

PREFEITURA MUNICIPAL DE BENTO
GONÇALVES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DA SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018-2021

Bento Gonçalves – RS
Novembro 2017

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BENTO GONÇALVES
GUILHERME RECH PASIN - PREFEITO MUNICIPAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIOGO SEGABINAZZI SIQUEIRA- SECRETÁRIO

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
LUIZ FERNANDO FERREIRA

Bento Gonçalves, novembro de 2017.

EQUIPE TÉCNICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE- DIOGO SEGABINAZZI SIQUEIRA

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

Nome	Cargo ou função
Marco Antonio Ebert	Coordenador médico
Gilberto Santo Souza de Souza Júnior	Coordenador de Divisor de Base
Lozemari Sberse	Coordenação de Projetos e Captação de Recursos
Juliana Maioli	Coordenadora RH

DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Nome	Cargo ou função
Daiane Piuco	Coordenação de Regulação
Edson Ribeiro Antonini	Coordenação de Auditoria

DIRETORIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Nome	Cargo ou função
Núbia Beche	Coordenadora do NUMESC BG- Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva

DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Nome	Cargo ou função
Lozemari Sberse	Coordenação Geral
Carmen Marciela Schulz	Coordenação de Unidades de Saúde
Evelise Bender	Coordenadora de Programa E-SUS e PMAQ
Carmen Marciela Schulz	Coordenadora ESF/NASF
Evelise Bender	Coordenadora do Programa de Saúde da Mulher
Cristiane Woitrich	Coordenadora do Programa de Saúde do Homem
Cristiane Woitrich	Coordenadora do Programa de Saúde do Idoso
Érica Fiorin	Coordenadora do Programa de Saúde da Criança
Érica Fiorin	Coordenadora do Programa de Nutrição
Giovanna de Bacco	Coordenadora do Programa de Saúde Bucal

DIRETORIA DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE- ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Nome	Cargo ou função
Isabel Tasca	Coordenadora do CAPSI
Juliana Carvalho	Coordenadora do CAPSad
Adriana Pavão	Coordenadora do CAPSII
Gicele Flores	Coordenadora do Laboratório
Gicele Flores	Coordenadora do Bloco Cirúrgico
Gicele Flores	Coordenadora do Serviço de RX

Adriana Cirolini	Coordenadora do SAE-CTA
Elci Milani	Coordenadora da Unidade Zona Sul
Dinara Renosto/Rosana Lunelli	Coordenadora da Unidade Central
Leonir Vivan	Diretor da comunidade Terapêutica
Rafael Balestrin	Coordenador da Fisioterapia
Giovana de Bacco	Coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas
Dalva Menegotto	Coordenadora do Melhor em Casa

DIRETORIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE

Nome	Cargo ou função
Melissa Bonato	Coordenadora UPA III
Lourdes Zenki	Coordenadora PA zona Norte

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Nome	Cargo ou função
Rafael Vieira	Coordenador da Vigilância Sanitária
Neice Xaver Faria	Coordenador da Vigilância em Saúde do Trabalhador
José Antônio Rodrigues da Rosa	Coordenador da Vigilância Epidemiológica
Simone Menegotto	Coordenador da Vigilância Ambiental

DIRETORIA DE LOGÍSTICA E MANUTENÇÃO EM SAÚDE

Nome	Cargo ou função
Tatiana Copat	Coordenador da Assistência Farmacêutica
Roger Becker	Coordenador do Transporte
Leonice Perin	Responsável pelo Almoxarifado
Pedro Machado	Coordenador da Manutenção

DIRETORIA DE GESTÃO FINANCEIRA, COMPRAS E SERVIÇOS

Nome	Cargo ou função
Roseane Beatriz Bandeira da Silva	Contadora
Sandra Ficangna Pedrotti	Auxiliar Administrativo/ Controle Interno
Alexandre Guilamellau	Administrador Hospitalar/Responsável por Compras, Licitações e Contratos

ELABORAÇÃO:

Adriana Cirolini, Adriana Pavão , Antenor Stringhini, Carmen Marciela Schulz, Cristiane Woitrich, Daiane Piuco, Edson Antonini, Erica Fiorin, Evelise Bender, Giovana De Bacco, José Rosa, Karina Paggi, Loremari Sberse, Maichel Manfredini, Melissa Bonato, Neice Xavier Faria, Marco Antonio Ebert, Núbia Beche, Rafael Balestrin, Rafael Vieira, Raquel Sanseverino, Simone Menegotto, Tatiana Copat.

ORGANIZAÇÃO:

Loremari Sberse e Núbia Beche

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	08
1	INTRODUÇÃO	09
2	ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO	10
2.1	HISTÓRIA DA COLONIZAÇÃO ITALIANA	10
2.2	PROGRESSO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO	11
2.3	DADOS SOCIOECONÔMICOS	13
2.4	ASPECTOS GEOGRÁFICOS	13
2.5	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	14
2.5.1	Crescimento Populacional	14
2.6	ASPECTOS DE INFRA-ESTRUTURA	15
2.6.1	Energia Elétrica	15
2.6.2	Água e Esgoto	16
2.6.3	Coleta de Lixo	16
3	UM POUCO DA HISTÓRIA DA SAÚDE	17
3.1	ASPECTOS DE SAÚDE E DOENÇA DA POPULAÇÃO	17
3.1.1	Perfil da Mortalidade de Bento Gonçalves	24
3.1.2	Perfil da Natalidade de Bento Gonçalves	26
4	ESTRUTURAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	30
4.1	ATENÇÃO BÁSICA	31
4.1.1	Estruturação da Saúde da Família- ESFs e NASF	32
4.1.2	Unidades Básicas de Saúde- UBSs	33
4.1.3	Unidades Básicas de Saúde do Interior	33
4.2	PROGRAMAS DE SAÚDE	33
4.2.1	Saúde da Criança e do Adolescente	34
4.2.2	Programa Saúde do Idoso	34
4.2.3	Saúde do Homem	35
4.2.4	Saúde da Mulher	39
4.2.5	Saúde Bucal	41
4.2.6	Programa de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DANTs)	42
4.2.7	Programa Academias de Saúde	42
4.2.8	Programa de Nutrição	43
4.3	ATENÇÃO SECUNDÁRIA	44
4.3.1	Serviços Especializados em Saúde Mental	44
4.3.2	Unidades Especializadas	52

4.3.3	Centro Municipal de Fisioterapia	55
4.3.4	Serviços de Apoio e Diagnóstico	55
4.3.5	Bloco Cirúrgico	56
4.3.6	Serviço de Urgência e Emergência	56
4.3.7	Programa Melhor em Casa	58
4.4	ATENÇÃO TERCIÁRIA	59
4.5	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	59
4.5.1	Vigilância em Saúde do Trabalhador- VISAT	59
4.5.2	Vigilância Epidemiológica	66
4.5.3	Vigilância Sanitária	81
4.5.3.1	Ações Educativas	81
4.5.3.2	Ações Fiscalizatórias	82
4.5.3.3	Ações Administrativas	83
4.5.4	Vigilância Ambiental	84
4.6	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	85
4.7	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	87
4.8	REGULAÇÃO E AUDITORIA	89
4.8.2	Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria	91
4.8.1	Central de regulação de consultas e exames especializados	92
5	DIRETRIZES OBJETIVOS E METAS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DA SECRETARIA DE SAÚDE DE BENTO GONÇALVES- 2018-2021	95
5.1	PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	95
5.1.1	Programa Saúde da Criança e do Adolescente	97
5.1.2	Programa de Nutrição e Alimentação	100
5.1.3	Programa Saúde da Mulher	102
5.1.4	Programa Saúde do Idoso	107
5.1.5	Programa de Doenças Crônicas não Transmissíveis	108
5.1.6	Programa de Saúde Bucal	108
5.1.7	Programa Saúde Indígena	110
5.1.8	Programa Saúde do Homem	110
5.2	PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA	112
5.2.1	Central de Fisioterapia	112
5.2.2	Saúde Bucal	113

5.2.3	Saúde Mental	114
5.2.4	SAE/CTA	117
5.2.5	Urgência e Emergência	118
5.3	PLANEJAMENTO DAS VIGILÂNCIAS	120
5.3.1	Vigilância em Saúde do Trabalhador	121
5.3.2	Vigilância Epidemiológica	121
5.3.3	Vigilância Sanitária	124
5.3.4	Vigilância Ambiental	125
5.4	REGULAÇÃO	127
5.5	AUDITORIA	128
5.6	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	129
5.7	CIRURGIAS ELETIVAS	130
5.8	EDUCAÇÃO PERMANENTE	136
5.9	GESTÃO DOS TRABALHADORES DO SUS	132

APRESENTAÇÃO

O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE/PMS de Bento Gonçalves traz as diretrizes para a gestão da saúde pública no período de 2018 a 2021 conforme estabelece as *diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013*.

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde para o período de quatro anos, orientado pelas necessidades de saúde da população. Norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde.

Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.

O Plano de Saúde consta de uma análise situacional que avalia a estrutura do sistema de saúde, suas redes de atenção à saúde, os recursos financeiros, a gestão da educação em saúde, os fluxos de acesso, o processo de monitoramento e avaliação e a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores.

Estão contemplados dentro do Plano Municipal de saúde os indicadores pactuados no SISPACTO de 2017 bem como a Programação Anual em Saúde-PAS/2017.

INTRODUÇÃO

AS Políticas públicas de saúde municipal tem como objetivo promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, diminuindo as desigualdades e promovendo serviços de qualidade, observando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas ações e nos serviços de saúde, ênfase em programas de ação preventiva, humanização do atendimento e gestão participativa do Sistema Municipal de Saúde.

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, O PPA e o 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, Coordenações dos Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, Controle Social, Conselho Municipal de Saúde e pelos grupos de trabalhos durante a Conferência Municipal de Saúde realizada em 11 de agosto de 2017 envolvendo toda a comunidade de Bento Gonçalves na construção das prioridades da Saúde e qualificação dos Processos de Trabalho das equipes e saúde dos munícipes de Bento Gonçalves.

2ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO

2.1 HISTÓRIA DA COLONIZAÇÃO ITALIANA

Em 1870, após 50 anos de luta, a Itália se unifica e as formas feudais são substituídas pelo capitalismo industrial. Em 1855 o governo institui altos impostos, endividando os pobres que perderam as terras para o governo ou para os proprietários maiores, também chamados 'senhores'. Além disso, a substituição do artesanato pela produção industrial gerava desemprego. O excesso de população aliado à doenças endêmicas e ao horror à guerra e ao serviço militar, deixaram o povo italiano sem perspectivas de melhorar sua própria qualidade de vida. A solução encontrada na época para uma vida mais digna era emigrar.

Havia de um lado um processo econômico que induzia à industrialização e, de outro, a preservação de estruturas latifundiárias. Nesse contexto, o excesso de população foi rapidamente transformado em algo negociável. Os imigrantes eram, em certo nível, uma mercadoria, e a propaganda para atraí-los foi bastante enganosa. Essas transformações políticas e econômicas resultaram em tensões sociais internas na disputa pela terra. As massas populares italianas encontravam-se condenadas à miséria e à fome.

No final do século XIX, enquanto havia excedentes de população na Europa, o Brasil adaptou-se aos interesses do capitalismo modificando sua política de mão de obra e de terras. A maior parte do território brasileiro estava desabitado e sofria com a carência de mão de obra livre. Com o processo imigratório, o Brasil teria seus problemas resolvidos pela substituição da mão de obra escrava na lavoura e pelo povoamento de áreas desocupadas, com ênfase ao desenvolvimento agrícola das regiões do sul do Brasil.

Os primeiros imigrantes oriundos do norte da Itália chegaram a Bento Gonçalves, então colônia Dona Isabel, no dia 24 de dezembro de 1875. Ocuparam uma esplanada onde hoje localiza-se a Igreja Cristo Rei (Bairro Cidade Alta), onde ficaram aguardando a distribuição das terras.

Em 1881 é iniciada a abertura da primeira estrada de rodagem, chamada Buarque de Macedo, ligando as colônias Dona Isabel (Bento Gonçalves),

Conde D' Eu (Garibaldi), e Alfredo Chaves (Veranópolis). É a mais antiga via do Rio Grande do Sul a ligar Montenegro até o Estado de Santa Catarina. A via RST 470 passa a denominar-se BR 470 em março de 2015.

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.

Em 1919 foi inaugurada a linha férrea ligando a capital de Porto Alegre a Bento Gonçalves e trazendo impulso ao progresso da região. Em 1922 foi instalada a luz elétrica. Em 1927 foi inaugurado o primeiro hospital. A rua Marechal Deodoro foi a primeira via pública a ser calçada no ano de 1940. A rádio difusora ZYQ 5 foi a primeira emissora de rádio a ser fundada em 15 de novembro de 1947.

Em 1925 foi comemorado o Cinquentenário da Imigração Italiana no Rio Grande do Sul. Nesta época a principal economia do município era baseada em produtos suínos e o segundo produto mais representativo era o vinho. A população do município era atendida por 248 estabelecimentos comerciais. As ferrarias e selarias eram substituídas pela mão de obra e os famosos 'fordecos' (carros da linha Ford) já transitavam pelas ruas

2.2 PROGRESSO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

Em 1940 a agricultura vai sendo substituída pela indústria, que aos poucos diversifica sua produção, gerando mais empregos. A industrialização atrai novos contingentes de trabalhadores, migrantes de outros municípios da região. Aumenta a circulação de dinheiro e mudam os hábitos e costumes dos moradores, assim como o poder de consumo. São instaladas as primeiras casas bancárias: o Banco de Pelotas e o Banco Nacional do Comércio.

No início da década de 1950 o município de Bento Gonçalves apresentava uma população de 23.340 habitantes, sendo que 6.280 pertenciam à zona urbana e 17.060 à zona rural e suburbana. Na economia, destacava-se o setor agrícola – principalmente a produção vitivinícola, além da agricultura de subsistência. Em 1955 iniciou a fabricação de móveis em estilo artesanal.

Nos anos 60 a Indústria de Acordeões Todeschini, a maior da América Latina, exportava acordeões e escaletas (instrumento musical) para o México. Em 1967 o vinho dá um impulso ao desenvolvimento econômico de Bento Gonçalves com o surgimento da Festa Nacional do Vinho (Fenavinho).

Em 1970 surgem muitas indústrias moveleiras que caracterizam até hoje a cidade de Bento Gonçalves como um dos maiores polos moveleiros no sul do Brasil.



Foto mostra a praça Praça Walter Galassi em 1922, quando era chamada de Praça Centenário.

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.



Prefeitura Municipal

2.3 DADOS SOCIOECONÔMICOS

O Índice de Desenvolvimento Humano de 0,778 (2010) situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade.

O IDHM é um número que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

Bento Gonçalves figura como a 14^a economias do Rio Grande do Sul e em 2014 tinha um PIB per capita de R\$ 47.420,87. Em 2015, o salário médio mensal era de 3,1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 46,8%.

2.4 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 36° no pico máximo e mínimo de -3°, 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.

O Município foi emancipado em 11 de Outubro de 1890 e possui 274,070 quilômetros quadrados de área. Com uma população 114.203, densidade demográfica de 280,86 habitantes por KM² (IBGE, 2016).

Em seu território localizam-se IV distritos sendo:

I - Distrito do Vale dos Vinhedos: Área de Proteção a Paisagem Vale dos Vinhedos (APP VALE);

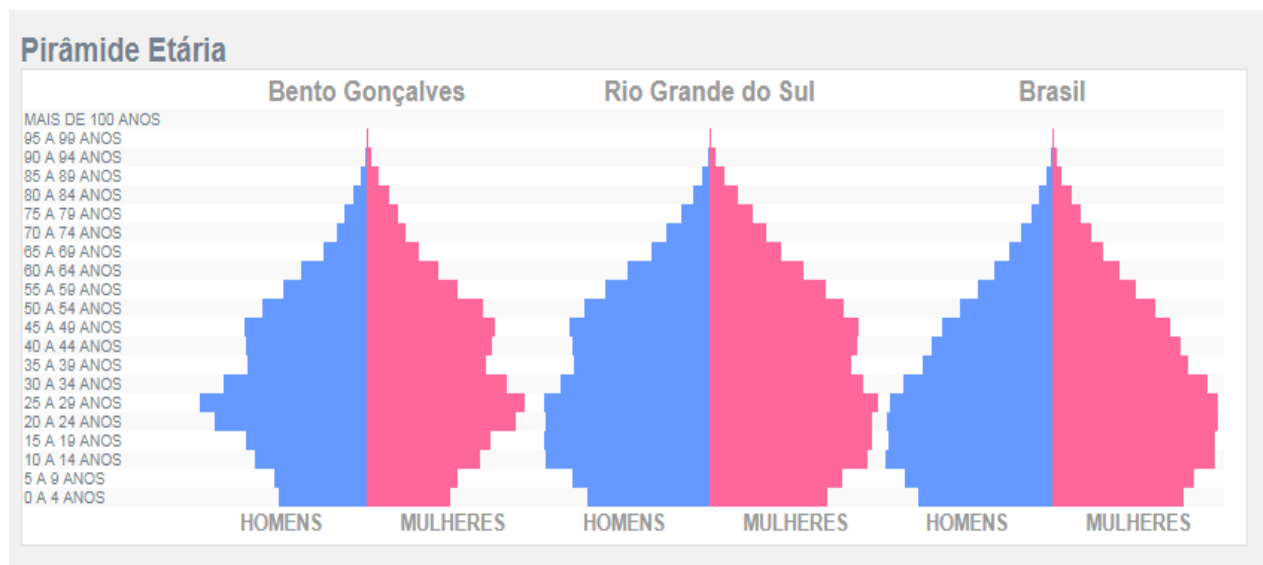
II - Distrito de São Pedro – Área de Proteção Paisagística Ambiental ao patrimônio Histórico e Cultural (APPAHC);

III - Distrito de Tuiuty

IV - Distrito de Faria Lemos.

2.5 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

2.5.1 Crescimento Populacional



Fonte: IBGE Cidades, 2010

Entre 2000 e 2010, a população de Bento Gonçalves cresceu a uma taxa média anual de 1,61%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 89,43% para 92,35%. Em 2010 viviam no município 107.278 pessoas, em 2016 a população total do município era de 114.203 habitantes. A expectativa de vida

ao nascer em 2010 era de 75,52 anos, o Índice de Mortalidade Infantil em 2014 foi de 9,41 em 2015 por mil nascidos vivos. Em 2010 a composição étnica da população residente era 87,46% de brancos, 10,27% de pardos, 1,99% de negros, 0,14% de amarelos e 0,14% de indígenas.

2.6 ASPECTOS DE INFRA-ESTRUTURA

2.6.1 Energia Elétrica

A Rio Grande Energia – RGE é 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.

2.6.2 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.

Apresenta 86.9% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 72.5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 74.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

2.6.3 Coleta de Lixo

A coleta de resíduos orgânicos sempre existiu, porém os resíduos eram misturados e não separados de forma distinta. A coleta seletiva foi implantada no município no ano de 2000, através da Secretaria Municipal do Meio Ambiente, órgão responsável pelo gerenciamento dos resíduos sólidos urbanos, sendo realizada de porta a porta, conforme cronograma com dias e horários pré-estabelecidos.

A execução de serviços de coleta, remoção, transporte e descarga dos resíduos sólidos domiciliares, resíduos recicláveis, resíduos sólidos especiais (resíduos advindos de estabelecimentos comerciais) e resíduos domiciliares descartáveis (utensílios de madeira, de aço, colchões, eletrodomésticos velhos, etc.) são realizados por empresa terceirizada, conforme contratos de prestação de serviços firmado com o Poder Público Municipal.

Atualmente são coletados cerca de 100 toneladas diárias de resíduos orgânicos destinados ao aterro sanitário da CRVR – Companhia Riograndense Valorização de Resíduos Ltda – localizada na BR 290, Km 181, s/nº, na cidade de Minas do Leão – RS, conforme Licença de Operação nº 324/2016 – DL, emitida pela Fundação Estadual de Proteção Ambiental – Fepam e cerca de 23 toneladas diárias de resíduos recicláveis, encaminhadas a nove Associações de Recicladores (catadores) que realizam a triagem e prensagem do material, sendo posteriormente vendido para indústrias recicladoras.

A quantidade de material potencialmente reciclável triado nas nove associações de recicladores parceiras do município vinculadas a uma cooperativa é de aproximadamente 600 toneladas mensais, gerando emprego e renda a mais de 110 pessoas que tiram seu sustento através da separação de resíduos recicláveis.

Para minimizar o problema de má separação (30%) o setor de Educação Ambiental da Secretaria Municipal do Meio Ambiente desenvolve diversos projetos voltados para a sensibilização da população bento-gonçalvese, sobre a correta separação e destinação dos resíduos, redução, reutilização e reciclagem, porém como o processo de conscientização é lento e deverá ser contínuo, e com o Plano de Coleta Seletiva no município, que vem complementar o Plano de Gerenciamento de Resíduos, definiu-se

procedimentos operacionais eficazes, bem como ações preventivas e corretivas aliados aos programas de educação ambiental, além das alternativas de inclusão no setor produtivo e na melhoria de qualidade de vida das pessoas que dependem desta renda.

Em relação aos resíduos industriais, dados obtidos através da PROAMB indicam que o aterro industrial administrado pela entidade dentro do município recebe em torno de 3.000 m³ mensais de resíduos industriais, provenientes de diversas cidades da região.

