possível, para que não falte mercadoria, nos vários setores que o almoxarifado abastece.
- Criação de mecanismos para exigência de maior rigor nos prazos de entrega das mercadorias licitadas, aplicando as multas de direito.