Os resíduos de saúde coletados nas unidades de saúde administradas pelo município são encaminhados à empresa RTM Resíduos Especiais Ltda, situada no município de Santa Maria, onde são tratados e destinados.

3UM POUCO DA HISTÓRIA DA SAÚDE

Quando os primeiros imigrantes se estabeleceram em Bento Gonçalves a palavra médico não era pronunciada, pois este era um profissional que não existia entre os moradores. Quem atendia os doentes eram os práticos, pessoas com alguns conhecimentos sobre doenças, isto é, os chás de ervas conhecidas era a solução para a maioria dos males que afetam os mesmos.

Um dos problemas enfrentados pelas autoridades da imigração era o abandono ou licenças concedidas aos funcionários contratados para atender nas localidades distantes, visto que era muito difícil de controlar estes profissionais e que muitas vezes era sabido do abandono pelas sucessivas queixas dos imigrantes.

Os médicos quando nomeados pela Intendência a prestar serviços, eram considerados funcionários públicos e deviam atender sem ônus os indigentes, os presos e os soldados da guarda municipal. Em dezembro de 1911, foi nomeado o médico da Intendência o Doutor BARTHOLOMEU TACCHINI, vindo da Itália. Graduou-se em medicina e cirurgia em 1903 pela Real Universidade de Módena, trabalhando oito anos num hospital da cidade italiana. Em 1913 numa pequena sala de uma velha casa de madeira, nas imediações da Igreja Matriz Santo Antônio, o cidadão Luiz Arcari era submetido a uma cirurgia para a extração do apêndice. E em 1913, vendo que sua clientela aumentava, estabeleceu-se na sede da Società Italiana de Mutuo Soccorso Regina

Margherita', que ficava em frente à Prefeitura, esquina da rua Marechal Deodoro e rua Cândido Costa. Trabalhou no local até 1927."

As Sociedades de Mútuo Socorro nasceram dessa necessidade, pois não havia hospital ou saúde pública na região. Então criavam esses locais de mútuo socorro, que assumiam alguns custos essenciais como os professores para as crianças e as casas de saúde. Foi uma forma de estruturar a sociedade que começava."

No ano de 1916 Dr. Tacchini volta a Itália para ingressar em uma equipe de saúde durante a primeira guerra mundial, assumindo o compromisso como médico municipal Dr. LODOVICO BARBIERI (Vico).

Regressa a Bento Gonçalves em 1918 e propõe a criação de um hospital. Em 1925 inicia a construção do Hospital Bartholomeu Tacchini, inaugurado em 13 de março de 1927. Após sua morte por câncer os médicos Dr. Walter Galassi, Dr. Vico Barbieri, Dr. Beniamino Giorgi e Dr. Antônio Fianco Casagrande clinicaram na cidade e deixaram marcadas suas atuações no cenário social e da saúde de Bento Gonçalves (ALESSANDRA FERRONATO; ELIBERTO DA CAMPO, 2008). Em 1936, dia 18 de novembro, em São Paulo faleceu Dr. TACCHINI, vítima de câncer na laringe.

No ano de 1924 veio da Itália o Dr. Beniamino Giorgi. Giorgi, graduou-se em medicina no curso na UNIVERSITÀ DI GENOVA. Durante o conflito da Primeira Guerra Mundial, serviu na infantaria do exército italiano. Em 13 de novembro de 1927 foi inaugurada a Casa de Saúde de São Jorge, de propriedade de Beniamino Giorgi, localizada na área periférica da cidade, passando a atender a clientela mais necessitada.

No ano de 1929, o Dr. Tacchini resolve ir em busca de equipamentos modernos, visando aprimorar os trabalhos no Hospital. Viaja então para a Itália, onde a medicina se encontrava em um estágio bem mais avançado, assim como a tecnologia. Em 1930, quando retorna a Bento Gonçalves, o grande doutor é recebido com outra festa monumental, junto à Estação Ferroviária. Neste mesmo ano, para ajudar nos trabalhos, vem da Itália o seu sobrinho, o doutor Walter Galassi, um homem que também tinha uma grande admiração pelas pessoas, fossem elas ricas ou pobres. Em 1932, os doutores Ludovico

Barbieri, Carlo Cini e Walter Galassi recebem o título de sócios-beneméritos do Hospital Tacchini.

Até os anos 1950 quase não havia investimento em infraestrutura urbana em Bento. A água não era pública, cada qual fazia seu poço em casa. Havia situações bem complicadas: por exemplo, várias nascentes de águas utilizadas pela população ficavam próximas do cemitério. Então em 1950 a água contaminada gerou uma epidemia de tifo na cidade, e morreram muitas pessoas. Naquele momento ficou claro para os cidadãos: tínhamos de cuidar da infraestrutura, tínhamos de cuidar da nossa cidade”(Assunta de Paris).

Em 1964 é inaugurado o Hospital Maria Tereza Goulart em homenagem a esposa do Presidente João Goulart e pertencia a uma Unidade Estudantil de Bento Gonçalves, *a inauguração foi feita no início de março de 1964 e os recursos, bem como seu terreno pertenciam ao Governo Federal, tendo o Dr. Antônio Carlos Koff diretamente envolvido com a administração inicial do hospital, porém em 31 de março estourou a Revolução e o Hospital foi fechado durante 7 anos.* A instituição de saúde Maria Tereza Goulart seria reaberta com o nome de Walter Galassi sendo administrada pelo Hospital Tacchini (Gustavo Valduga). Informações relatam que o desenho do Hospital foi executado pelo arquiteto Oscar Niemeyer.

Funcionavam no Hospital Walter Galassi os setores de obstetrícia, ginecologia e pediatria. Os partos e cirurgias destas especialidades, eram realizados em 2 grandes salas cirúrgicas. O hospital foi gerenciado pelo administrador Armando Piletti a partir de maio de 1972 durante o período de dois anos. Neste mesmo ano chega a Bento o médico psiquiatra Dr. Bellora estabelecendo-se em consultório particular, como médico do 3º Batalhão de Comunicações do Exército. Conforme relato do Dr. Bellora neste período não havia atendimento psiquiátrico na cidade. Os pacientes aguardavam suas transferências a Porto Alegre muitas vezes amarrados e camas ou até no presídio quando em casos de alcoolismo e surtos psicóticos. Entre 1974 e 1975 Dr Bellora se especializa junto ao Hospital São Pedro e traz a Bento novas

perspectivas em relação ao atendimento em saúde Mental e monta dentro do Hospital Galassi uma unidade de atendimento Psiquiátrico. A procura por atendimento aumenta e em 1978 o Hospital torna-se unicamente Psiquiátrico transformando-se em Centro regional de atendimento possuindo 120 leitos sendo 70 a 80 para o sistema público e o restante para convênios chegou a ser referência nacional como hospital psiquiátrico público. Dr. Bellora foi diretor do corpo clínico até 1997 quando houve o fechamento do Hospital Walter Galassi.

Em 1974 inaugura-se o Centro de Saúde do Estado, situado na região Central da cidade. Depois com o aumento de serviços e a estrutura insuficiente o Estado constrói a Unidade que fica hoje na Dr. Casagrande. Já nesta estrutura havia os serviços de ginecologia, obstetrícia e pediatria bem como os ambulatorios de tuberculose, hanseníase e laboratório de análises clínicas . Em 1978 inaugura um Posto de Saúde Central, de gerência Federal, o Posto do INSS.

Em meados do ano de 1980, com o objetivo de proporcionar à população do interior do município atendimento às suas necessidades de saúde, foi fundado o Posto de Saúde Tuiuty, de Faria Lemos (01/1980) e de São Pedro (20/03/1991). Nesta época a estrutura física contava apenas com 01 sala para atendimento junto ao prédio das Subprefeituras .

Entre o ano de 1980 a 1992 o Posto de Saúde contava apenas com atendimento médico e uma atendente de enfermagem que o auxiliava nas consultas e realizava alguns procedimentos pertinentes à sua função. A partir do ano de 1992, uma vez ao mês uma Enfermeira de outra Unidade de Bento Gonçalves se deslocava até o interior para realizar coleta de exames citopatológicos para as usuárias que o agendavam previamente. Nesta época também já havia uma Técnica de Enfermagem que era responsável pelo Posto.

Na década de 80, provavelmente em 1988 inaugura-se a Unidade de Saúde Municipal em espaço cedido pela escola Felix Faccenda.

No ano de 1991 a Secretaria de Saúde situava-se na casa do então ex-presidente Geisel, situada no centro da cidade, em frete ao Hospital Tacchini . Nesta estrutura tendo como secretário de Saúde Rubens Lahude dá inicio a re-estruturação da vigilância Epidemiológica em caráter municipal dando

seguimento ao processo iniciado dentro do Centro De Saúde que já tinha como funções a vigilância da tuberculose e hanseníase. A Coordenadora do serviço foi Dr^a Neice Muller Xavier Faria. Neste tempo a Bióloga e Professora Maria Pasqualli com suas propostas e ações começa a dar ideia para a estruturação da Vigilância Ambiental. Neste período fez-se um grande concurso público com a entrada de vários profissionais e a primeira enfermeira a entrar foi a Enf^a Maristela Cargnin que iniciou as suas atividades de promoção à saúde em uma praça Central, assim ficando durante dois anos, demonstrando que ainda não havia clareza das funções de cada profissional. A organização dos serviços de saúde com uma estrutura profissional mais completa começa a partir de 1991.

No período de 1993 a 1996 tendo como Secretária de Saúde Dr^a Angela Bassotto inicia-se a estruturação da Vigilância Sanitária em 1993 e em 18/05/1996 inaugura-se a unidade Rural do 15 da Graciema.

1997-2000

No período de 1997 a 2000 tendo secretário Dr. Roberto Miele é inaugurado no ano de 1997 a Unidade rural de São Valentim, o fechamento do Hospital Walter Galassi e a Secretaria de Saúde transfere-se da antiga Casa do Geisel para a estrutura do Hospital Walter Galassi. Em 21 de outubro de 1998 o prédio Hospital Walter Galassi é transferido para o Estado do Rio Grande do Sul e inaugura-se em parte desta área hospitalar a Unidade Zona Sul, datado em 16/03/1998. Também neste período inicia-se a estruturação da vigilância epidemiológica com alimentação de banco de dados nacionais e investigação epidemiológica.

Neste período a SMS assume as ações da Unidade de Saúde Central, passando a assumir a responsabilizar-se pela prestação dos serviços de saúde ofertando atendimento médico, de enfermagem e odontológico. Permaneceram no local vários funcionários federais que compuseram junto aos funcionários municipais as equipes de trabalho em saúde.

O Serviço de Saúde Mental da secretaria de saúde de Bento Gonçalves iniciou em 1998, nas dependências do Hospital Galassi em consonância com a lei Paulo Delgado que em 1996 reduziu drasticamente a disponibilidade de leitos psiquiátricos em todo o Brasil e com os movimentos de reforma em

Saúde Mental ocorridos na Inglaterra, França e Itália.

No primeiro semestre de 1999 na mesma área do Hospital Walter Galassi inaugura-se o Pronto Atendimento Municipal (PAM) transferido do antigo INAMPS, no setor que hoje é a Fisioterapia, sendo expandido, melhorando a capacidade resolutive.

Com o início do Programa de Saúde da Família (PSF) que depois vem a ser a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a secretaria de saúde remodela a estratégia de atendimento à população e inaugura seu primeiro ESF na Unidade do Conceição em 09/10/99 em prédio cedido pela comunidade. A unidade de Saúde Municipal passa a ser ESF Municipal e Unidade de Saúde Zatt passa a ser ESF Zatt.

2001- 2004

Em 05/10/2002 inaugura-se o ESF Vila Nova na rua Arlindo Menegotto, 664. Porém anos antes já existia a Unidade de Saúde Vila Nova, sendo que a primeira equipe de Saúde da Família- ESF iniciou na Unidade Vila Nova final de 1998, meados de 1999, na época situado na Rua Carlos Dreher Neto, em frente Moveis Manfroi, onde apenas existia a parte superior do prédio construído. Em 10/10/2002 iniciou o ESF Barracão . No mesmo ano inaugura-se o ESF Zatt demonstrando a iniciativa do então Secretário Roberto Miele na expansão do modelo de saúde baseado na descentralização e na Atenção Primária no modelo do Programa de Saúde da família, em franca expansão no Brasil neste período.

Em 2002 dando forma ao atendimento em Saúde Mental, também na estrutura do Hospital Galassi abre as portas o CAPSI em acordo com o movimento antimanicomial, como diretriz de reformulação do modelo de Atenção à Saúde Mental, transferido o foco do tratamento que se concentrava na instituição, para uma Rede de atendimento. O serviço atendia pacientes adultos, crianças, adolescentes e dependentes químicos.

No ano 2002 é inaugurado o Serviço de Apoio e Testagem (SAE).

Em 17/10/03 inaugura-se a Unidade de Fisioterapia, em 11/10/2003 a unidade ESF do Ouro Verde e em 02/04/2004 a Unidade ESF de Licorsul, este em espaço de comodato da Sociedade Canarinho. No ano de 2004 a unidade

de Tuiuty transfere-se da então subprefeitura municipal para sua Unidade própria, tendo como data de inauguração do novo espaço em 01/10/2004 inicia-se os atendimentos odontológicos. Em 02/10/2004 nas dependências do Serviço Social São Roque inaugura-se a unidade de Saúde São Roque e em 28/12/2004 o ESF Aparecida, atendendo a todo o território do Zona Norte que estava em franco crescimento.

2005-2008

Na gestão também do Secretário Roberto Miele, em 17/06/2005 inaugura-se a unidade no distrito de Pinto Bandeira que segue operante até 2012 quando da emancipação do Município.

Em 22/06/2005 num projeto inovador para a gestão municipal abre-se o SAD- Serviço de Assistência Domiciliar sendo o primeiro serviço de Assistência domiciliar do país financiado exclusivamente por uma prefeitura. Atendia com equipe multidisciplinar os pacientes com dificuldades de locomoção em suas residências.

Em 08/10/2005 inaugura-se a UBS Maria Goretti, em 07/07/2006 a Unidade Santa Helena já trazendo aos serviços de saúde uma ideia de Unidades de Saúde com áreas físicas maiores, comportando salas de grupo, entendendo que o processo de educação em saúde é parte fundamental da carta de serviços da atenção primária.

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, onde eram atendidos os adultos e usuários de drogas (CAPS I).

2009-2012

Em 20/10/2009 o secretário de saúde Ivanir Zandoná realizou a segunda segmentação da saúde mental com a inauguração de serviço especializado no atendimento de dependentes de Álcool e outras drogas (CAPS AD) para atender a demanda crescente de dependentes químicos. Implanta-se também neste ano o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

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. Inicialmente de iniciativa da ONG Vida Livre foi agregada ao poder público em 2013.

Em março de 2010 inicia o Serviço de Educação Permanente em Saúde na secretaria de Saúde de Bento Gonçalves com a finalidade de qualificar os funcionários da Secretaria da Saúde e com o Decreto Municipal Nº 8598 de 01 setembro de 2014 passa a ser denominado - Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva- NUMESC BG;

Em 30/10/2010 inaugura-se a nova unidade do ESF Progresso e a unidade anterior sofre uma grande reforma e ampliação reinaugurando como Espaço de Atendimento ao Idoso em 2012. Em 24/08/2011 inaugura-se a Unidade ESF Santa Marta.

Em final de 2012 houve a habilitação do CASMI para CAPS infantil atendendo as Portarias de habilitação e a habilitação do CAPS I para CAPS II, contemplado para municípios com mais de 70.000 habitantes.

2013-2016

Nos anos entre 2013 e 2016 novamente com a coordenação do secretário Roberto Miele houveram várias inaugurações de serviços de saúde de Atenção Básica sendo 09/03/2016 a ESF Fenavinho, 10/03/2016 a UBS COHAB, em 10/05/2015 a ESF Vila Nova- Arco-Iris, em 18/06/2016 a ESF Tancredo.

No ano de 2015, no dia 04/07/2015 após uma série de contratempos envolvendo a construção da UPA III esta foi inaugurada oficialmente. A UPA III com capacidade de atendimento de toda a população no serviço de Urgência e Emergência realiza em média 300 atendimentos dia. Em 01/07/2016 também é inaugura da UPA Zona Norte ocupando parte do espaço da Unidade de Saúde São Roque realizando em média 100 pessoas ao dia.

3.1 ASPECTOS DE SAÚDE E DOENÇA DA POPULAÇÃO

3.1.1 Perfil da Mortalidade de Bento Gonçalves

A Tabela 3 mostra o número total de mortes, o percentual (%) e a incidência média por 100.000 habitantes calculados para as décadas de 1980 a 1989, 1990 a 1999, 2000 a 2009 e para os primeiros sete anos da década de 2010 a 2016. Os dados referem-se às mortes da população residente, e, para o ano de 2016, os resultados ainda são parciais (aguardam o encerramento da base estadual).

Em nosso município, as principais causas de morte têm sido, historicamente: as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e as causas externas (acidentes e violências). Este perfil é semelhante ao encontrado no estado do RS e no Brasil, e é compatível com o encontrado em regiões e países com bons níveis de desenvolvimento socioeconômico e com melhores expectativas de vida.

Entretanto, ao longo das últimas quatro décadas, tem se observado uma mudança no perfil de mortalidade do município, com uma redução nos óbitos causados por doenças do aparelho circulatório, e aumento do número de mortes atribuídas a outras patologias, como, por exemplo, às neoplasias (em especial o câncer de pulmão e dos órgãos do sistema digestivo), às doenças endócrinas e metabólicas (particularmente, o diabetes mellitos), às doenças do sistema nervoso (Alzheimer e Parkinson) e, em menor proporção, às doenças do sistema geniturinário.

Mortalidade por Causas Segundo Capítulos do CID 10, por Decênio, Bento Gonçalves, 1980 a 2016*.

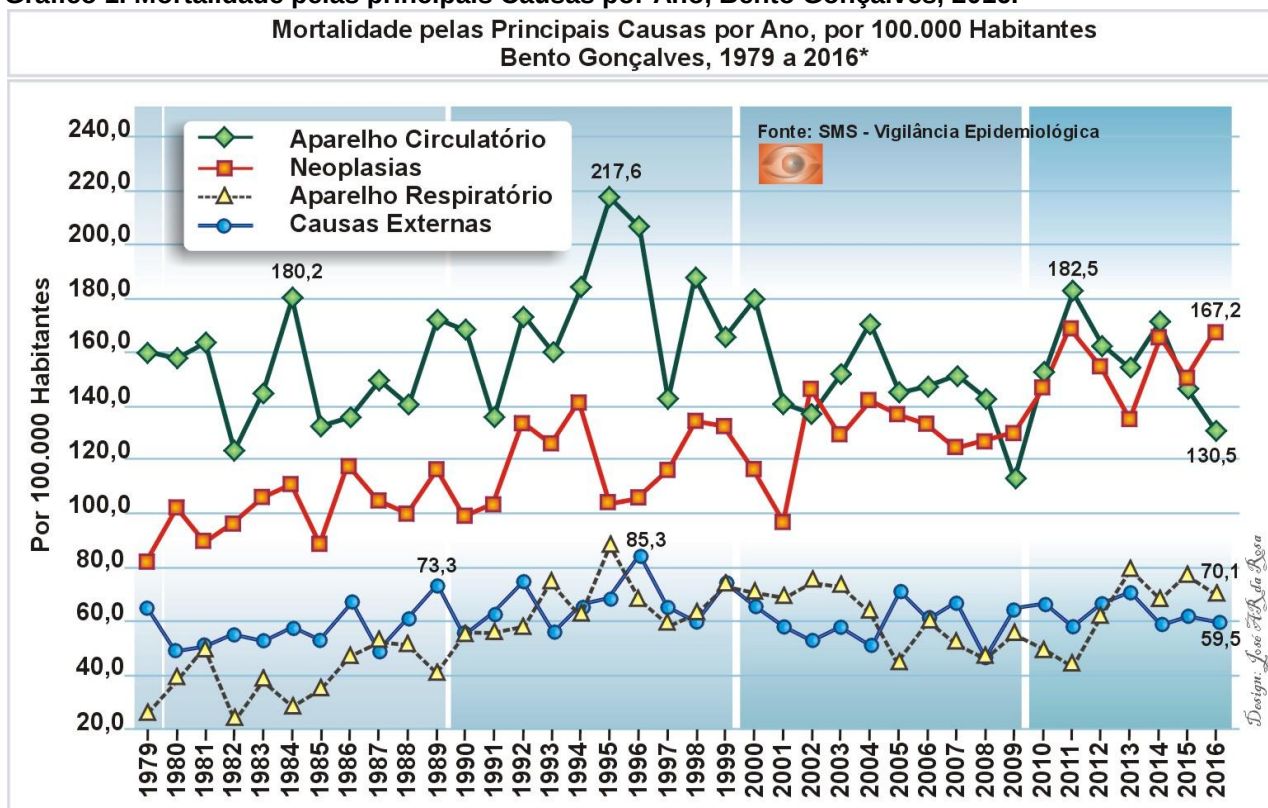
	1980 a 1989			1990 a 1999			2000 a 2009			2010 a 2016		
	N	(%)	por 100.000	N	(%)	por 100.000	N	(%)	por 100.000	N	(%)	por 100.000
I. Doenças Infecciosas e Parasitárias	64	2,0	9,6	103	2,3	12,7	144	2,8	14,5	83	1,9	10,7
II. Neoplasias (Câncer)	692	21,1	103,4	969	22,0	119,5	1.271	24,8	128,3	1.205	27,1	155,2
III. Doenças do Sangue e Hematopoiéticas	10	0,3	1,5	10	0,2	1,2	25	0,5	2,5	12	0,3	1,5
IV. Doenças Endócrinas e Nutricionais	77	2,4	11,5	98	2,2	12,1	256	5,0	25,8	280	6,3	36,1
V. Transtornos Mentais e Comportamentais	6	0,2	0,9	21	0,5	2,6	56	1,1	5,7	26	0,6	3,3
VI. Doenças do SNC	26	0,8	3,9	36	0,8	4,4	105	2,1	10,6	149	3,3	19,2
VII. Doenças dos Olhos e Anexos	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
VIII. Doenças do Ouvido e Apófise Mastóide	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	0,0	0,1	0	0,0	0,0
IX. Doenças do Ap. Circulatório	1.005	30,7	150,1	1.413	32,0	174,3	1.461	28,6	147,5	1.219	27,4	157,0
X. Doenças do Ap. Respiratório	276	8,4	41,2	537	12,2	66,2	604	11,8	61,0	503	11,3	64,8
XI. Doenças do Ap. Digestivo	156	4,8	23,3	299	6,8	36,9	301	5,9	30,4	252	5,7	32,4
XII. Doenças da Pele e Tec. Subcutâneo	4	0,1	0,6	3	0,1	0,4	7	0,1	0,7	0	0,0	0,0
XIII. Doenças do Sistema Osteomuscular	10	0,3	1,5	16	0,4	2,0	28	0,5	2,8	34	0,8	4,4
XIV. Doenças do Ap. Geniturinário	56	1,7	8,4	50	1,1	6,2	100	2,0	10,1	94	2,1	12,1
XV. Doenças Gravidez, Parto e Puerpério	1	0,0	0,1	7	0,2	0,9	4	0,1	0,4	1	0,0	0,1
XVI. Afeções Perinatais	157	4,8	23,5	107	2,4	13,2	78	1,5	7,9	60	1,3	7,7
XVII. Malformações Congênitas	57	1,7	8,5	69	1,6	8,5	42	0,8	4,2	33	0,7	4,2
XVIII. Causas Mal Definidas	293	8,9	43,8	129	2,9	15,9	43	0,8	4,3	8	0,2	1,0
XIX. Lesões e Conseq. Causas Externas	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
XX. Todas as Causas Externas	385	11,8	57,5	543	12,3	67,0	591	11,5	59,7	490	11,0	63,1
Total	3.275	100,0	4,9	4.410	100,0	5,4	5.117	100,0	5,2	4.449	100,0	5,7

Fonte: SMS Bento Gonçalves – Vigilância Epidemiológica

Obs.: a incidência total dos decênios é calculada e apresentada por 1.000 habitantes/ *Parcial para 2016

O Gráfico 1 demonstra uma importante queda nos coeficientes de mortalidade por doenças do aparelho circulatório em 2015 e 2016, com um aumento nos coeficientes de mortalidade por neoplasias.

Gráfico 1. Mortalidade pelas principais Causas por Ano, Bento Gonçalves, 2016.



*Parcial para o ano de 2016

Estas variações, embora esperadas, chamam a atenção para a importância de manter e implementar ações de saúde voltadas para a prevenção de comportamentos de risco reconhecidamente ligados à causalidade das neoplasias, como, por exemplo, o tabagismo e os maus hábitos alimentares.

3.1.2 Perfil da Natalidade de Bento Gonçalves

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 2016 está disponível no site eletrônico da Prefeitura de Bento Gonçalves (<http://www.bentogoncalves.rs.gov.br>), link “saúde em bento”, sublink

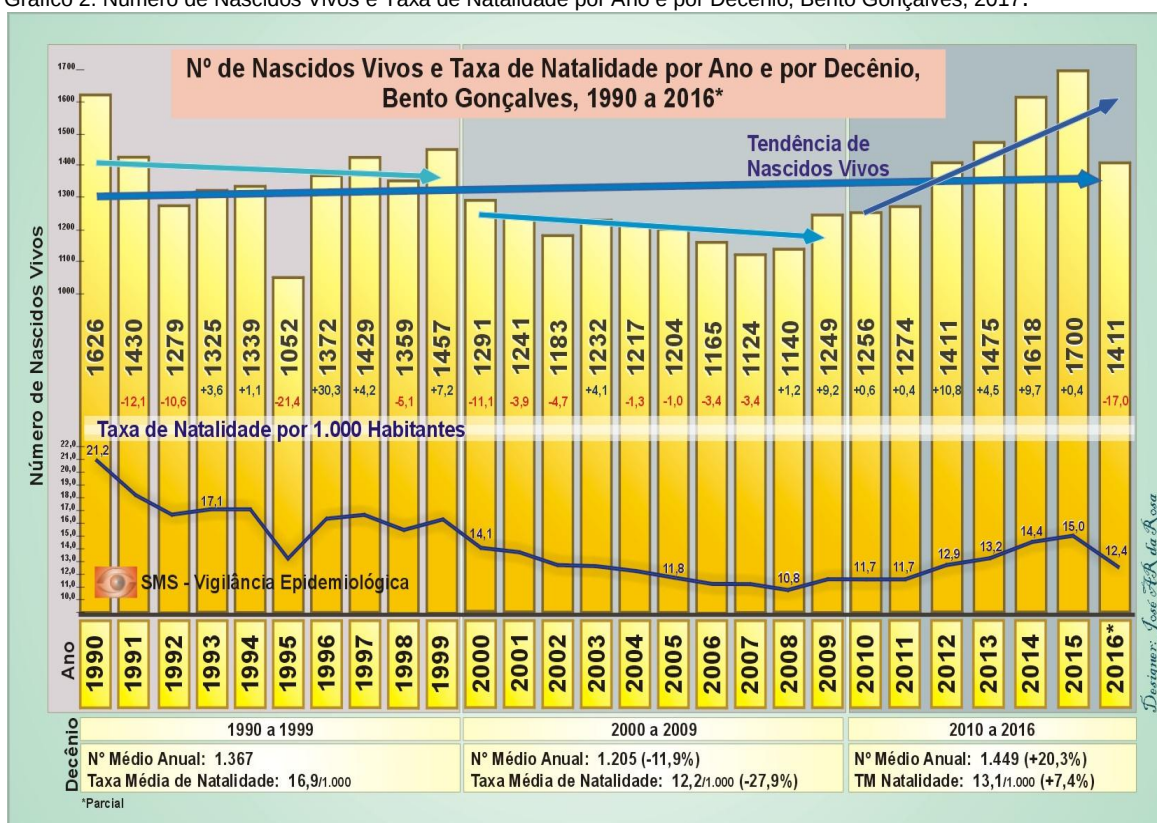
“epidemiologia”.

Para o ano de 2016, os dados ainda são parciais (aguardando encerramento da base estadual). No relatório, a apresentação dos dados está didaticamente dividida nos seguintes blocos: I: Recém-Nascido; II: Gestação e Parto, III: Mãe; IV. Coeficientes com Base no SINASC; V: Malformações Congênitas; VI: Mapas e Tabelas: Bairro/Local de Residência da Mãe; VII: Gráficos.

O Gráfico 2 mostra a evolução dos nascimentos vivos residentes e das taxas de natalidade em Bento Gonçalves, para o período de 1990 a 2016. Entre as décadas de 1990-1999 e 2000-2009, houve uma tendência de redução no número de nascimentos (-11,9%) e nas taxas de natalidade (-27,9%) do município.

Nos primeiros sete anos da década de 2010-2016, a tendência no número de nascimentos (+20,3%) e nas taxas de natalidade (+7,4%) tem sido de crescimento.

Gráfico 2. Número de Nascidos Vivos e Taxa de Natalidade por Ano e por Decênio, Bento Gonçalves, 2017.



Fonte: Vigilância Epidemiológica, 2017.

As áreas geográficas da cidade em que estão ocorrendo o maior número

de nascimentos são: Municipal (67 nascimentos por ano); Santa Helena (61 nascimentos); Zatt (54), Progresso (53) e São Roque (52). Em tese, esses bairros são os que irão demandar por mais investimentos em serviços públicos de assistência nas mais diversas áreas.

A avaliação contínua dos indicadores nos permitiram avaliar ao longo dos anos os seguintes aspectos:

Redução da maternidade na adolescência (mulheres menores de 20 anos)

A maternidade na adolescência no município reduziu de 15,4% na década de 1992-1999, para 15,1% na década de 2000-2009 e 11,3% nos sete primeiros anos da década de 2010-2016. Em 2016, 10,6% dos partos ocorreram entre mulheres adolescentes. A maternidade precoce aumenta os riscos para as mães e seus recém-nascidos.

No RS, a maternidade na adolescência representou 14,5% do total de nascimentos de 2015 e 13,9% em 2016. Para a Pactuação Intergovernamental Federativa 2017-2021, o Ministério da Saúde incluiu, como meta, a redução da maternidade na adolescência para os estados e municípios. A Secretaria Estadual de Saúde do RS propôs uma meta de 14% para esse indicador, para 2017.

Aumento da maternidade tardia (mulheres de 35 anos e mais)

A maternidade tardia tem aumentado em Bento Gonçalves, passando de 13,6% nos anos 90, para 18,1% nos primeiros sete anos da década de 2010. As gestações tardias estão sujeitas a uma maior frequência de intercorrências obstétricas (trabalho de parto prematuro, hemorragia anteparto, trabalho de parto prolongado, apresentação anômala, distocias, pós-datismo, oligo e polidrâmnio, ruptura prematura de membranas) que afetam o desenvolvimento fetal e a própria saúde da gestante.

- Aumento das taxas de prematuridade (nascimentos antes de 37 semanas de gestação).

O município tem apresentado um importante crescimento nas taxas de nascimentos de bebês prematuros. Entre a década de 90 e o ano de 2016, as taxas passaram de 6,0% para 12,6%. No RS, a prematuridade também aumentou de 5,4% nos anos 90, para 11,4% do total de nascimentos de 2015. Embora não exista meta para reduzir as taxas de prematuridade do país, a Organização Mundial da Saúde classifica como altas as taxas superiores a 12%. Em países de alta renda financeira, essas taxas não ultrapassam 9%.

Bebês muito prematuros têm maiores chances de morrer, de necessitar de internação hospitalar, e enfrentar uma vida inteira de deficiências, incluindo dificuldades de aprendizagem e problemas visuais e auditivos. Os prematuros necessitam de maior seguimento nos serviços de saúde, e, muitas vezes, de cuidados especiais ao longo de muitos anos.

Aumento das taxas de parto cesariano

O aumento das taxas de parto cesariano tem sido observado em muitos países, mais notadamente, em relação às cesáreas eletivas. Este fenômeno tem sido descrito por alguns pesquisadores, como uma “pandemia de cesarianas desnecessárias”, ou como “cultura da cesárea”, não estando relacionado a mudanças no risco obstétrico, e, sim, a fatores socioeconômicos e culturais. Segundo a Organização Mundial de Saúde, não existem evidências que justifiquem, em qualquer população, taxas de cesariana superiores a 15%.

Em Bento Gonçalves, as taxas de parto cesariano que eram de 38,6%, em 1992, chegaram a 70,1% em 2014. Em 2015 e 2016, após vários anos de crescimento, essas taxas caíram para 67,3% e 56,9%, respectivamente (dados parciais para 2016). É importante ressaltar que 83,8% do total de partos dos convênios de saúde suplementar são cesarianos. Apesar da recente queda, as taxas ainda estão muito acima daquelas preconizadas pela OMS, pela Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e pela Pactuação Interfederativa 2017-2021.

Do mesmo modo como ocorreu no nosso município, as taxas de parto cesariano também aumentaram expressivamente no RS, passando de 35,9%, para 62,0%, entre 1992 e 2016.

Para tentar frear esse aumento, o Ministério da Saúde tem adotado algumas medidas, como a implementação da Rede Cegonha, por exemplo, que privilegia a realização dos partos vaginais, entre outras medidas para a humanização do parto.

Complementarmente, os municípios têm sido convidados a pactuar o aumento das taxas de partos normais (vaginais) nas suas Pactuações de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, bem como, na atual Pactuação Interfederativa 2017-2021. Neste sentido, o RS propôs uma meta de partos normais de 40% e 42% para os anos de 2016 e 2017, respectivamente.

Aumento das taxas de consultas de pré-natal

Em Bento Gonçalves, a proporção de gestantes que chegam ao parto com 7 ou mais consultas pré-natais tem aumentado progressivamente, desde 1997, passando de 51,5% do total de nascidos vivos, para 87,2% em 2016. As gestantes residentes têm feito uma média de 9 consultas pré-natais (variação 1 a 32 consultas). As gestantes cujo parto foi realizado através do Sistema Único de Saúde (SUS) fizeram, em média, 8,9 consultas pré-natais. Na comparação, as mulheres cujo parto foi realizado através de outros convênios de saúde realizaram 9,2 consultas pré-natais durante a gestação.

A proporção de gestantes que informaram não ter feito nenhuma consulta de pré-natal durante a gravidez vem mostrando tendência de queda, no município. Em 1995, 2,0% das gestantes residentes não havia recebido assistência médica antes do parto. Esta taxa reduziu-se para 0,6% em 2016.

4 ESTRUTURAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE

O modelo de atenção em saúde da Secretaria de Saúde se baseia no modelo do sistema hierarquizado que se dá por níveis de complexidade. conforme dispõe, ainda, os arts. 8º e 7º, I, da Lei 8.080/90. A organização dos serviços de saúde à população é dividida em três níveis de complexidade: atenção básica ou baixa complexidade, média complexidade e alta complexidade. Todos os níveis têm atendimentos específicos.

4.1 ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica é regrada pela PORTARIA Nº 2.488 de 21 DE OUTUBRO DE 2011 e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, 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. 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 e vulnerabilidade. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da residência das pessoas. 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. Em seu conjunto de diretrizes considera :

I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos.

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

IV - Coordenar a integralidade das ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão para a ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; re

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Para a Secretaria de Saúde o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica tem na Estratégia de Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. As outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais e regionais.

Em relação a seus indicadores de cobertura temos 33,23% de cobertura por Estratégia de Saúde da Família (out/2017), 49,46% de cobertura de atenção básica (out/017) e 42 % cobertura por plano de saúde (tabnet).

A Atenção Básica do município conta com 11 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), 1 NASF, 5 Unidades Básicas de Interior, Uma unidade móvel e 7 Unidades Básicas e Saúde (UBS), sendo elas:

4.1.1 Estratégias de Saúde da Família- ESFs e NASF

As nossas ESFs são 11 sendo: ESF Aparecida, ESF Barracão, ESF Conceição, ESF Eucaliptos, ESF Licorsul, ESF Municipal, ESF Ouro Verde, ESF Progresso II, ESF Santa Marta, ESF Vila Nova, ESF Zatt. O Núcleo de apoio a Saúde da Família – NASF I é composto por fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo e dá apoio as equipes de ESF.

4.1.2 Unidades Básicas de Saúde- UBSs

As Unidades Básicas de Saúde são 7 sendo: UBS COHAB, UBS Central, UBS Maria Goretti, UBS Santa Helena, UBS São Roque, UBS Zona Sul, Espaço do Idoso.

4.1.3 Unidades Básicas de Saúde do Interior

As Unidades Básicas do Interior são: UBS 15 da Graciema, UBS Faria Lemos, UBS São Pedro, UBS São Valentim, UBS Tuiuty.

4.2 PROGRAMAS DE SAÚDE

4.2.1 Saúde da Criança e do 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.

O Setor trabalha com quatro linhas de atenção sendo elas:

Programa Acompanha Bebê iniciou em 2010 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.

Programa Visita Bebê-Visita Criança que 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. As equipes de ESF e do NASF utilizam-se deste registro individual para acompanhamento das crianças e a avaliação das necessidades individuais e coletivas.

Programa Saúde na Escola que 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 pelas avaliações clínicas: (peso, estatura, IMC, score Z, avaliação da acuidade visual, auditiva, avaliação bucal, da pressão arterial), atividades educativas (promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável, prevenção da obesidade infantil, combate ao *Aedes aegypti*, prevenção ao uso de drogas, promoção da cultura da paz, cidadania e direitos humanos, promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer, promoção da saúde sexual e reprodutiva) e a formação de profissionais que atuam com os estudantes (saúde e educação).

Programa Teste do Pezinho que realiza a sistematização de coleta, controle das amostras, envio para análise, digitação em banco de dados e controle dos resultados. São detectadas a partir do exame: Fenilcetonúria, Anemia Falciforme e Hemoglobinopatias, Hipotireoidismo Congênito e Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase. A detecção precoce é fundamental para o início do tratamento e redução das consequências danosas às crianças afetadas.

4.2.2 Programa Saúde do Idoso

Bento Gonçalves possui 12,5% da população (14.295 n= 114.203 habitantes) formada por idosos (estimativa IBGE 2016), que tem na Atenção Primária a Saúde (APS) sua principal porta de entrada. A promoção e prevenção da saúde da população idosa e as implementações de ações específicas de recuperação e reabilitação no município de Bento Gonçalves

são norteadas pelas diretrizes contempladas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006: Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa com estímulo a ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção. Fortalecimento da participação social. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa. Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Promoção das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.

A PNSPI define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Na Atenção Básica, espera-se oferecer à pessoa idosa e a seus familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito à cultura e às diversidades do envelhecer. Neste sentido, Bento Gonçalves oferece a possibilidade de agendamento de 20% para consulta a pacientes idosos e pessoas com deficiência já cadastrados na unidade de saúde.

O uso da Caderneta do idoso é ação estimulada pelo Ministério da Saúde que permite o acompanhamento do idoso de forma mais clara, estimulando a equipe e o próprio paciente a acompanhar, perceber e prevenir os possíveis agravos de saúde.

A Campanhas de vacinação da Influenza têm como público de risco e como prioridade as pessoas com mais de 60 anos. No ano de 2012, iniciamos a campanha nas Instituições de Longa Permanência de Idosos e em 2016 tivemos 97% da população de idosos vacinados em Bento Gonçalves, campanha que ocorreu nos meses de abril e maio de 2016.

A redução da violência contra o idoso também é foco de trabalho de capacitação da rede de atenção primária, tendo em vista o aumento do número de vítimas e da baixa notificação e denúncia observada.

A sexualidade preventiva e com segurança e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) na terceira idade também estão sendo alvo de projetos e campanhas de conscientização, em 2017 todas as equipes de saúde da rede de atenção primária do município foram capacitadas sobre o tema.

Outro foco da SMS é a participação ativa do Conselho Municipal do Idoso (COMUI), incentivando a participação e o controle social da população idosa.

4.2.3 Saúde do Homem

A proposta da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem visa qualificar a atenção a saúde da população masculina na perspectiva de resgatar a integralidade da atenção. Os homens são vulneráveis às doenças, porém não procuram os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Muitos destes agravos poderiam ser evitados caso o homem procurasse a prevenção primária de forma regular, evitando o sofrimento físico, psíquico e emocional do paciente e sua família, promovendo a conservação da saúde e a qualidade de vida. A adesão ao Programa de Atenção Integral a Saúde do homem foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 10 de Novembro de 2014 e em reunião da Comissão Intergestora Regional -CIR- em 25 de novembro de 2014, e atualmente aguarda a oficialização pela Secretaria Estadual de Saúde -SES.

O município de Bento Gonçalves segundo IBGE de 2010 apresenta um total de 33.219 homens na faixa de 20 a 59 anos (31% da população). Com a adesão ao programa saúde do homem iniciamos trabalhos voltados a esta população para alcançar os objetivos do programa dentro dos 5 eixos estruturantes: acesso e acolhimento; prevenção de violência e acidentes; paternidade e cuidado; saúde sexual e reprodutiva e doenças prevalentes na população masculina.

Dados analisados pelo Programa Saúde do Homem apontam que o acesso pela população masculina na atenção primária vem aumentando de 55,6% para 70,3% entre os anos de 2014 e 2016 o que nos leva a perceber uma maior preocupação dos homens em cuidar da sua saúde. A realização dos Testes Rápidos também tiveram um aumento gradativo de 1,7% para 4,3% entre o mesmo período, resultado da maior divulgação da existência dos exames, facilidade de acesso nas unidades de saúde e maior conscientização da população na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Em maio

de 2016 iniciado a realização de consultas de Pré-Natal Masculino e ao longo de um ano foram atendidos 24% (235 n=1014 gestantes) dos parceiros das gestantes, com isso pode-se trabalhar a prevenção em saúde e o fortalecimento dos vínculos familiares. Todas as unidades receberam capacitações voltadas a promoção á saúde do homem ao longo dos últimos 3 anos e desde então todas realizam atividades voltadas a esta população durante o ano ou durante o mês de novembro, alusivo á Saúde do Homem.

Durante o Novembro azul foram realizados um Passeio Ciclístico (2014), Saúde do Homem na Praça (2015) e Movimento Saúde do Homem (2016), onde se percebeu o quão necessário é realizar mutirões de atendimentos para facilitar o acesso e proporcionar um atendimento holístico focando nas mais variadas queixas masculinas. As unidades de saúde estão empenhadas em favorecer o atendimento á saúde do trabalhador oferecendo atendimento no vespertino e/ou sábados onde se percebeu um aumento entre 2014 e 2016 passando de 8 para 13 unidades que aderiram a proposta voluntária de trabalho fora do expediente normal de atendimento. Na realização do monitoramento do PSA se observou que entre 2014 (15,2%) e 2015 (17%) houve um acréscimo de solicitações, porém em 2016 (12%), tivemos uma redução bastante considerável. Quando identificado alteração dos resultados os casos passam por busca ativa onde são oferecidos agendamento de consultas médicas para facilitar e agilizar a solução do caso. A busca ativa também acontece nos parceiros de gestantes diagnosticadas com sífilis, porém muitas vezes não há sucesso na conclusão do tratamento pelas mais variadas respostas, em 2014 tivemos 36% dos parceiros tratados, 2015, 74% parceiros tratados e em 2016 apenas 50%, o que favorece o nascimento de crianças com sífilis congênita. Sabe-se da necessidade de ações mais focadas nesta situação a qual está sendo revista pela gestão de programas na secretaria de saúde. O planejamento familiar vem sendo difundido entre a população em geral com oferta de vários métodos disponíveis, porém a vasectomia, sendo um procedimento custeado pelo Estado foi bloqueado em meados de 2015 aonde já haviam sido liberados 65 procedimentos, em 2014 haviam sido liberados 72 vasectomias. Sabe-se da necessidade de investimento municipal nesta área, assunto que será tratado ao longo do ano.

4.2.4 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;

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:

4.2.5 Saúde Bucal

O serviço de Saúde Bucal no Município de Bento Gonçalves existe desde início da década de 80, tendo sido pioneiro na criação de Programas 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 24 Cirurgiões-dentistas e 17 Auxiliares de Saúde Bucal desenvolvendo atividades de Promoção e Prevenção de Saúde Bucal através de palestras educativas, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor, prevenção e controle de câncer bucal, cirurgias oral menor, ortodontia preventiva, 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 acamados e/ou com dificuldade de locomoção através da participação no Programa Melhor em Casa. Contamos também com um Cirurgião Dentista, no Bloco cirúrgico do Pronto Atendimento para fazer biópsias e procedimentos cirúrgicos de média complexidade.

Temos uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) inserida no Estratégia de Saúde de Família (ESF) com objetivo de ampliarmos para até 10 Equipes nos próximos anos, abrangendo assim grande parte da população bento-gonçalvese.

Há ainda a previsão de funcionamento do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), que com as especialidades contempladas, qualificaria ainda mais o serviço de saúde bucal oferecido aos munícipes.

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.

4.2.6 Programa de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já eram responsáveis por 63% das mortes no mundo, em 2008, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde.

Seguindo essa tendência mundial, no Brasil, em 2013, as DCNT foram a causa de aproximadamente 72,6% das mortes (SIM 2015). Isso configura uma mudança nas cargas de doenças, e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde. Ainda mais pelo forte impacto das DCNT na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, a maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral.

As DCNT são resultado de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável.

O Programa trabalha em áreas de intervenção como o estímulo a atividade física, fomento aos grupos educativos de Hipertensão e Diabetes e rastreamento dos pacientes com Hemoglobina glicada alterada.

4.2.7 Programa Academias de Saúde

A prática de atividade física regular é um dos principais componentes na

prevenção do crescimento da carga global de doenças crônicas. As vantagens da promoção da atividade física, são numerosas - a prevenção de mortes prematuras ou desnecessárias, incapacidades, controle dos custos com a saúde, manutenção de uma qualidade de vida melhor. Sabemos e sentimos que a prática regular de exercício por pessoas saudáveis - tanto homens como mulheres, de qualquer idade - desencadeia uma série de adaptações fisiológicas, psíquicas e sociais que vão proporcionar efeitos benéficos importantes e numerosos para a saúde.

Baseados nestes preceitos as Academias da Saúde se destacam como um novo equipamento da atenção básica com potencial de fortalecer e qualificar as ações de promoção da saúde nas comunidades.

Os polos do Programa são espaços públicos construídos para o desenvolvimento de práticas corporais, integrativas e complementares, artísticas e culturais, atividades físicas variadas, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, e mobilização da comunidade, ampliando a produção do cuidado aos usuários, e considerando a abordagem integral do indivíduo em seu contexto social, familiar e cultural.

As 10 academias já disponíveis a comunidade são as do bairro Aparecida, Borgo, Botafogo, COHAB, Faria Lemos , Fátima, Imigrante, Licorsul, Progresso e Vila nova além de três aguardando construção que são do bairro Fenavinho, Barracão e Conceição.

4.2.8 Programa de 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, que engloba o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e o Acompanhamento das Condições do Programa Bolsa Família na Saúde.

Também compõe as equipes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Programa Saúde na Escola, CRMI – Centro de Referência Materno Infantil, CAPSI – Centro de Atendimento Psicossocial Infantil, SAE/CTA – Serviço de Atendimento Especializado/Centro de Testagem Rápida e as Unidades Básicas de Saúde (exceto a UBS Maria Goretti, UBS Cohab e as Unidades localizadas no interior).

As Unidades de Saúde que não contam com nutricionista na equipe encaminham os pacientes para atendimento na Unidade de Saúde Central, com atendimentos individuais e em grupo. O quadro de profissionais atualmente é de 7 nutricionistas.

4.3 ATENÇÃO SECUNDÁRIA

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

A rede Municipal de Saúde dentro da atenção secundária é composta por profissionais e serviços especializados que prestam seus serviços dentro de estruturas públicas ou contratados na rede privada quando este não está disponível na SMS.

4.3.1 Serviços Especializados em Saúde Mental

Desde a entrada em vigor da Lei 102016/2001, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica, foi instituído no Brasil um novo modelo assistencial aos portadores de transtornos mentais, voltado para a inserção na família, no trabalho e na comunidade. Fruto de luta histórica após amplas discussões e mobilização social, a referida Lei, contribuiu sobremaneira para a

transformação de um modelo asilar falido de assistência à saúde mental para um atendimento comunitário e intersetorial, cujo foco está na reinserção social da pessoa e promoção de sua autonomia. A partir de então, foram criadas normatizações pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, assim como novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país.

Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial é, por definição, “uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas. Atua na perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.” (BRASIL, 2011)

Sendo assim, prevê-se que a atenção à saúde mental seja operacionalizada por diferentes dispositivos trabalhando integrados, quais sejam: as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios de Saúde Mental, Atenção na Urgência, leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais e Residenciais Terapêuticos.

Em Bento Gonçalves a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta pelos seguintes serviços que, articulados, funcionam como pontos de atenção: Atenção Básica, sob o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF 1), Centro de Referência Materno-Infantil, CAPS 2, CAPS Ad e CAPS infanto-juvenil, UPA 24h, Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Tacchini, Comunidade Terapêutica Rural de Bento Gonçalves.

a) Ponto de Atenção da RAPS – Atenção Básica:

Parte importante da atenção em saúde mental é efetivada pela Atenção Básica, através das Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família (ESF). As ESFs trabalham com a vigilância em saúde, fazendo uma busca ativa das demandas do e no território, não esperando que as famílias procurem pela Unidade de Saúde. Bento Gonçalves possui 22 Unidades Básicas de Saúde, sendo 11 destas com Equipes de Saúde da Família. Estas

Equipes contam com o apoio de uma equipe especializada, a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com psicólogos, assistente social e nutricionistas. Através de ações de matriciamento e atendimento, bem como na participação em ações de promoção e prevenção, essa equipe atua promovendo saúde mental, identificando situações de risco e monitorando os pacientes no território.

b) Ponto da Atenção da RAPS – Centros de Atenção Psicossocial:

Instituídos pela Portaria Ministerial 336 de 2002, os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial – constituem-se como serviços fundamentais da Rede de Atenção Psicossocial.

No município os pacientes adultos com transtornos mentais são atendidos no CAPS 2¹. Para as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas o tratamento é realizado no CAPS AD² (Álcool e Drogas). As crianças e adolescentes entre 2 e 18 anos inc. em Bento Gonçalves são atendidos no CAPSi³ (Infanto- juvenil).

Estes CAPS contam com equipes de saúde multidisciplinares compostas por médicos psiquiatras e clínicos, psicólogos, enfermeiros, oficinairos, terapeutas ocupacionais, dentre outros, que oferecem diversa gama de intervenções terapêuticas tais como tratamento medicamentoso, psicoterapia individual e grupal, grupos de orientação, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, etc.

Os CAPS em Bento Gonçalves funcionam diariamente durante os cinco dias úteis da semana, realizando acolhimento de pacientes e familiares, recebendo encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde, UPA e Hospital

1

Este serviço configurava-se inicialmente como Ambulatório de Saúde Mental (1998), atendendo a toda demanda municipal. Em 2003 foi habilitado como CAPS 1 e, em abril 2013 (PT474/2013), passou a ser CAPS 2 devido a amplitude populacional de Bento Gonçalves.

2

O CAPS AD foi habilitado em novembro de 2013 (PT 1259/2013), sendo fruto de uma mobilização de entidades do município e grupos organizados em ongs, com destaque para o Grupo Vida Livre, num movimento que incluiu também a criação do Conselho Municipal Anti-Drogas (COMAD) e a Comunidade Terapêutica Rural de Bento Gonçalves entre os anos de 2010 e 2013.

3

O CAPS IJ foi habilitado como tal em novembro de 2012 (PT1326/2012), tendo funcionado como Ambulatório de Saúde Mental Infantil desde 2006, sob a denominação de CASMI (Centro de Atendimento de Saúde Mental Infantil) época em que esse serviço foi desmembrado do Ambulatório de SM geral.

Tacchini, bem como escolas, Conselho Tutelar e outros órgãos ou entidades da rede municipal.

A partir do primeiro atendimento nos CAPS é iniciado o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e diversas estratégias terapêuticas são negociadas com os pacientes, familiares e com a rede, como atendimento ambulatorial, atendimento em regime intensivo ou semi-intensivo, encaminhamentos, estratégias territoriais.

A atenção diária em regime intensivo ou semi-intensivo são modalidades de tratamento importantes para pacientes em crise, uma vez que o paciente permanece no CAPS durante maior período de tempo, recebendo tratamentos, atividades ocupacionais e cuidados da equipe médica e multiprofissional.

O acompanhamento de casos envolvendo uso prejudicial de álcool e de outras drogas, os egressos de hospitais psiquiátricos, o uso inadequado de benzodiazepínicos, entre outros, pode ser incorporadas às atividades das equipes de ESF em articulação com os CAPS visando superar o modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalar.

c) Ponto de Atenção da RAPS – Urgência e Emergência - Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h

Os pacientes que utilizam a rede de saúde mental do município, mas apresentam, em algum momento de sua vida, a agudização de sintomas, momentos de crise ou mesmo a eclosão de um distúrbio psiquiátrico, buscam o serviço de urgência e emergência UPA 24h e até mesmo a emergência dos hospitais. Na UPA esses pacientes recebem a primeira terapêutica clínica e, posteriormente, são avaliados por médico psiquiatra que realiza a regulação dos leitos do Hospital Tacchini ou outros leitos em Hospitais do RS via Central Estadual de Regulação. No processo de regulação de leitos o hospital fornece diariamente o mapa de leitos ao regulador da UPA, que organiza as demandas conforme o grau de gravidade/necessidade. Algumas vezes a demanda de internação pode ser originada nos próprios CAPS, por médico psiquiatra, que entra em contato com o médico regulador e ambos avaliam a necessidade/possibilidade de o paciente aguardar leito em casa ou na UPA.

d) Ponto de Atenção da RAPS – Leitos Hospitalares de Internação Psiquiátrica

A internação psiquiátrica ocorre quando o paciente apresenta risco para si e para outros. Conforme muitos autores uma das características da internação psiquiátrica hospitalar é retirar momentaneamente uma pessoa que está sofrendo de sintomas psiquiátricos do meio em que vive, a fim de preservar sua integridade como sujeito.

A Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Tacchini é uma unidade fechada e possui 15 leitos para o atendimento de uma demanda regional, que inclui Bento Gonçalves e outros 7 municípios da região, compondo uma rede que considera a escala de 1 leito para cada 12.000 habitantes. Funciona com equipe multidisciplinar que realiza um plano de cuidados integrado com a medicina geral, com internações por um tempo médio de 30 dias, conforme cada caso.

Outros Pontos de Atenção da RAPS:

O município de Bento Gonçalves também conta com a Comunidade Terapêutica Rural para o tratamento e reabilitação voluntária de pacientes em situação de dependência química.

A Comunidade Terapêutica Rural possui 16 alojamentos e capacidade para atender 32 homens adultos. O encaminhamento para tratamento é feito através do CAPSAD que acompanha os residentes, realizando atendimentos clínicos no local, sendo a Prefeitura é única mantenedora da Comunidade Terapêutica.

O período de permanência para o tratamento é de 9 meses e visa à manutenção da abstinência, o desenvolvimento das capacidades para lidar com a condição da dependência química, a resinificação do projeto de vida e a reinserção familiar e social.

Dados Epidemiológicos de Saúde Mental em Bento Gonçalves:

Conforme o estudo, realizado com dados do DATASUS (SIH), pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Bento Gonçalves,

verifica-se uma média anual de 140,25 de internações psiquiátricas por Transtornos de Humor/Afetivos entre os anos de 2012 a 2015. Nesse período temos também 38,25 como média anual de internações por Esquizofrenia e Transtornos Esquizotípicos, 14,25 como média anual de internações por demências e 20 por outros transtornos mentais. Quanto às internações por Transtornos neuróticos e somatoformes, encontramos uma média anual de 3,25 internações hospitalares. Quanto às internações por retardo mental foi constatada uma média de 1,5 entre os anos de 2012 e 2015.

Nesse mesmo estudo verificou-se uma média anual de 56,7 internações por Transtornos Mentais devido ao uso de álcool e de 124,7 de internações de Transtornos Mentais devido ao uso de Substância Psicoativa, no período.

Em resumo é possível dizer que os Transtornos de Humor e Afetivos respondem pela maioria das internações num total de 35%, seguido das internações por TM devido ao uso de Substância Psicoativa responsável por 31%, TM devido ao abuso de álcool respondendo por 14% e Esquizofrenia/Transtornos esquizotípicos perfazendo 9,6% das internações hospitalares entre os anos de 2012 a 2015.

Esses indicadores apontam para os resultados do investimento feito no município nos anos imediatamente anteriores, em relação ao atendimento de pessoas com situação de dependência química (criação do CAPS Ad, COMAD e Comunidade Terapêutica), lembrando que as políticas voltadas para esse público devem ser continuamente reforçadas e ampliadas, uma vez que a tendência é o aumento dessa problemática psicossocial. Por outro lado é fundamental identificar a necessidade de ampliar e qualificar o atendimento a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes na rede de saúde de Bento Gonçalves.

Em relação à situação da mortalidade por suicídio no município, um levantamento da 5ª. CRS aponta que Bento Gonçalves obteve taxa de 11,48 por 100.000 habitantes (número absoluto de mortes – 13), superior à taxa do Estado do RS que, em 2014, foi de 9,98 e de Caxias do Sul que foi de 9,36. No panorama da Região de Saúde 25 – Vinhedos e Basalto, composta por 22 municípios - entretanto, Bento Gonçalves ocupa o sétimo lugar em taxa de suicídio.

Neste mesmo ano (2014), ocorreram 141 internações hospitalares por elevado risco de suicídio, perfazendo uma taxa de 124,46, e levando Bento Gonçalves a ficar em quarto lugar quanto a esse indicador entre os demais municípios da região.

Com relação a esse indicador conclui-se que é necessário elaborar estratégias para fazer frente a esta problemática, que descortina a importância do devido tratamento dos transtornos de humor/afetivos que respondem por 35% das internações hospitalares conforme dados de 2012-2015.

Outro estudo que permite avaliar a situação da assistência em saúde mental no município envolve as internações na UPA 24h em 2015. Conforme a tabela abaixo 40% das pessoas que buscam a unidade de urgência realizam internação hospitalar; 22,6% são encaminhados aos CAPS e 12% internação hospitalar; 22,6% são encaminhados aos CAPS e 12% obtém alta sem encaminhamento para atendimento ambulatorial. 22,6% evadem antes ou depois da avaliação psiquiátrica.

Esse levantamento aponta para a necessidade de qualificar a atenção em saúde mental na urgência, buscando diminuir fugas; também remete à necessidade de melhorar o fluxo de encaminhamento aos CAPS e reforçar a capacidade de atenção à crise nos CAPS, visando diminuir a busca pela unidade de urgência.

CAPS II

O Centro de Atenção Psicossocial 2 realiza atendimento ambulatorial e de atenção diária a adultos, para tratamento de transtornos mentais predominantemente graves e persistentes, psicoses, neuroses e outros quadros psíquicos em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O atendimento visa, além do tratamento das doenças mentais, a reabilitação e a reinserção social dos usuários. Possui equipe multidisciplinar contando com psiquiatras, psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional e equipe de enfermagem. Funciona durante os 5 dias de semana e realiza atividades como: atendimento clínico psiquiátrico e psicológico, atendimento grupal em forma de oficinas terapêuticas e grupos terapêuticos, atendimento familiar, monitoramento de pacientes com doenças mentais crônicas em uso de

medicação com visita domiciliar, além de ações intersetoriais com a rede de saúde mais ampla e outras políticas públicas.

CAPS AD O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas realiza atendimento ambulatorial e de atenção diária aos indivíduos que se encontram em situação de dependência química ou enfrentam problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, bem como de seus familiares. O atendimento visa, além do tratamento, a reabilitação e a reinserção social dos usuários. Possui equipe multidisciplinar contando com psiquiatras, psicólogos, assistente social, educadores sociais e equipe de enfermagem. Funciona durante os 5 dias de semana e realiza atividades como: atendimento clínico psiquiátrico e psicológico, atendimento grupal em forma de oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, grupos de motivação e grupos comunitários, atendimento familiar e abordagens no território. Realiza também ações intersetoriais com a rede de saúde mais ampla e outras políticas públicas.

CAPSi

O Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil realiza atendimento de crianças e adolescentes de 2 a 18 anos incompletos, assim como de suas famílias, visando a prevenção e o tratamento de transtornos mentais, a reabilitação e a reinserção social/educacional dos usuários. Possui equipe multidisciplinar contando com psiquiatras, psicólogos, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista e equipe de enfermagem. Funciona durante os 5 dias de semana e realiza atividades como: atendimento clínico psiquiátrico e psicológico, atendimento grupal em forma de oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, atendimento familiar. Desenvolve ações de capacitação e orientação junto a escolas, e outras ações intersetoriais com a rede de saúde mais ampla e outras políticas públicas.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Constitui-se como um serviço de residencial terapêutico adulto temporário e visa o tratamento da dependência química através da

manutenção da abstinência de substâncias psicoativas. Baseia-se na experiência da convivência entre iguais e na terapêutica intensiva, envolvendo a laborterapia, grupos de ajuda mútua e acompanhamento clínico. O acesso se dá a partir do encaminhamento pela equipe do CAPS AD, que realiza o acompanhamento terapêutico associado às demais propostas desenvolvidas no local. A permanência é de 6 meses para tratamento completo, com progressivo retorno ao convívio social. Não é uma unidade de saúde fechada, sendo o usuário livre para desistir do processo caso entenda necessários.

4.3.2 Unidades Especializadas

CRMI- Centro de Referência Materno Infantil- Serviço de atendimento Especializado em Pediatria de Alto Risco, Ginecologia e Obstetrícia de Alto Risco e Ambulatório de Peumo Pediatria. Foi inaugurado em 2001 e segue totalmente financiado pelo município. O encaminhamento é feito através de boletim de referência e contra referência através das Unidades de Saúde.

Também há atendimento Especializado nas Unidades Básicas de Saúde do Zona Sul e Central:

Zona Sul- Pneumologista, endocrinologista, traumatologista, reumatologista, ginecologista, cardiologista, urologista, pediatra, psicologa e nutrição

Central- Oftalmologista, pediatra, ginecologista, neurologista, geriatra, fonoaudióloga, psicologa, nutricionista , neurologista e geriatra e atende o programa de ostomizados.

Consultas especializadas que não são ofertadas na SMS ou ofertadas de maneira insuficiente são compradas em prestadores privados, sendo as especialidades de Proctologia, hematologia, vascular, cardiologista e otorrinolaringologista.

SAE- CTA -Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem e Aconselhamento- Com o crescimento dos casos de HIV/AIDS no Brasil na década de 90, Bento Gonçalves teve o primeiro caso de HIV notificado em 1986 pela Vigilância Epidemiológica do município, surgiu a necessidade de organizar o serviço de saúde que ofertasse testes Anti-HIV de maneira organizada e segura. Os primeiros registros do COAS. Centro de Orientação de Atenção Sorológica – são de outubro de 1999 mas os pacientes com resultados reagentes para HIV eram encaminhados a Caxias do Sul. No ano 2000 a Vigilância Epidemiológica iniciou um trabalho de atendimento aos casos de acidente com material biológico e que segue até hoje, através do SAE/CTA, as orientações quanto a profilaxias ao HIV e Hepatites Virais. No início de 2002 o projeto “Criação do SAE da Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves” foi iniciado através do envio de documentação para a Coordenação Nacional de DST/AIDS com financiamento da UNESCO (Projeto 914/BRA/59 - UNESCO). No final daquele semestre o projeto foi aprovado com valor de R\$35.225,70. Iniciou-se o Plano Anual de Metas com descrições de ações focadas na prevenção, assistência e tratamento do HIV/AIDS, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Em 2003 foi criado o SAE/SAT com equipe multiprofissional (Assistente Social, Psicóloga, Enfermagem, Médico Clínico e Pediatra) que presta assistência as pessoas que vivem com HIV/AIDS, testagem sorológica através do SAT e orientações de prevenção à comunidade em geral. No ano seguinte, 2004 com a inclusão do médico Infectologista o setor torna-se referência aos municípios de Garibaldi, Carlos Barbosa, Nova Prata, Coronel Pilar, Dois Lajeados e Boa Vista do Sul.

Em 2006 iniciou-se o atendimento dos munícipes para os casos de Hepatites Virais (B e C) . Em 2009 ocorre a mudança SAT para CTA, que está totalmente de acordo com as determinações do Ministério da Saúde e, através da pactuação via 5ª CRS, iniciamos o atendimento para 22 municípios para os casos de HIV/AIDS (região dos Vinhedos e Basalto). Em 2010 os programas de Tuberculose e Hanseníase passam a ser responsabilidade do setor. São oferecidos no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) testes rápidos de

HIV, Sífilis, Hepatites B e C para as populações gerais através de livre demanda e também pelas campanhas de prevenção realizadas em datas específicas nos meses de julho (hepatites), outubro (sífilis) e dezembro (HIV/Aids).

Desde 2014, a Resolução 143/2014 CIB/RS regulou as ações e estipulou o Plano de trabalho para assistência às pessoas que vivem com HIV/AIDS, reforçando o trabalho de prevenção, tratamento e vigilância às Infecções Sexualmente transmissíveis no âmbito da Atenção Básica e Especializada iniciando a descentralização dos testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais B e C para as Unidades de Atenção Básica.

Em dezembro de 2015, O Rio Grande do Sul assinou a Carta de Paris, com compromisso de cumprir meta 90-90-90 que significa: diagnosticar 90% das pessoas que vivem com HIV, fornecer tratamento a 90% dos diagnosticados e fazer com que 90% dos tratados tenham carga viral indetectável. Desta forma, a parceria com a Atenção Básica se intensifica tanto no sentido de diagnósticos precoces e na busca ativa de pacientes em abandono, tanto em nossa cidade como nos municípios vizinhos, para a retomada do tratamento.

As atividades de prevenção seguem com nossas Unidades de Saúde, como: participação nos grupos (Hiperdia e gestantes) orientando sobre a temática da prevenção em HIV/Aids, Hepatites virais e Tuberculose conforme solicitação e necessidade verificada em cada serviço de saúde.

Da mesma forma, seguimos com a Educação Permanente (capacitações e atualizações sobre os testes rápidos para os Profissionais da Saúde do município e da região de abrangência), palestras para a comunidade em geral e Programa Saúde na Escola que reforça a temática em sala de aula. O foco são as ações educativas para intensificar a promoção e prevenção principalmente na questão da transmissão da sífilis, HIV e outras DSTs, em parceria com a Atenção Básica.

4.3.3 Centro Municipal de Fisioterapia

A clínica de fisioterapia do município de Bento Gonçalves presta serviço de nível intermediário desde sua inauguração em 17 de outubro de 2003, atendendo a demanda do município de Bento Gonçalves. Atualmente o setor conta com 11 profissionais de fisioterapia divididos em 5 localizações no município, distribuídos da seguinte forma: Centro Municipal de Fisioterapia, Associação dos Deficientes Físicos (ADEF), Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), Espaço do Idoso, Associação Pró-Autistas Conquistar (APAC), através de convênios. São oferecidos em média 47 novas avaliações mês gerando uma média de 1400 atendimentos mês.

4.3.4 Serviços de Apoio e Diagnóstico

Laboratório- Realiza exames laboratoriais de todo o município e atende à coleta de exames da UPA. Os exames não realizados na secretaria de saúde são comprados em laboratórios conveniados.

Exames Especializados

São comprados exames especializados em serviços e clínicas conveniadas como: tomografia, ecografias, eletrocardiograma com laudo, holter, Ecocardiograma Bidimensional c/ doppler, Ecodopplercardiograma c/ stress farmacológico, Ecodopplercardiograma fetal, Ecodopplercardiograma transesofágico, Ergometria (teste ergométrico), Cintilografia óssea, Cintilografia miocárdica perfusão stress, Cintilografia miocárdica perfusão repouso, Cintilografia renal com DMSA ou DTPA, Cintilografia pulmonar perfusão, Cintilografia pulmonar por inalação, Cintilografia óssea com gálio.

Raio X- O setor de RX funciona no prédio DR. Walter Galassi e atende a demanda de RX provinda da atenção básica, secundária e serviços de Pronto Atendimento.

4.3.5 Bloco Cirúrgico

Realiza procedimentos cirúrgicos nas áreas de ginecologia, urologia, dermatologia buco maxilofacial e cirurgia geral, além e prestar atendimento ambulatorial nestas áreas.

4.3.6 Serviços de Urgência e Emergência

SAMU

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. Os atendimentos aos usuários é realizado através de uma Unidade de Suporte Avançado (USA) e de uma Unidade de Suporte Básico (USB), as equipes são compostas por condutor socorrista, enfermeiro e médico na USA e condutor socorrista e técnico de enfermagem na USB.

O SAMU foi implantado em Bento Gonçalves no ano de 2011 e abrangendo todo o município, incluindo transporte para outros municípios quando houver necessidade de transferência hospitalar e, em casos de necessidade, suporte da USA aos municípios que não possuem SAMU avançado, Farroupilha, Carlos Barbosa, Garibaldi, Boa Vista do Sul, Coronel Pilar, Santa Tereza, Monte Belo do Sul e Pinto Bandeira.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO -UPA III e PRONTO ATENDIMENTO ZONA NORTE

O município oferece atendimento em urgência/emergência através da UPA III inaugurada em julho de 2015 e do Pronto Atendimento Zona Norte que iniciou em 2016 . Fornece atendimento médico e de enfermagem nas 24 horas do dia, todos os dias da semana. A proposta das UPAs tem por objetivo proporcionar um acolhimento das situações de urgência e emergência mais próximo das pessoas e com maior qualidade e agilidade do processo.

O atendimento de urgência/emergência hospitalar realizado na UPA 24 horas, se diferencia pela complexidade atendendo a procura espontânea e também atendimentos referenciados pelas Unidades Básicas de Saúde. A UPA 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. O município oferta uma média de 400 atendimentos diários na UPA III sendo referência para 22 municípios e 100 atendimentos no Pronto Atendimento Zona Norte. A atenção às urgências 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.

A UPA 24hs atualmente conta com equipes compostas a cada turno de trabalho, por 05 plantonistas médicos clínicos gerais durante o turno do dia e, 02 plantonistas clínicos gerais nos turnos noturnos, havendo um reforço de um plantonista clínico geral no turno vespertino, 02 plantonistas médicos pediatras 24 horas, 03 enfermeiros nos turnos dia, 02 enfermeiros nos turnos noturnos, havendo um enfermeiro no turno vespertino, 07 técnicos de enfermagem e 02 recepcionistas em cada turno. O Pronto Atendimento Zona Norte conta com

equipe de 1 a 2 enfermeiros por turno, dois técnicos de enfermagem e 1 plantonista clínico geral .

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 UPA III também ocorre a regulação de leitos psiquiátricos, via Central Estadual de Leitos e regulação de leitos no Hospital Tacchini e municípios pertencentes à micro-região, Carlos Barbosa, Garibaldi, Boa Vista do Sul, Coronel Pilar, Santa Tereza, Monte Belo do Sul e Pinto Bandeira. A UPA presta atendimento nas situações de emergência/urgência com atendimento clínico e avaliação de psiquiatria onde, havendo necessidade de internação, paciente aguarda leito nas dependências da UPA.

4.3.7 Programa Melhor em Casa

O Programa Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar. O programa foi instituído na Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2013 através da portaria 963-27/05/2013/MS, o qual passou a apresentar critérios mais seletivos para enquadrar os pacientes, e é composto por equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta. O Programa também é responsável pelo Programa de Oxigenioterapia do município.

O Programa se destina aos usuários com problemas de saúde e

dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), designadas para esta finalidade.

4.4 ATENÇÃO TERCIÁRIA

A atenção terciária ou de alta complexidade atende os casos mais graves, incluindo internações, cirurgias, partos de risco, especialidades e assistência em unidade de terapia intensiva (UTI). As especialidades contratadas com o Hospital Tacchini é a Alta Complexidade em Oncologia, em Neurologia, SAMU SALVAR, Gestante de Alto Risco, Saúde Mental e Plantão 24 hs em Obstetrícia, pediatria, clínica geral e cirurgia geral.

4.5 VIGILÂNCIAS EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde compreende a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária, a Vigilância Ambiental, e a Vigilância em Saúde do Trabalhador, em acordo com o que determina a Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013 e que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

4.5.1 Vigilância em Saúde do Trabalhador- VISAT

O Setor vem se estruturando aos poucos. Iniciou formalmente em 2005 com uma Médica Epidemiologista em tempo parcial e se manteve-se assim até final de 2008. A partir de 2009 o setor passou a contar também com uma enfermeira de 20 horas que participa de todas as atividades do setor.

Desde 2005, este setor vem participando ativamente do Conselho Gestor do CEREST/Serra (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador),

ajudando na sua estruturação e contribuindo nas ações definidas como prioridades.

Atividades de Pesquisa

A primeira pesquisa antecedeu à criação formal da VISAT e envolveu um tema transversal da vigilância epidemiológica: em 2001, foi realizada uma pesquisa entre trabalhadores de uma indústria moveleira para caracterizar a ocorrência de sintomas respiratórios e avaliar o impacto da vacinação anti-influenza entre os trabalhadores. A pesquisa foi concluída e seus resultados foram divulgados em parceria com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da empresa, e publicados em revista científica indexada (RBE, 2002).

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 ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Pelotas (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.  Artigo foi publicado em revista Qualis A Internacional (Revista de Saúde Pública).

Os resultados desta e de outras pesquisas sobre o tema têm sido utilizadas como conteúdo em cursos de capacitação, palestras para os trabalhadores e outros eventos de educação em saúde.

Em 2008, o setor atuou em outra pesquisa, avaliando 474 trabalhadores de uma indústria moveleira em relação a prevalência de Hipertensão Arterial, Obesidade e Síndrome Metabólica (através de Índice de cintura-quadril). Os dados foram analisados e apresentados para os trabalhadores da empresa, os resultados contribuíram para direcionar ações por parte do SESMT desta empresa.

Em 2010, o setor apoiou a realização de pesquisa sobre causas de absenteísmo na Prefeitura de Bento Gonçalves, que era tema de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Enfermeira do Trabalho do setor. Assim foi feito o levantamento de todos os afastamentos do trabalho, com bases nos dados da perícia médica do município, que foram classificados conforme tempo de afastamento, secretaria, função, sexo e faixa etária. Os resultados desta pesquisa indicaram que os problemas osteo musculares e os problemas de saúde mental foram as principais causas de afastamento. Os resultados desta pesquisa contribuíram para a criação de serviços de saúde mental (Psicologia) e Fisioterapia, os quais foram disponibilizados aos servidores públicos municipais através do SESMT da Prefeitura de Bento Gonçalves.

Em 2013, o setor coordenou e participou diretamente (em parceria com o SESMT da Prefeitura de Bento Gonçalves) de todas as etapas de uma pesquisa epidemiológica sobre a Saúde Mental dos Trabalhadores da Saúde. Nesta pesquisa foram entrevistados todos os trabalhadores da Secretaria de Saúde, através de questionário auto aplicado, independente da função ou tipo de vínculo. Foi testado o questionário SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*) e outros instrumentos para identificar conflitos no trabalho. Os resultados foram apresentados para todos os profissionais em diferentes ocasiões, bem como em congressos nacionais de Saúde Coletiva e Medicina do Trabalho. No momento se encontra em processo de avaliação para publicação.

Simultaneamente, em 2013-2014, a Coordenação deste Setor, juntamente com CEREST/Serra e uma Professora da Universidade de Caxias do Sul (UCS), campus de Caxias do Sul, elaborou e coordenou todas as etapas de pesquisa epidemiológica entre Trabalhadores Rurais de Vacaria, com apoio da Vigilância em Saúde de Vacaria e do Sindicato de Trabalhadores Rurais de Vacaria. A pesquisa buscou caracterizar as condições de trabalho dos trabalhadores agrícolas, avaliar prevalência e identificar de fatores de risco associados com acidentes de trabalho e intoxicações por agrotóxicos. Resultados preliminares foram apresentados e debatidos com todos os atores sociais do município de Vacaria, com a participação do CEREST/Serra e Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador. No momento está em fase de análise dos dados, sendo produzida a primeira publicação caracterizando as condições de trabalho das propriedades rurais daquele município.

Em 2014, a coordenação do setor apoiou e orientou pesquisa na área de Saúde do Trabalhador, realizada no Hospital Tacchini, sobre acidentes de trabalho, que foi tema de TCC da Médica do SESMT do Hospital. Os resultados foram debatidos com o setor de Recursos Humanos e com os demais profissionais do SESMT da instituição.

Em 2016, a Coordenação do Setor apoiou e orientou pesquisa na área de Saúde do Trabalhador, realizada no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio grande do Sul (IFRS), campus Bento Gonçalves, sobre qualidade de vida no trabalho. A pesquisa foi tema de TCC do Médico do Trabalho do IFRS e deverá subsidiar ações para melhorar a saúde mental dos trabalhadores do IFRS.

Atualmente, a Coordenação do setor tem colaborado na elaboração de projeto de pesquisa sobre Câncer, que está sendo realizado no Hospital Tacchini.

E, encontra-se disponível para apoiar tecnicamente a realização de estudos que possam contribuir para ampliar o conhecimento e subsidiar propostas na área de Saúde do Trabalhador.

Saúde do Trabalhador para os Servidores Públicos Municipais

Uma das primeiras ações concretas da VISAT foi identificar as empresas que não tinham nenhum tipo de serviço específico para promover ambientes de trabalho seguros e saudáveis sendo a maior delas era a Prefeitura de Bento Gonçalves. 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 o conseqüente Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA). Ao mesmo tempo participou desde o início da estruturação do Serviço 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. Este serviço foi inaugurado em 2009 contando com uma equipe de Médico do Trabalho, Enfermeira do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho e Auxiliares Administrativos.

Posteriormente os serviços foram ampliados incorporando atendimentos de Psicologia e Fisioterapia. Atualmente o setor mantém seu apoio e parceria frequente ao referido SESMT. Além disso, o setor vem estimulando a criação da CIPA (Comissão Interna de Proteção de Acidentes) da Prefeitura de Bento Gonçalves, como forma de ampliar a participação de todos na prevenção de problemas de saúde relacionados ao trabalho.

Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador

O registro de casos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho é uma das atividades essenciais no setor de Vigilância em Saúde do Trabalho. O desenvolvimento do sistema de informações nesta área 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.

Desde 2007 foi iniciada a digitação dos casos de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho. O número de casos cresceu a cada ano e, em 2009, o setor ultrapassou com a meta pactuada para o município. No entanto, como o sub registro é uma característica de origem multifatorial, sua redução é uma meta permanente do setor.

Existe um aspecto que aumenta a dificuldade no registro dos casos de acidentes e doenças relacionados ao trabalho, que são os sistemas de informação. O Sistema oficial utilizado no Rio Grande do Sul é o Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST), que utiliza o formulário RINA (Relatório Individual de Notificação de Agravos). Este sistema 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 sugestões de melhorias para o SIST.

O contexto atual é um tanto confuso, houve migração de parte das notificações obrigatórias para o SINAN (Acidentes Graves e entre menores de 18 anos, Acidentes com Material Biológico e Intoxicações Exógenas) e manutenção dos demais agravos no SIST. O tema foi incluído pela

Coordenadora do setor no CEREST/Serra e nas propostas específicas para a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e tem sido alvo de inúmeros debates. Existe um problema importante de integração entre os dois sistemas de informação (SIST x SINAN), que entre outros problemas, utilizam classificações desatualizadas da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) e limitações na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) que dificultam análise agrupando os dois bancos de dados.

Na prática, estas mudanças frequentes dificultam a análise epidemiológica de séries temporais, seja no conjunto, seja em variáveis específicas (como grupos de atividade econômica ou de ocupação).

Apesar disso a VISAT-BG já apresentou análises dos dados com reflexões sobre o contexto no trabalho em audiências públicas do Ministério Público do Trabalho e no Fórum Permanente de Saúde e Segurança no Trabalho de Bento Gonçalves, bem como no Seminário Mercosul de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Atualmente, devido à redução de recursos humanos do setor (desde metade de 2016 sem Auxiliar Administrativa), existe uma grande sobrecarga de tarefas o que tem levado a atrasos na alimentação e análise dos bancos de dados. O tema tem sido levado à gestão do município, para busca de soluções.

Investigação dos óbitos relacionados ao trabalho

Outra atividade importante (e assumida em pactuação) é a investigação e notificação de todos os óbitos relacionados ao trabalho ocorridos em Bento Gonçalves. Isso inclui aqueles casos que nem sempre são imediatamente relacionados ao trabalho como os casos ocorridos no trânsito. Para isso deve-se seguir o Protocolo de Investigação de Óbitos padronizado em todo o Rio Grande do Sul, conforme Coordenação Estadual de Vigilância em Saúde do Trabalhador do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS).

A VISAT de Bento Gonçalves participa do Comitê Estadual de Investigação de Óbitos Relacionados ao Trabalho, que visa atualizações no protocolo e legislações pertinentes ao tema, orientações e capacitações aos municípios para que notifiquem casos de óbitos relacionados ao trabalho. Também possui propostas de atuação em conjunto com outras instituições

visando a melhoria da segurança no trabalho e no deslocamento entre a casa e o trabalho.

Vigilância em Saúde do Trabalhador

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 Gerência Regional do Trabalho e Previdência Social (GRTE), ao CEREST/Serra e ao 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 com a Vigilância Ambiental, identificando problemas e orientando cuidados de proteção à saúde.
- Participa de forças-tarefas com fiscalizações e visitas técnicas em empresas, em parceria com o Ministério Público do Trabalho (MPT), Sindicatos e CEREST/Serra.
- 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 todos casos de óbitos por acidentes de trabalho no município, conforme protocolo definido pela coordenação estadual
- Realiza e/ou apoia pesquisas na área de Saúde do Trabalhador conforme prioridades definidas.
- Promove capacitações e atualizações sobre o tema para profissionais de saúde (educação permanente para profissionais de nível superior, médio, fundamental e agente comunitário) e para público geral.

- Também participa dos acolhimentos de todos os novos profissionais que iniciam atividades na Secretaria de Saúde.
- Participa do Conselho Gestor do CEREST/Serra (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/ Regional, com sede em Caxias do Sul). A VISAT-BG tem participado ativamente não apenas das reuniões e eventos em Saúde do Trabalhador, mas também participa contribuindo em palestras, consultorias técnicas e orientações de pesquisas sobre na área de saúde do trabalhador.
- Participa das ações visando o desenvolvimento do programa de saúde do trabalhador no setor público municipal (SESMT da Prefeitura de Gonçalves).
- Participa de eventos nacionais, estaduais e regionais (incluindo audiências públicas, congressos, seminários) como palestrantes, em especial nas áreas de Vigilância em Saúde do Trabalhador e sobre Impacto dos 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.

4.5.2 Vigilância Epidemiológica

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.

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.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE AGRAVOS NOTIFICÁVEIS (SINAN)

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 204, de 17 de Fevereiro de 2016 do Ministério da Saúde, os seguintes agravos fazem parte da lista de notificação compulsória: Acidente de trabalho com exposição à material biológico, Acidente de trabalho grave, fatal e em crianças e adolescentes, Acidente por Animal Peçonhento, Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva (atendimento antirrábico), Botulismo, Antraz pneumônico (Carbúnculo), Cólera, Coqueluche, Dengue, Difteria, Doença de Chagas Aguda, Doença de Creutzfeld-Jacob, Doença Meningocócica e Outras Meningites, Doenças febris hemorrágicas

emergentes/reemergentes (Arenavírus, Ebola, Marburg, Lassa, Febre purpúrica brasileira), Esquistossomose, Eventos Adversos Pós-Vacinação, Febre Amarela, Febre de Chikungunya, Febre do Nilo Ocidental, Febre Maculosa, Febre Tifóide, Hanseníase, Hantavirose, Hepatites Virais, Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), 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 (SIDA), Síndrome da Rubéola Congênita, Síndrome Respiratória Aguda Grave Associada ao Coronavírus (SARS-CoV), Tétano (Acidental, Neonatal), Toxoplasmose gestacional e congênita, Tuberculose, Tularemia, Varicela (casos graves), Varíola e Violência Doméstica e Sexual, Zika.

Em 2016, os óbitos infantis e maternos passaram a integrar a lista de agravos de notificação compulsória.

O Ministério da Saúde também publicou a lista de notificação compulsória em unidades sentinelas (LNCS): Câncer Relacionado ao Trabalho, Dermatoses Ocupacionais, Distúrbios Osteo musculares Relacionados ao Trabalho (DORT), Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), Pneumoconiose Relacionada ao Trabalho, Doença Pneumocócica Invasiva, Rotavírus, Síndrome Hemolítica Urêmica, Síndrome do Corrimento Uretral Masculino, e Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

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

1. Controle das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória (DNC)

Em Bento Gonçalves, o Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE) é 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.

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.

Como resultado dessas ações, pôde-se observar um aumento substancial no número de agravos notificados no município. Somente em 2016, a equipe da VE recebeu 5.963 notificações (excluídos os casos de diarreia aguda), número muito superior aos 837 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. Todas estas informações estão compiladas e disponíveis no site eletrônico da Prefeitura de Bento Gonçalves (<http://www.bentogoncalves.rs.gov.br>), link “saúde em bento”, sublink “epidemiologia”.

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.

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.

Em Bento Gonçalves, o Serviço de Vigilância Epidemiológica da SMS funciona 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.

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: (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.

Em 2015, foram publicados os infográficos da mortalidade, com dados e séries históricas da mortalidade (a partir de 1979) com os seguintes temas: (1) Mortalidade Bento Gonçalves Ambos os Sexos 1979-2014; (2) Mortalidade Bento Gonçalves Masculino 1979-2014; (3) Mortalidade Bento Gonçalves Feminina 1979-2014; (5) Mortalidade Bento Gonçalves Acidentes de Transito 1979-2015; (6) Mortalidade Bento Gonçalves Homicídios 1979-2015; e (6) Mortalidade Bento Gonçalves Suicídios 1979-2015.

No conjuntos os relatório e os infográficos descrevem as principais características das 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”.

Perfil da Mortalidade de Bento Gonçalves

A Tabela 3 mostra o número total de mortes, o percentual (%) e a incidência média por 100.000 habitantes calculados para as décadas de 1980 a 1989, 1990 a 1999, 2000 a 2009 e para os primeiros sete anos da década de 2010 a 2016. Os dados referem-se às mortes da população residente, e, para o ano de 2016, os resultados ainda são parciais (aguardam o encerramento da base estadual).

Em nosso município, as principais causas de morte têm sido, historicamente: as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e as causas externas (acidentes e violências). Este perfil é semelhante ao encontrado no estado do RS e no Brasil, e é compatível com o encontrado em regiões e países com bons níveis de desenvolvimento socioeconômico e com melhores expectativas de vida. Entretanto, ao longo das últimas quatro décadas, tem se observado uma mudança no perfil de mortalidade do município, com uma redução nos óbitos causados por doenças do aparelho circulatório, e aumento do número de mortes atribuídas a outras patologias, como, por exemplo, às neoplasias (em especial ao Câncer de Pulmão e dos Órgãos do Sistema Digestório, às doenças endócrinas e metabólicas (particularmente, o Diabetes Mellito), às Doenças do Sistema Nervoso (Alzheimer e Parkinson) e, em menor proporção às Doenças do Sistema Geniturinário.

Tabela 3- Mortalidade por Causas Segundo Capítulos do CID 10, por Decênio, Bento Gonçalves, 1980 a 2016*.

	1980 a 1989			1990 a 1999			2000 a 2009			2010 a 2016		
	N	(%)	por 100.000	N	(%)	por 100.000	N	(%)	por 100.000	N	(%)	por 100.000
I. Doenças Infecciosas e Parasitárias	64	2,0	9,6	103	2,3	12,7	144	2,8	14,5	83	1,9	10,7
II. Neoplasias (Câncer)	692	21,1	103,4	969	22,0	119,5	1.271	24,8	128,3	1.205	27,1	155,2
III. Doenças do Sangue e Hematopoiéticas	10	0,3	1,5	10	0,2	1,2	25	0,5	2,5	12	0,3	1,5
IV. Doenças Endócrinas e Nutricionais	77	2,4	11,5	98	2,2	12,1	256	5,0	25,8	280	6,3	36,1
V. Transtornos Mentais e Comportamentais	6	0,2	0,9	21	0,5	2,6	56	1,1	5,7	26	0,6	3,3
VI. Doenças do SNC	26	0,8	3,9	36	0,8	4,4	105	2,1	10,6	149	3,3	19,2
VII. Doenças dos Olhos e Anexos	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
VIII. Doenças do Ouvido e Apófise Mastóide	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1	0,0	0,1	0	0,0	0,0
IX. Doenças do Ap. Circulatório	1.005	30,7	150,1	1.413	32,0	174,3	1.461	28,6	147,5	1.219	27,4	157,0
X. Doenças do Ap. Respiratório	276	8,4	41,2	537	12,2	66,2	604	11,8	61,0	503	11,3	64,8
XI. Doenças do Ap. Digestivo	156	4,8	23,3	299	6,8	36,9	301	5,9	30,4	252	5,7	32,4
XII. Doenças da Pele e Tec. Subcutâneo	4	0,1	0,6	3	0,1	0,4	7	0,1	0,7	0	0,0	0,0
XIII. Doenças do Sistema Osteomuscular	10	0,3	1,5	16	0,4	2,0	28	0,5	2,8	34	0,8	4,4
XIV. Doenças do Ap. Genitourinário	56	1,7	8,4	50	1,1	6,2	100	2,0	10,1	94	2,1	12,1
XV. Doenças Gravidez, Parto e Puerpério	1	0,0	0,1	7	0,2	0,9	4	0,1	0,4	1	0,0	0,1
XVI. Afecções Perinatais	157	4,8	23,5	107	2,4	13,2	78	1,5	7,9	60	1,3	7,7
XVII. Malformações Congênitas	57	1,7	8,5	69	1,6	8,5	42	0,8	4,2	33	0,7	4,2
XVIII. Causas Mal Definidas	293	8,9	43,8	129	2,9	15,9	43	0,8	4,3	8	0,2	1,0
XIX. Lesões e Conseq. Causas Externas	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
XX. Todas as Causas Externas	385	11,8	57,5	543	12,3	67,0	591	11,5	59,7	490	11,0	63,1
Total	3.275	100,0	4,9	4.410	100,0	5,4	5.117	100,0	5,2	4.449	100,0	5,7

Fonte: SMS Bento Gonçalves – Vigilância Epidemiológica

Obs.: a incidência total dos decênios é calculada e apresentada por 1.000 habitantes/ *Parcial para 2016

Óbitos Infantis

O coeficiente de mortalidade infantil (óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos) representa um importante indicador de avaliação da assistência pré-natal

e pediátrica. Ele também está relacionado às condições de qualidade de vida da população e ao desenvolvimento socioeconômico de uma região ou país.

Através da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e da Pactuação Interfederativa 2017-2021, o Brasil tem proposto a redução das taxas de mortalidade infantil para todos os estados e municípios, na expectativa de atingir um CMI inferior a 10 óbitos por 1.000, recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

Para 2016, a meta proposta pelo Rio Grande do Sul era a de atingir um coeficiente estadual de 9,90 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos (Resolução nº 333/16 – CIB RS). O CMI alcançado foi de 10,2/1.000, neste ano (dados provisórios). Nosso CMI tem ficado abaixo da meta gaúcha desde 2009 (exceto em 2011, quando ocorreram 18 óbitos infantis e o CMI atingiu 14,1 por 1.000). O menor resultado alcançado ocorreu no ano de 2016: 5,0 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos. Também vale ressaltar que a mortalidade infantil tem mostrado uma redução consistente desde a década de 90, a despeito de eventuais flutuações anuais que são esperadas para esse indicador.

O perfil da mortalidade infantil no município se caracteriza por bebês que morrem antes de completar 7 dias de vida (56,1% do total). As afecções perinatais, isto é, problemas relacionados a problemas maternos ou do próprio bebê têm respondido por 88,4% das mortes. Dentre as afecções perinatais, destacam-se: os transtornos hipertensivos maternos, os problemas placentários e uterinos (descolamento de placenta, incompetência do colo uterino, sangramentos, por exemplo) e as situações que comprometem a bolsa e o líquido amnióticos (bolsa rota, insuficiência de líquido amniótico, infecção do líquido amniótico).

No município, os maiores coeficientes de mortalidade infantil são encontrados em gestantes menores de 14 anos e acima dos 40 anos de idade; entre as gestantes com baixa escolaridade, e entre aquelas que não têm nenhuma consulta de pré-natal. Os bairros Municipal, Zatt e São Roque detêm o maior número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano.

A avaliação das causas de morte infantil mostra que 78,6% dos óbitos infantis poderiam ser prevenidos pela adoção de três medidas: (1) adequado

controle na gravidez; (2) parcerias com outros setores; (3) e adequada atenção ao parto.

Entre os problemas da assistência que contribuem para o óbito e que são mais comumente observados em nosso município encontram-se: após serem encaminhadas para a referência de risco as gestantes não são mais acompanhadas nas suas unidades básicas de saúde de referência; as equipes são incapazes de executar os protocolos do Ministério da Saúde para o pré-natal de risco; existem unidades de saúde que possuem grande número de gestantes em suas áreas de abrangência e que não fazem atendimento pré-natal; quando a equipe de uma unidade básica de saúde diagnostica um problema gestacional, a gestante é encaminhada para a referência de risco sem iniciar as condutas do protocolo de risco do Ministério da Saúde, gerando demora no tratamento e a conseqüente complicação do quadro clínico da gestante; dificuldade em garantir o acompanhamento e fazer a busca ativa para o pré-natal das gestantes que são usuárias de drogas e/ou profissionais do sexo.

Óbitos em Mulheres em Idade Fértil

Os óbitos maternos passaram a integrar a lista de agravos de notificação e investigação obrigatória do Ministério da Saúde, em 2016 (Portaria Nº 204, de 17 de Fevereiro de 2016) e, por essa razão, todos os óbitos maternos devem ser investigados.

A investigação das MIF está prevista na Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e pela Pactuação Interfederativa 2017-2021, propostas pelo Ministério da Saúde para todos os estados e municípios. Para 2016, a meta proposta pelo Rio Grande do Sul era a de investigar 100% dos óbitos maternos de MIF (Resolução nº 333/16 – CIB RS). O estado não tem conseguido atingir esta meta, ficando abaixo de 95% do total de mortes.

Em Bento Gonçalves, essa meta tem sido alcançada sistematicamente ao longo dos últimos anos (ver Tabela 6).

Em nosso município, ocorrem, em média, 26 mortes de mulheres em idade fértil (MIF) todos os anos (variação: 16~39). As três principais causas de morte das MIF são: as neoplasias (34,7%), especialmente, os cânceres de mama e

de útero, as causas externas (acidentes de trânsito) e as doenças do aparelho circulatório (doenças cérebro vasculares).

Mortalidade Materna

Os óbitos maternos são eventos sentinelas cuja ocorrência, mesmo sendo de baixa frequência, alertam sobre falhas na assistência pré e pós-natal. Até o ano de 2016, a Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Ministério da Saúde propunha como indicador para os estados e municípios a “investigação” dos óbitos maternos. Considerando que os óbitos maternos passaram a integrar a lista de agravos de notificação obrigatória, em 2016, houve uma alteração neste indicador para a Pactuação Interfederativa 2017-2021. Assim, ao invés de “investigar” os óbitos maternos, a Pactuação Interfederativa determinou a “redução” do número de óbitos maternos para todo o país, sem, entretanto, definir uma meta quantitativa.

No município, no período de 28 anos compreendidos entre 1989 a 2016, foram contabilizadas 14 mortes maternas, o que resultou numa taxa média de 37,4 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos. Entre as causas de morte deste grupo predominam aquelas relacionadas aos problemas obstétricos (patologias incluídas no Capítulo XV do CID 10), como, por exemplo, a mola hidatiforme, a hipertensão gestacional, a infecção puerperal e a embolia pulmonar obstétrica .

Os óbitos maternos do município foram considerados reduzíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna (92,9% dos casos) ou por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas.

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.

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.

1. Perfil da Natalidade de Bento Gonçalves

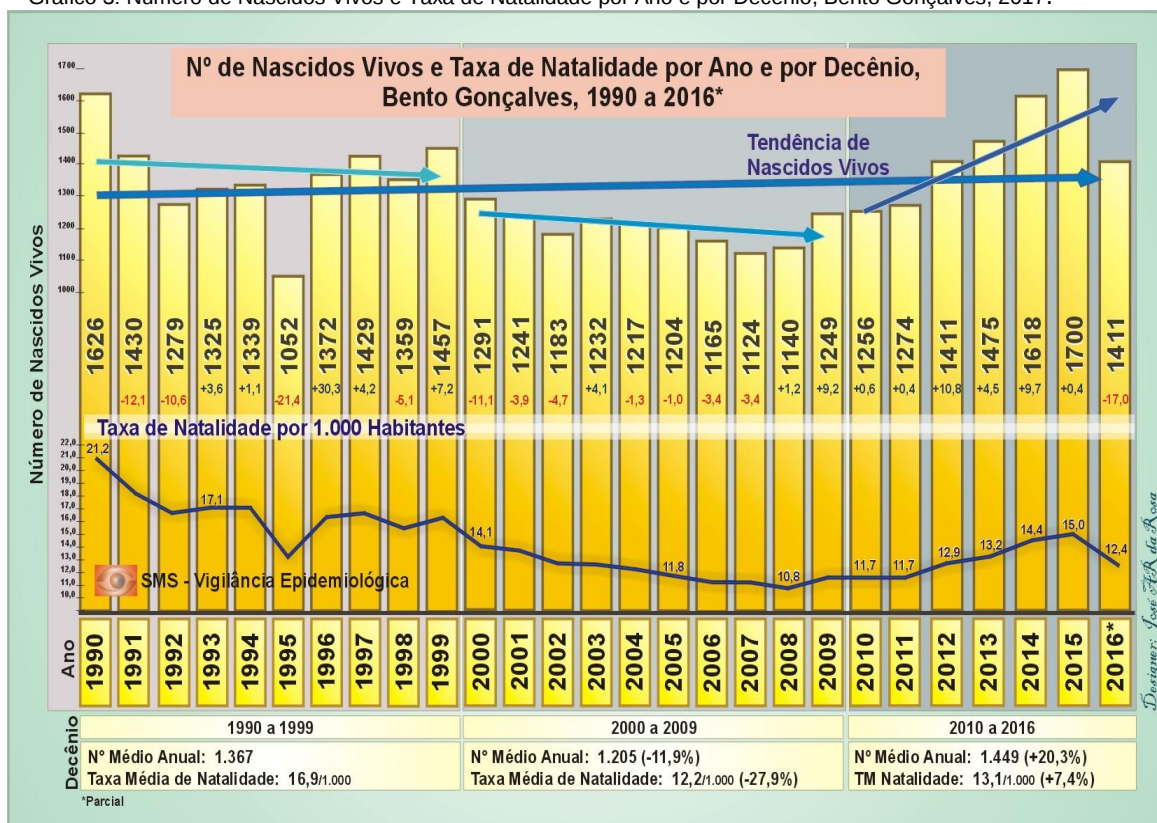
A Vigilância Epidemiológica vem utilizando os dados do SINASC para caracterizar as principais questões relativas à natalidade em nosso município e subsidiar as ações de saúde relativas ao pré-natal, parto e puericultura. O relatório com o perfil da natalidade de Bento Gonçalves, apresentando séries históricas das principais características, entre os anos de 1992 a 2016 está disponível no site eletrônico da Prefeitura de Bento Gonçalves (<http://www.bentogoncalves.rs.gov.br>), link “saúde em bento”, sublink “epidemiologia”.

Para o ano de 2016, os dados ainda são parciais (aguardando encerramento da base estadual). No relatório, a apresentação dos dados está didaticamente dividida nos seguintes blocos: I: Recém-Nascido; II: Gestação e Parto, III: Mãe; IV. Coeficientes com Base no SINASC; V: Malformações Congênitas; VI: Mapas e Tabelas: Bairro/Local de Residência da Mãe; VII: Gráficos.

O Gráfico 3 mostra a evolução dos nascimentos vivos residentes e das taxas de natalidade em Bento Gonçalves, para o período de 1990 a 2016. Entre as décadas de 1990-1999 e 2000-2009, houve uma tendência de redução no número de nascimentos (-11,9%) e nas taxas de natalidade (-27,9%) do município.

Nos primeiros sete anos da década de 2010-2016, a tendência no número de nascimentos (+20,3%) e nas taxas de natalidade (+7,4%%) tem sido de crescimento.

Gráfico 3: Número de Nascidos Vivos e Taxa de Natalidade por Ano e por Decênio, Bento Gonçalves, 1990 a 2016.



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

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.

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.

Em 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.

A partir de 2013, o sistema de informações do Programa de Imunizações em sua versão Web passou a ser implementado nas salas de vacina do município. Os municípios são cooptados a manter uma meta de 75% de cobertura vacinal para os seguintes esquemas: vacina Pentavalente (3ª dose para crianças menores de dois anos de idade), vacina Pneumocócica 10-valente (2ª dose), vacina contra a Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose).

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.

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.

4.5.3 Vigilância Sanitária

O Departamento de Municipal de Vigilância Sanitária existe no município desde o ano de 1992, e foi criado pela Lei Municipal nº 2.187/92, alterada pela Lei Municipal nº 3060/00. A Vigilância Sanitária possui a missão de prevenir, controlar ou eliminar fatores de adversos à saúde, através de ações educativas, fiscalizatórias e punitivas. As ações de Vigilância Sanitária possuem respaldo legal na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Artigo 200, Inciso II); na Constituição do Estado do Rio Grande do Sul de 1989 (Artigo 243, Inciso VII); e na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Artigo 6º, Inciso I, Alínea “a”); e Lei Municipal nº 2.187/92, alterada pela Lei Municipal nº 3060/00.

4.5.3.1 Ações Educativas

A VISA através de treinamentos, palestras, reuniões, participações em eventos, entre outros, procura passar orientações, tanto para o setor regulado

quanto para a população em geral. Para o setor regulado, as orientações passadas são para que o mesmo trabalhe de acordo com as normas sanitárias, oferecendo produtos/serviços com qualidade e segurança para a população.

Para a comunidade em geral, são passadas orientações quanto aos riscos sanitários do consumo de produtos/serviços, bem como meios de minimizá-los. A população também é orientada a denunciar, através do sistema Fala Cidadão, caso se depare com situações que considere adversa à saúde.

Atualmente, no quesito treinamentos, é oferecido o Treinamento em Boas Práticas na Manipulação de Alimentos, com frequência trimestral.

No ano de 2016 foram efetuados:

- 04 (quarto) treinamentos em Boas Práticas na Manipulação de Alimentos;

- 05 (cinco) palestras para a comunidade interna e externa, sobre os mais variados temas relacionados à Saúde Pública;

- Participação na campanha “Bento Contra o *Aedes aegypti*”, promovida entre o Departamento de Vigilância Sanitária, Setor de Vigilância Ambiental e Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, e Setores de Fiscalização e Educação Ambiental da Secretaria Municipal de Meio Ambiente, com o apoio da Secretaria Municipal de Governo e Gabinete do Prefeito;

- E participação no ciclo de palestras “Segregação Correta de Resíduos e Ações de Prevenção e Combate ao mosquito *Aedes aegypti*”, realizadas entre o Núcleo de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (Vigilâncias Sanitária, Ambiental, Epidemiológica e em Saúde do Trabalhador) e Secretaria de Meio Ambiente (Fiscalização e Educação Ambiental).

De janeiro até o presente momento, foram ministrados 03 (três) treinamentos em Boas Práticas na Manipulação de Alimentos e 05 (cinco) palestras.

4.5.3.2 Ações Fiscalizatórias

Com o objetivo de se fazer cumprir a legislação, e com foco no risco sanitário, a VISA realiza vistorias em estabelecimentos, dos mais diversos ramos de atividade. As fiscalizações são realizadas por vários motivos, como denúncias, processos (inscrição, alteração de endereço, inclusão de atividade,

etc.), solicitações de outros órgãos (Ministério Público, Delegacia de Polícia, Centro Estadual de Vigilância em Saúde, entre outros), além de vistorias de rotina.

As vistorias são realizadas com base na legislação sanitária, Lei 8078/90 (Código de Defesa do Consumidor) e/ou resoluções de conselhos de classe, como por exemplo, a Resolução CFF nº 577/13 (responsabilidade técnica de farmácias e drogarias). Também são levados em consideração os Princípios da Administração Pública: Legalidade; Impessoalidade; Moralidade; Publicidade; Eficiência; Proporcionalidade; Razoabilidade; Oficialidade; Verdade Material; Indisponibilidade do Interesse Público; Auto-executoriedade; Preponderância do Interesse Público sobre o Particular; Devido Processo Legal; e Ampla Defesa e do Contraditório.

Constatada situação irregular, será levado em conta o risco sanitário envolvido, o que implicará, ou na concessão de prazo para adequação, ou na instauração de Processo Administrativo Sanitário, que poderá ser acompanhada de apreensão de produtos, inutilização de produtos e/ou interdição parcial ou total do estabelecimento.

Devido à Pactuação que o Município efetuou em 2012, através da Resolução nº 048/12 – CIB/RS, passou a ser de competência do Departamento de Vigilância Sanitária Municipal o licenciamento e fiscalização das seguintes atividades: Indústrias de Alimentos; Farmácias; Indústrias de Saneantes; Laboratórios Clínicos; e Serviços de Radiodiagnóstico Médico e Odontológico. Para tanto, conforme determina a Resolução nº 250/07 – CIB/RS, são necessários fiscais possuidores de diplomas de nível superior para desempenho de ações relacionadas a estas atividades.

Atualmente a Vigilância Sanitária municipal está municiada com uma Fiscal Enfermeira com especialização em Enfermagem do Trabalho, e um Fiscal Nível Médio, porém com formação em Tecnologia em Alimentos e Especialização em Vigilância Sanitária e Qualidade dos Alimentos, que efetuam as ações relacionadas às atividades da CIB 048/12. Aguarda-se o ingresso no setor de um fiscal Farmacêutico, a fim de compor o grupo de trabalho e atender-se de forma plena desta Resolução,

No ano de 2016 foram efetuadas 882 vistorias, e de janeiro até o presente momento realizaram-se 566.

4.5.3.3 Ações Administrativas

Quando os fiscais sanitários, no exercício da fiscalização, se deparam com situações que gerem grande risco à saúde da população, ou quando o fiscalizado se recusa a atender às solicitações proferidas pela Vigilância Sanitária, é instaurado Processo Administrativo Sanitário contra o estabelecimento, mediante lavratura de Auto de Infração Sanitária. Os ritos do Processo Administrativo Sanitário são regidos pela Lei Nacional nº 6.437 de 20 de Agosto 1977. Os fiscais também contam com os manuais de Processo Administrativos Sanitários, tanto o formulado pelo CEVS quanto pela ANVISA. No ano de 2016 foram instaurados 06 (seis) Processos Administrativos Sanitários, enquanto que, de janeiro até o presente momento instauraram-se 16 PAS.

Atualmente o Departamento Municipal de Vigilância Sanitária possui 07 (sete) fiscais sanitários. Destes, um fiscal atua na Sala do Empreendedor e é responsável por efetuar as orientações sanitárias no local, e os demais encontram-se no Departamento de VISA e desempenham ações educativas, fiscalizatórias e administrativas nos mais diversos ramos de atividade, como restaurantes, lancherias, consultórios médicos, clínicas veterinárias, salões de beleza, entre outros, que totalizam cerca cinco mil estabelecimentos.

4.5. 4 Vigilância Ambiental

A vigilância ambiental em saúde constitui-se no conjunto de ações e serviços que proporcionam o conhecimento e a detecção de fatores de risco do meio ambiente que interferem na saúde humana.

Como principais objetivos da Vigilância Ambiental destacam-se:

- Produzir, integrar, processar e interpretar informações, visando a disponibilizar ao SUS instrumentos para o planejamento e execução de ações relativas às atividades de promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente;

- Estabelecer os principais parâmetros, atribuições, procedimentos e ações relacionadas à vigilância ambiental em saúde nas diversas instâncias de competência;
- Identificar os riscos e divulgar as informações referentes aos fatores ambientais condicionantes e determinantes das doenças e outros agravos à saúde;
- Intervir com ações diretas de responsabilidade do setor ou demandando para outros setores, com vistas a eliminar os principais fatores ambientais de riscos à saúde humana;
- Promover, junto aos órgãos afins ações de proteção da saúde humana relacionadas ao controle e recuperação de meio ambiente;
- Conhecer e estimular a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, visando ao fortalecimento da participação da população na promoção da saúde e qualidade de vida.

4.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A assistência farmacêutica na SMS é representada por 03 farmácias, sob a responsabilidade de farmacêuticos, onde são dispensados todos os tipos de medicamentos, inclusive antibióticos e controlados Port. 344/98, além de 20 dispensários de medicamentos nas Unidades de Saúde, onde não há a presença de farmacêuticos, e, portanto, não são dispensados antibióticos e controlados. Até o final de 2017, serão criadas 02 novas farmácias nas Unidades de Saúde dos bairros Licorsul e Conceição, com responsável farmacêutico.

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 programação das quantidades necessárias de medicamentos é feita através de relatórios de análise de média de consumo gerados pelo sistema informatizado G-MUS.

. É sempre analisada a quantia que saiu nos últimos trimestres levando-se em conta a sazonalidade, muito peculiar na região serrana.

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.

O município possui uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), onde são recebidos e armazenados todos os medicamentos que são utilizados e distribuídos na rede municipal de saúde.

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.

A dispensação é feita em 04 farmácias da 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. 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:

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

Os gastos com medicamentos no ano de 2016 foram de R\$ 1.451.396,37.

4.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A EPS- Educação Permanente em Saúde iniciou no município de Bento Gonçalves em março de 2010 com ações de capacitação para todos funcionários da Saúde. Em fevereiro de 2014 passou a ser denominado Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva de Bento Gonçalves (NUMESC BG) baseado na Resolução Nº 590/13 da CIB-RS (Comissão Intergestores Bipartite/RS), e assinatura do Termo de Adesão, pelo Secretário Municipal e Conselho Municipal de Saúde e ratificado por:

. Decreto Municipal Nº 8598, de 01 setembro de 2014, que instituiu o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva- NUMESC BG;

. Portaria Nº 69.026, de 18 de setembro de 2014 nomeando as funcionárias concursadas como membros da Secretaria Executiva do NUMESC.

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 pela constante avaliação e qualificação dos Processo de Trabalho das equipes de Saúde.

Possui uma secretaria Executiva, que se reúne mensalmente, **formada por representantes** nomeados ou indicados dos seguintes seguimentos: trabalhadores da saúde, controle social, instituições de Ensino e gestores que se reúne mensalmente e organiza todas as capacitações do setor com diversas parcerias municipais ou regionais.

Tem por objetivo principal capacitar permanentemente os profissionais da Secretaria de saúde do município, atualmente com 742 colaboradores (ref julho/2017) através de capacitações centralizadas (ciclos, cursos, encontros, atualizações, etc) e/ou no local de trabalho (através de matriciamentos, capacitações durante a reunião de equipe, atividades educativas, cursos, roda de conversa, etc realizados na própria unidade de saúde, comunidade ou setor). Para sua organização são realizados levantamentos anuais, desde 2010, a todos profissionais de saúde, das unidades e setores para conhecer todos os profissionais e seus interesses de capacitações. E baseados nessas necessidades foram criados cronogramas mensais, semestrais ou anuais de capacitações.

A EPS/ NUMESC BG 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 ativamente da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

O NUMESC está ligado a Escola de Gestão do Município, na inclusão das capacitações no site, certificação, emissão de Atestados aos palestrantes e equipe organizadora dos eventos, bem como relatórios e avaliações dos eventos, via on line.

Atualmente faz o acolhimento, acompanhamento e controle de todos estagiários curriculares, que realizam suas práticas na Secretária da Saúde. A média semestral de estagiários varia de 80 a 100 alunos por semestre.

Recebe todos Projetos de Pesquisa que serão realizados nas unidades de Saúde ou setores da SMS, bem como os resultados finais das pesquisas e divulgação dos mesmos durante as duas Mostras de Saúde realizadas ao ano pelo NUMESC BG.

De 2010 a agosto de 2017 o NUMESC realizou ou auxiliou em 6.253 horas de capacitação, com presença de 27.051 participantes e confecção/liberação do 19.603 Certificados e Atestados.

Produção do NUMESC BG- Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva/BG, de Março/2010 à Agosto/2017:

ANO	Total Horas Capacitação	Total Participantes	Total Certificados/Atestados
2010 (março a dez).	499	1650	1514
2011	531	2398	1770
2012	621	3508	1724
2013	808	4681	2111
2014	1.122	4.623	2.258
2015	934h	3.738	3.591 (atestado on line a partir dez 2015)
2016 (até 31/12/2016)	1185	4057	3873 (789 atestados e 3084 certificados)
2017 (até agosto 2017)	553	2396	2.762 (2096 certificados e 666 atestados)
TOTAL (até 31 agosto 2017)	6253	27.051	19.603

4.8 REGULAÇÃO E AUDITORIA

4.8.1 Central de regulação de consultas e exames especializados

A Central de Regulação iniciou suas atividades em janeiro de 2002 tendo por objetivo regularizar o acesso dos usuários da rede local, melhorando a distribuição dos serviços de saúde e garantindo a devida assistência.

É um setor da Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo gerenciamento e agendamento das especialidades, exames existentes na rede pública local, serviços pactuados com outros municípios e serviços comprados, sendo acessado exclusivamente pelas Unidades de Saúde de nosso município e as Secretarias Municipais de Saúde da região.

Desde outubro de 2006 os agendamentos de exames, procedimentos e consultas foram informatizados, tornando-se assim uma importante ferramenta de gestão. Temos controle e gerenciamento de demanda reprimida, ociosidades, faltas, dentre outras, para que a tomada de decisões possa ser feita sobre dados em tempo real.

Principais atividades desenvolvidas pela Central de Regulação:

- elaboração e gerenciamento das agendas e cadastros dos profissionais (médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, dentistas) que atendem os usuários em todas as unidades de saúde e todos os serviços pactuados e comprados;
- agendamento de consultas especializadas e exames existentes na rede pública local;
- agendamento do serviço comprado, feito através de edital de credenciamento com clínicas, consultórios e Hospital para exames, consultas e procedimentos que não são disponíveis na rede local;
- agendamento de serviços pactuados com outros municípios: Caxias do Sul via telefone e Porto Alegre via sistema GERCON.
- Controle financeiro do orçamento para compra de serviços terceirizados;
- Controle financeiro de todos os serviços encaminhados ao Hospital Tacchini via contratualização;

- Autorização de APACS de continuidade e renovação dos pacientes que realizam quimioterapia, radioterapia e hemodiálise via SUS no Hospital Tacchini;
- Cancelamentos de exames, consultas e procedimentos no sistema Gemus de todos os pacientes que não compareceram nos serviços comprados terceirizados após conferência do setor de auditoria. Com isso, os relatórios, notas para pagamentos e controle financeiro deverão ter o mesmo valor final.
- Gerenciamento e suporte via e mail e telefone para os municípios em que somos referência e que utilizam o sistema GEMUS para agendamento:

Oncologia: 22 municípios

Radioterapia: 24 municípios

Nefrologia: 08 municípios

Tomografia: 08 municípios

Anátomo e Citopatológico: 22 municípios

Teste da Orelhinha: 12 municípios

Mamografia: 05 municípios

Laboratório Casagrande SUS: 03 municípios

Densitometria Óssea: 48 municípios

4.8.2 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 e é constituído pelos setores: Central de Regulação, Setor de Setor de Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), Sistema de Informações em Saúde e Setor de 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;

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. Enfermeiros auditores:

- 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.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Responsável pela instalação, configuração, treinamento, atualizações do banco de dados, geração de relatórios e posterior transmissão das informações dos seguintes programas do DATASUS – Departamento de Informática do SUS:

- ☐ 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.

Acompanhamento de Tetos Financeiros SUS Federal e Estadual, bem como o controle de pagamentos e ações inerentes ao processo, referentes aos contratos SUS existentes no município.

AUTORIZAÇÃO E INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Setor responsável por:

- ☐ 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;

5- DIRETRIZES OBJETIVOS E METAS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DA SECRETARIA DE SAÚDE DE BENTO GONÇALVES-2018-2021

5.1 PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Em conformidade com o objetivo geral da Atenção Básica foram definidas duas 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 tendo como suporte as ações de matriciamento e do NASF.

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.

As diretrizes seguintes referem-se aos programas de saúde municipais, estaduais e Federais.

Eixo: Ações Estratégicas para a Atenção Básica

Primeira Diretriz	Consolidação do modelo de Atenção Básica à Saúde como porta de entrada no SUS
-------------------	---

Objetivo Geral	Expandir e consolidar o modelo de Atenção em Saúde que preconiza a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do SUS, qualificando a Atenção Primordial, fortalecendo a rede integrada de serviços de saúde.					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Aumentar a cobertura populacional estimada pelas Equipes de Atenção Básica (sispacto=17) CMS: D1: O 1.1.1	Converter as UBS tradicionais do Santa Helena, Maria Goretti e Tuiuty para ESF	Cobertura de AB	50%	55%	55%	55%
	Adesão das ESF Cohab e Fenavinho	Equipes aderidas ao ESF	50%	55%	55%	55%
Aumentar a capacidade resolutiva do NASF	Implantar mais 1 equipe de NASF I	NASFI implantado	2º Nasf implantado	manter	manter	manter
	Aumentar as atividades grupais	Aumento de 10% ao ano	10% ao ano	10% ao ano	10% ao ano	10% ao ano
	Adquirir novo veículo para as equipes de ESF					

	de modo à atender as demandas existentes	1 carro para 1 visitas	1	manter	manter	manter
Ampliar o número de equipes de saúde com PMAQ	Ampliar o número de equipes aderidas ao PMAQ	Percentual de unidades aderidas ao programa	50% US	60% US	65% US	70% US
Estruturar as unidades visando ampliação da oferta de serviços	Reformar espaço do CRAS para receber UBS São Roque	Reforma realizada	Início da reforma	Reforma	Conclusão	reformada
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 da AB capacitados	90%	100%	100%	100%
	Ofertar nas unidades de saúde tratamento em grupo e individual ao tabagista	Unidades com grupo/nº unidades de AB	60%	70%	100%	100%
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	100%	100%	100%	100%
Estabelecer Padronização visual conforme Guia MS	Padronização visual	Nº unidades com padronização/nº unidades	60%	70%	90%	100%

Segunda Diretriz		Gestão do cuidado integral do usuário e coordenação do conjunto da rede de atenção				
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Informatizar todas as unidades	Implantação do e-SUS/prontuário eletrônico	Nº unidades com e-sus/nº unidades	80%	100%	100%	100%
Facilitar o acesso à marcação de consultas e diminuir o número de faltosos a exames e consultas especializadas	Avaliar a possibilidade de implantar centrais de agendamento descentralizadas e tele-agendamento	Centrais de agendamento e tele-agendamento implantadas	Serviço implantado	Serviço implantado	Serviço implantado	Serviço implantado
Melhorar o acompanhamento dos processos de trabalho, aprimorando assistência prestada à população	Avaliar a possibilidade de implantação de Gerências Distritais na Atenção Básica	Gerências Distritais implantadas	1 Gerencias	2 Gerencias	3 Gerencias	4 Gerencias
	Estabelecer 2h semanais para reuniões de equipe a todas as unidades	Nº unidades com reunião semanal/nº unidades	60%	80%	100%	100%
	Reorganizar o processo de trabalho de modo que o NASF possa participar da reunião	Uma reunião por mês em cada equipe de referência	1	1	1	1
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	Nº unidades com autoavaliação anual/nº unidades de saúde	50%	75%	100%	100%
Acolher e qualificar as demandas dos profissionais da Atenção Básica no que	Implantar e qualificar ações de matriciamento,	Nº unidades com matriciamento/nº	50%	75%	100%	100%

se refere às dificuldades na gestão do cuidado colaborando na resolutividade das necessidades específicas	em diferentes áreas da saúde, garantindo que este serviço seja ofertado à todas as unidades de saúde	unidades de saúde				
Qualificar o atendimento prestado pelo NASF	Promover capacitações periódicas específicas aos profissionais do Nasf	Realização de capacitação semestral específica ao Nasf	2	2	2	2
Qualificação do trabalho dos Agentes Comunitários	Realizar módulos do Introdutório para os agentes comunitários de saúde	Nº ACS com curso introdutório/nº ACS	100%	100%	100%	100%
Aprimorar estratégias de acolhimento e avaliação de risco	Realizar módulos de capacitações para os profissionais para utilização dos protocolos de Classificação de Risco e Humaniza-SUS, e atendimento urgência/emergência	Nº profissionais capacitados/nº profissionais	25%	50%	75%	100%
Qualificar o processo de trabalho dos trabalhadores do SUS	Realizar módulos anuais do Introdutório da Estratégia de Saúde da Família	nº profissionais da ESF com curso introdutório/nº profissionais ESF	80%	100%	100%	100%
	Redução de internações por causas sensíveis à Atenção Básica	Proporção de internações por condições sensíveis à AB	19%	18%	17%	17%
Adquirir e disponibilizar materiais de apoio dos programas e ações do MS	Garantir pacote mínimo de materiais de apoio para todas as unidades	Nº unidades com materiais/nº unidades	100%	100%	100%	100%

Planejamento dos Programas de Saúde da Atenção Básica

5.1.1 Programa Saúde da Criança e do Adolescente

Eixo 1: Puericultura e redução da mortalidade infantil	
Objetivo Geral	Acompanhamento da criança com avaliação e encaminhamento ao CRMI dos RNs de risco, garantia da triagem neonatal e consultas de puericultura com ênfase no crescimento e desenvolvimento infantil.

Primeira Diretriz	Implementação da Rede cegonha e ações referentes a puericultura					
Objetivo Específico	Ações	Indicador	2018	2019	2020	2021
Promover e incentivar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementar até os dois anos	Capacitar as UBS e ESF para a Estratégia amamenta e alimenta Brasil	Realizar duas capacitações anuais	2	2	2	2
		Taxa de aleitamento materno exclusivo	42%	43%	45%	47%

Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	Captar RNs pelo SUS e encaminhar à unidade básica 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%
	Implantar consulta de enfermagem ao RN na primeira consulta	Consulta de enfermagem implantada	-	-	-	-
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	oferta de 1ª consulta ao recém nascido até 10º dia de vida	Nº de crianças com 1ª consulta em até 10 dias/ Nº de crianças nascidas pelo SUS	82%	85%	85%	90%
	Atendimento mínimo para todas as crianças menores de 2 anos	Nº de crianças com 7 consultas no 1º ano de vida/ Nº de nascidos pelo SUS	81%	82%	83%	85%
		Nº de crianças com duas consultas no 2º ano de vida/Nº de nascidos pelo SUS do ano anterior	48%	50%	55%	60%
Identificar os recém nascidos e crianças com fatores de risco para morbi mortalidade infantil e indicar o acompanhamento prioritário para essa parcela da população	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 atendidas pelo serviço	100%	100%	100%	100%
Garantia de Triagem Neonatal para crianças do SUS com o devido encaminhamento dos casos alterados	Realizar teste de pezinho para crianças SUS, com incentivo a realização do 3º ao 5º dias de vida;	Nº de coletas de teste do Pezinho de crianças SUS/ Nº de nascidos pelo SUS	100%	100%	100%	100%
	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	96%	97%	98%	98%
Propôr ações para redução da mortalidade infantil para < ou = 9.8% ao ano (	Encaminhamento de relatório trimestral às US das crianças faltosas à puericultura	Nº de relatórios enviados	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	100%	100%	100%	100%

Redução da sífilis congênita	Aplicação das medidas propostas em protocolo	Nº casos de sífilis congênita	20	18	16	14
Controle da Sífilis Congênita	Controle do seguimento das crianças expostas à sífilis conforme protocolo para controle da sífilis	Nº de crianças acompanhadas/ Nº crianças expostas	60%	65%	70%	75%
Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos para 0% ao ano (Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos para 0% ao ano	Teste de HIV (laboratorial + teste rápido) nas gestantes e nos RNs (carga viral)	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos/ Nº de nascidos	0	0	0	0
	Acompanhamento das gestantes e Rns nos serviços especializados	Nº de gestantes com HIV/nº de gestantes acompanhadas	100%	100%	100%	100%
	Busca ativa dos faltosos	Manter busca ativa	100%	100%	100%	100%
	Inclusão de RN e mãe HIV no Projeto Nascer (fórmula infantil + antiretroviral) ainda no hospital	Nº Rns filhos de mãe HIV/nº de Rns recebendo fórmula	100%	100%	100%	100%
Aplicação de Palivizumabe em crianças com critérios pre-estabelecidos	Seguir protocolo para fornecimento e aplicação em crianças internadas em UTI	Número de crianças que receberam a imunoglobulina/nº crianças com indicação	100% das crianças com indicação	100% das crianças com indicação	100% das crianças com indicação	100% das crianças com indicação
	Manter fluxograma para aplicação no Ambulatório Central (Caxias do Sul) em crianças com indicação					
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 crianças e adolescentes em situação de violência	Viabilidade de estruturação de um serviço de referência para crianças em situação de violência	Construir projeto	-	-	-	-
Capacitações relacionadas a criança/ adolescentes	Capacitar equipes para puericultura, AIDPI	1 capacitação a cada 2 anos	-	x	-	x
	Teste do pezinho (patologias, coleta, armazenamento, encaminhamento...)		x	-	x	-
Acompanhar as crianças em vulnerabilidade social através de acompanhamento domiciliar	Reativar o programa PIM associado ao Programa Criança Feliz	Atividades iniciadas e recebimento recurso				

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					
Objetivo Específico	Ações	Indicador	2018	2019	2020	2021
Ampliar e garantir o atendimento ao adolescente	Divulgação da Nota Técnica nº 4 do MS dos direitos de adolescentes atendidos pelas US	todas as Unidades de Saúde visitadas (reuniões de equipe)	x	x	x	x
	Aumentar o número de ESFs com grupos de adolescentes.	Nº de ESF com grupo de adolescentes implantado	4	6	8	10
Qualificar o atendimento ao adolescente	Capacitar os profissionais da AB no atendimento integral à Saúde do Adolescente	1 capacitação a cada 2 anos	-	x	-	x
Aumentar a distribuição das cadernetas dos adolescentes	Estabelecer parceria com as escolas da rede privada para a distribuição da caderneta	Nº de escolas parceiras/ Nº de escolas da rede privada	-	-	-	-
Ações de promoção à Saúde Adolescente	Aumentar o nº de ações coletivas do PSE nas escolas, conforme temas propostos pelo Programa ou pela necessidade local	Média do nº de ações coletivas realizadas na escola	2	2	2	2

6.1.2 Programa de Nutrição e Alimentação**Eixo 1: 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 as fases do ciclo da vida.
-----------------------	---

Primeira Diretriz	Avaliação Nutricional e Consumo Alimentar					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Monitorar a situação nutricional das crianças de 0 a 5 anos matriculadas na educação infantil.	Medir mensalmente peso e altura de crianças de 0 a 24 meses e a cada 6 meses as crianças de 2 anos a 5 anos	Total de crianças avaliadas/ Total de crianças matriculadas na educação infantil	85%	85%	90%	90%
Monitorar a situação alimentar e nutricional das gestantes	Aplicar questionário do Sisvan no mínimo 1 vez durante o pré-natal	Total de gestantes que responderam ao questionário/Nº de gestantes cadastradas no Sis prenatal (anual)	70%	72%	75%	75%
Monitorar a situação alimentar e nutricional das crianças no 2º mês, 4º mês, 6º mês e 13º mês de vida.	Aplicar questionário do Sisvan em toda oportunidade na US, Visita ACS	Total de crianças que responderam ao questionário/Nº de crianças nascidas pelo SUS	80%	85%	90%	90%

Avaliar a saúde de crianças e adolescentes da rede municipal e estadual de ensino	Manter as avaliações clínicas do PSE (estado nutricional, pressão arterial, exame bucal, acuidade visual)	Nº de escolares avaliados/Nº de escolares matriculados nas escolas com adesão ao PSE	90%	90%	90%	90%
Promover a prática da alimentação saudável e adequar o estado nutricional.	Realizar orientação individual ou em grupo para a alimentação complementar saudável em todas as ESFs	Nº de ESFs que realizam orientação para a alimentação complementar saudável	6	10	13	todas
	Atender individualmente ou em grupo os escolares do PSE com alteração do estado nutricional	Nº de escolares atendidos/Nº de escolares com peso alterado				
Melhorar a qualidade da informação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	1 capacitação anual para ACS e técnicos de enfermagem	Nº de capacitações/ano	1	1	1	1
Divulgar periodicamente as informações relacionadas ao estado nutricional, amamentação e consumo alimentar das pessoas acompanhadas pela saúde.	Relatórios semestrais para Us e gestores.	Nº de relatórios encaminhados/ano	1	1	1	1

Eixo 2: Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família

Objetivo Geral	Oferecer acesso a rede de serviços públicos especialmente no acompanhamento da saúde dos beneficiários e promover a segurança alimentar e nutricional.
-----------------------	---

Primeira Diretriz		Acompanhar as condicionalidades da saúde				
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Estimular e monitorar o acompanhamento das famílias beneficiárias	Acompanhamento dos beneficiários com perfil saúde (menores de 7 anos, mulheres de 14 a 44 anos, gestantes e nutrízes)	Nº de famílias com perfil saúde totalmente acompanhadas/Nº de famílias com perfil saúde	55%	58%	60%	65%
Realizar capacitação para os profissionais envolvidos através da educação permanente.	1 capacitação anual	Nº de capacitações/ano	1	1	1	1
Divulgar informações relacionadas ao acompanhamento, aos gestores e à coordenação intersectorial do Programa Bolsa Família	1 relatório a cada vigência (2 relatórios anuais)	Nº de relatórios encaminhados aos gestores	2	2	2	2

5.1.3 Programa Saúde da Mulher

Eixo 1: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

Primeira Diretriz	Implementação da Rede Cegonha desenvolvendo as ações pactuadas nos componentes de pré-natal e das ações ligadas ao puerpério
--------------------------	---

Objetivo Geral	Prestar assistência pré-natal de qualidade visando a redução da mortalidade materna e infantil do município					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Reorganizar e qualificar a assistência pré-natal e puerperal através da implantação da Rede Cegonha	Manter Grupo condutor para planejamento e execução das ações	Número de reuniões realizadas	10/ano	10/ano	10/ano	10/ano
Ampliar a captação das gestantes para início do pré-natal antes de 120 dias de idade gestacional	Oferecer teste rápido de gravidez nas US e realizar monitoramento das mulheres em idade fértil pelas equipes de ESF	Nº gestantes captadas antes 120 dias/nº gestantes SUS	80%	82%	85%	85%
Qualificar a assistência pré-natal	Atualizar protocolo municipal de assistência pré-natal com ampliação de consultas e exames	Protocolo atualizado e divulgado nas Unidades de Saúde 1 x ANO	Protocolo implantado	protocolo implantado	Protocolo implantado	Protocolo implantado
Investigar mortalidade materna e infantil neonatal	Manter em zero a mortalidade materna	Nº óbitos maternos	0	0	0	0
	Manter Comitê de investigação da mortalidade materna e infantil	Número de reuniões realizadas	10 ano	10 ano	10 ano	10 ano
Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Implementação do protocolo municipal de Assistência Pré-natal acrescentando consultas de enfermagem	Nº nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas/nº nascidos vivos	70%	70%	75%	75%
Prevenir sífilis congênita realizando teste de sífilis nas gestantes usuárias do SUS	Oferecimento do teste rápido de sífilis nas unidades de saúde e garantia de exames de VDRL	Nº gestantes com com 2 exames de VDRL /nº gestantes cadastradas	75%	80%	85%	85%
Aumentar o percentual de parto Normal	Estabelecer discussões e formalizar compromissos com os 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 gestantes do município ao Pré-Natal de Alto Risco qualificado	Manter Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco viabilizando o acesso das gestantes AR às consultas em tempo oportuno	nº gestantes de alto risco atendidas em tempo oportuno/nº gestantes de alto risco	90%	90%	90%	90%

¹Para cálculo do SISPACTO (conf.. resolução 2013) é utilizado como meio de verificação do indicador o SINASC. Opta-se aqui por utilizar o SISPRENATAL pois nessa meta o foco são as gestantes do SUS.

Eixo 2: PLANEJAMENTO FAMILIAR						
Primeira Diretriz	Prevenção da gravidez indesejada e contaminação por ISTs na adolescência					
Objetivo Geral	Promover a saúde sexual e reprodutiva visando a prevenção da gravidez precoce e indesejada e a contaminação por ISTs					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
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	80% de presença	80% de presença	80% de presença

Segunda Diretriz	Promover o Planejamento Familiar através da oferta e acesso aos métodos contraceptivos e aconselhamento qualificado					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Padronizar e qualificar o atendimento em Planejamento Familiar garantindo acesso ao aconselhamento/consultas/MAC tanto para adultos e adolescentes	Criar protocolo municipal de Planejamento Familiar (CMS D3 Ob incluído)	Protocolo implantado	x	x	x	x
	Capacitar profissionais para aconselhamento e encaminhamento aos métodos contraceptivos	Capacitações e reuniões realizadas	1 ano	1 ano	1 ano	1 ano
Reduzir a gravidez não planejada	Manter a disponibilização dos métodos contraceptivos hormonais e de barreira na rede de saúde	Proporção de Unidades de saúde com disponibilidade suficiente de MAC	100%	100%	100%	100%
	Realizar colocação de DIU no município	Proporção de pacientes encaminhadas para DIU da rede de saúde com acesso ao método	80%	85%	85%	90%
	Garantir acesso à laqueadura tubária e vasectomia aos pacientes que desejarem o método em conformidade com a legislação vigente	Proporção de pacientes encaminhadas para LT e vasectomia com acesso ao procedimento	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	x	x	x	x
Garantir acesso às gestantes, 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 com indicação com laqueadura realizada no parto cesariana	100%	100%	100%	100%
Reduzir a gravidez na adolescência (	Realizar ações educativas nas escolas	Proporção de gravidez na	9%	9%	9%	9%

	(PSE) e grupo de adolescentes	adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos				
	Implantar programa de anticoncepção implantável para adolescentes que já tiveram filhos antes dos 15 anos	Nº Gestantes de até 15 anos	Reduzir em 50%	Reduzir em 60%	Reduzir em 70%	Reduzir em 70%

Eixo 3: ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

Primeira Diretriz: Prevenção e atendimento 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.					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
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	80%	85%	85%	90%
	Realizar e participar de eventos que promovam os direitos da mulher dirigidos à comunidade	Participação e promoção de eventos para a comunidade	Mínimo de 4 eventos	Mínimo de 4 eventos	Mínimo de 3 eventos	Mínimo de 4 eventos
Auxiliar na construção de fluxos de atendimento de saúde para a mulher vítima de violência	Promover a construção de fluxos de atendimento de saúde para a mulher vítima de violência	Fluxo de atendimento implantado	Revisão de fluxo	Monitor fluxo de atendimento	Monitor fluxo de atendimento	Monitor 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 violências	Nº Unidades com notificação/nº US	50%	50%	80%	100%

Eixo 4: REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE NA POPULAÇÃO FEMININA DECORRENTE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA

Primeira Diretriz: Prevenção e acesso ao tratamento para o câncer de colo de útero

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					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Realizar o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero através do	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 em mulheres de 25 a 64 anos e a população na mesma faixa etária	0,50	0,50	0,52	0,55

rastreamento e busca ativa de casos alterados	Encaminhar mensalmente cópia dos exames alterados de citologia e histologia de colo de útero às US para orientação de conduta e busca ativa de pacientes	Proporção de pacientes com alteração importante 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 de colo de útero ao atendimento médico especializado	Proporção de mulheres com alteração no exame citopatológico encaminhadas para o CRMI	70%	75%	75%	80%
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 procedimento	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 sistema GEMUS	100%	100%	100%	100%
Monitorar a qualidade dos 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
	Avaliar a representatividade de ZT (zona de transformação) nas amostras	Exames com representação ZT nos exames /nº exames coletados	80% (ZT) < 10% (inadequadas)	82% (ZT) < 10% (inadequadas)	85% (ZT) <10% (inadequadas)	85% (ZT) < 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	100% Implantado	Monitoramento	Monitoramento	Monitoramento

Segunda Diretriz		Prevenção e acesso ao tratamento para câncer de mama				
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
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	0,40	0,43	0,45	0,50
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 pertencentes ao grupo de risco a partir dos 35 anos	Realizar exames de mamografia em mulheres pertencentes ao grupo de risco a partir de 35 anos	Demanda atendida	100%	100%	100%	100%
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 modificação
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 especializado a pacientes com diagnóstico de lesões suspeitas de mama	Manter atendimento especializado para pacientes com resultado mamográfico/ecográfico BIRADS 3, nódulos e outras lesões suspeitas	Proporção de pacientes com diagnóstico BIRADS 3 com atendimento no CRMI segundo módulo de seguimento do SISMAMA	70%	70%	75%	75%

	Manter Ambulatório municipal de Procedimentos Ginecológicos para realização de PAFF, PAG e retirada de alguns tipos de nódulos mamários	Aumento dos procedimentos de Mama em 5% ao ano	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
--	---	--	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

5.1.4 Programa Saúde do Idoso

Eixo: Ações Estratégicas para Saúde do Idoso	
Primeira Diretriz	Política de Saúde do Idoso

Objetivo Geral	Desenvolvimento de medidas que promovam o autocuidado e atitudes preventivas que visam a forma ativa de promoção de saúde e manutenção da autonomia, independência (funcionalidade) e qualidade de vida ao envelhecer					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Promover capacitações para profissionais de saúde em prevenção de quedas, maus tratos, direitos e deveres dos idosos, sexualidade na terceira idade, IST's/AIDS, doenças crônicas.	Qualificar o atendimento aos idosos capacitando as equipes de saúde.	Nº unidades de saúde capacitadas/nº unidades de saúde	100%	100%	100%	100%
Oferecer consultas de geriatria mediante referência e contra referência	Garantir consultas em geriatria facilitando o acesso ao idoso.	Nº de consultas em geriatria ano	370	400	400	400
Distribuir a Caderneta do idoso, instrumento de orientações e avaliações em saúde	Monitorar a distribuição das cadernetas para posterior envio a 5ªCRS.	Nº de cadernetas distribuídas	1.124	1.150	1.150	1.150
Promover discussões pertinentes ao processo de envelhecimento	Realizar capacitação sobre envelhecimento aos profissionais médicos	Nº de capacitações/ano	01	01	01	01
Estimular o uso do fluxo de notificações de maus tratos a pessoa idosa	Estabelecer fluxograma para encaminhamento de notificações de maus tratos a pessoa idosa	Nº de notificações por ano	10	12	12	12

5.1.5 Programa de Doenças Crônicas não Transmissíveis

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.					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano	Incentivo ao autocuidado relacionado a hábitos de vida saudável	Taxa de mortalidade prematura por DCNT	261	256	251	245
Aumentar a prevalência de atividade física no lazer	Implantar academias de saúde no bairro Fenavinho,	1 academias implantadas	3	0	0	0
	Contratação de Educador físico para atender as 11 academias cms D5 obj incluído	Educador físico contratado	2	2	2	2
Padronizar a abordagem no tratamento da HAS/DM	Implantação do protocolo de HAS E DM	1 implantado	1	1	1	1
	Implantação de protocolo de prescrição de repetição por enfermeiros					
Avaliar a possibilidade de matriciamento em Neurologia, Pneumologia e Saúde Mental Infantil	Levar conhecimento às equipes e reduzir demanda reprimida	Matriciamentos implantados.	1	2	3	3
Melhoria do controle das doenças Crônicas	Realização de, no mínimo, um (1) grupo de educação continuada mensal para Diabéticos e Hipertensos por unidade de saúde.	264 grupos/ano	264	264	264	264
Fornecer educação continuada no turno da noite à Diabéticos trabalhadores na rede de atenção básica	Realização de um grupo a cada três meses no horário da noite/vespertino	1 grupo implantado	1	1	1	1
Melhorar o acesso a insumos	Descentralizar a distribuição de insulina e fitas reagentes	Nº unidades distribuidoras/nº unidades	4	6	12	todas
Redução de tabagistas	Implantar grupos em todas as unidades	Nº unidades cm grupos/nº unidades	60%	70%	80%	90%

5.1.6 Programa de Saúde Bucal

Eixo: Ações Estratégicas em Saúde Bucal para a Atenção Primária						
Primeira Diretriz	Expansão da Rede de Atenção Primária à Saúde					
Objetivo Geral	Incrementar o atendimento ao usuário na Atenção primária e desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021

Formação técnica em ações de prevenção, orientação e a tratamento aos pacientes	Realizar capacitações para todos os profissionais da área da saúde bucal	Número de capacitações realizadas	6	6	6	6
Atendimento odontológico no atendimento às gestantes	Incrementar as ações dos grupos de Gestantes	Nº de Gestantes em Pré Natal odontológico/ número total de gestantes	50%	55%	60%	65%
	Incluir na caderneta de Gestante o Pré- Natal odontológico					
Promover ações de promoção à Saúde Bucal	Cirurgiões Dentistas participando dos grupos de HAS e DM	Número de grupos realizados	24	27	30	30
	Promover ações de Saúde Bucal com crianças e adolescentes de 0 a 14 anos	Exames epidemiológicos 2 vezes/ano	82	82	82	82
	Participação da equipe de saúde bucal nas campanhas de vacinação	Equipes X campanhas	16	18	20	20
	Confecção e distribuição de material educativo	Números de materiais educativos	2	2	2	2
	Ampliação e qualificação das atividades realizadas dentro das Campanhas “Cuidado com a sua Boca” e “Dentinho Sadio-Sorriso Legal”	Participar de ações do PSE/CEO	41	45	45	45
	Palestras nas escolas	Nº de palestras realizadas	387	387	387	387
	Fornecer escovas e luvas para atendentes de creches e escolas para controle de placa bacteriana indireto	Número de material	2x/ano	2x/ano	2x/ano	2x/ano
	Aquisição de novos materiais, incluindo brinquedos, para os programas de prevenção, trabalhando de forma lúdica com as crianças	Materiais e brinquedos para as crianças terem contato direto nas atividades	8	9	10	10
	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada	Nº de crianças	9.123	9.305	9.491	9.681
	Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivo e curativos	CEO funcionando	4/1	4/1	3/1	2/1
Aumentar o acesso ao	Realizar campanha do Maio Vermelho	Nº atendidos	70	80	90	100
	Reformar unidade móvel	Unidade móvel reformada	1	1	1	1
	Implantar novas equipes	Número de	08	09	10	10

atendimento odontológico	ESF bucal	Equipes em Saúde Bucal inseridas nos ESFs				
	Aumento da Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	(Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas/40) * 3.000 X 100/ População no mesmo local e período	50%	50%	50%	50%

* A soma da carga horária dos cirurgiões dentistas será equivalente ao nº de equipes de saúde bucal na atenção básica e saúde da família.

5.1.7 Programa de Saúde Indígena

Eixo: Ações Estratégicas na Saúde Indígena						
Primeira Diretriz	Implementação da Atenção à Saúde Indígena					

Objetivo Geral	Articular o SUS com o Subsystema de Atenção à Saúde Indígena					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Monitoramento da saúde indígena	Alcançar 75% de crianças indígenas com < 7 anos com esquema	Percental de crianças na faixa com esquema completo	75%	75%	75%	75%
	Investigar óbitos infantis e fetais indígenas	Proporção de Óbitos investigados	90%	90%	90%	90%
	Investigar óbitos maternos em mulheres indígenas	Proporção de Óbitos investigados	90%	90%	90%	90%
	Investigar óbitos de mulheres indígenas em idade fértil	Proporção de Óbitos investigados	90%	90%	90%	90%

5.1.8 Programa Saúde do Homem

	Eixo: Ações estratégicas na Saúde do Homem					
Primeira Diretriz	Criar espaços favoráveis a recepção, um bom acolhimento com escuta qualificada e integral, bem como criar estratégias para facilitar o acesso integral a saúde.					
Objetivo Geral	Implantar estratégias do cuidado em saúde do homem entre 20 e 59 anos nos serviços de Atenção Básica em Saúde devendo estar no cotidiano do processo de trabalho das equipes de saúde.					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Aumentar e qualificar o acesso dos homens aos serviços, reduzindo as emergências de internações hospitalares	Aplicar o acolhimento com escuta qualificada e integral	Proporção de atendimentos de saúde na população masculina do SUS entre 20 a 59 anos sobre o total da população masculina na mesma faixa etária e local.	70%	71%	72%	73%
Realizar Testes Rápidos aos homens privado de liberdade no Presídio Estadual de BG	Oferecer Testes Rápidos para os homens privados de liberdade	Número de atendimento sobre o número de homens privados de liberdade	100%	100%	100%	100%

Segunda diretriz		Sensibilizar e instrumentalizar os profissionais de saúde, incluindo os ACS para atenção integral a saúde do homem.				
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Capacitar os profissionais de saúde para o enfrentamento das dificuldades/barreiras enfrentadas pelos homens	Sensibilizar e instrumentalizar os profissionais de saúde da AB para atenção integral a saúde do homem	Percentual de equipes capacitadas	100%	100%	100%	100%
Realizar vasectomia para homens acima de 25 anos	Sensibilizar gestores sobre a necessidade de contratualizar procedimento cirúrgico de vasectomia	Contratualização de serviços para procedimento de vasectomia	Contratualizar			
Proporcionar a realização de testes rápidos para HIV, Hepatite B e C e Sífilis a população masculina	Realizar testes rápidos (TR) para fins de rastreamento, diagnóstico e tratamento precoce.	Percentual de cobertura de TR sobre o total de homens da faixa etária. (33.219 homens na faixa de 20 a 59 anos)	5%	6%	7%	8%
Realizar busca ativa de parceiros de gestantes com diagnóstico de sífilis	Realizar tratamento de Sífilis no parceiro gestante	Número de gestantes com diagnóstico de sífilis, sobre o total de parceiros tratados	50%	52%	54%	56%
Realizar busca ativa de parceiros de gestantes com diagnóstico de sífilis	Realizar tratamento de Sífilis no parceiro gestante	Número de gestantes com diagnóstico de sífilis, sobre o total de parceiros tratados	50%	52%	54%	56%
Adesão de equipes de saúde para realização do Pré Natal Masculino (PNM)	Sensibilizar e instrumentalizar as equipes de saúde para realização de PNM	Número de equipes que aderiram ao PNM sobre o Número total de equipes	80%	90%	100%	100%
Realizar consultas de pré-natal masculino nos parceiros das gestantes	Consultar os parceiros das gestantes	Número de gestantes sobre o número de primeira consulta do parceiro	26%	28%	30%	32%
Sensibilizar as equipes e a gestão, para ampliação de turnos alternativos para atendimentos no SUS.	Aumentar a oferta de turnos alternativos para atendimento da população no SUS.	Número de unidades que aplicam turnos alternativos sobre número total de unidades de saúde	38%	40%	50%	60%

Terceira diretriz		Diminuir fatores de risco a saúde, através de espaços que coloquem em debate os principais fatores de risco a saúde				
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Oferecer espaços de informações, diálogos e	Oferecer espaços de debate sobre assuntos	Número de unidades de saúde	100%	100%	100%	100%

troca de saberes aos homens.	relacionados a sexualidade, saúde reprodutiva, paternidade, gênero, masculinidade, violência doméstica e urbana e a cultura da paz	da AB que realizaram atividades educativas voltadas a saúde do homem.				
Promover ações de discussões sobre tabagismo	Oportunizar grupos de tabagismo para a população atendida pelo SUS.	Número de equipe de saúde que realizam grupo de tabagismo sobre o total de equipes de saúde	52%	54%	56%	58%
Trabalhar com a sociedade civil como sindicatos, empresas, associações de moradores para reflexão e discussão das problemáticas que afetam a vida do homem	Oportunizar momentos de discussões e de palestras orientações a sociedade civil predominantemente masculino em órgãos e instituições pela Coordenação do Programa	Número de palestras realizadas pela Coord. do Programa.	12	13	14	15
Dar viabilidade ao movimento social a nível municipal para promover a Saúde do Homem	Divulgar as ações em saúde do Homem	1 por ano no mês de Novembro	1	1	1	1
Promover a solicitação do exame de PSA para a população masculina a cima de 40 anos na Rede pública	Aumentar o número de exames de PSA realizados na rede pública de saúde	Número de PSA realizados sobre o total da população masculina acima de 40 anos (Homens acima de 40 anos: 19.996; 18,6%/IBGE 2010)	12%	14%	16%	18%

5.2 PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

5.2.1 Central de Fisioterapia

Objetivo Geral	Reduzir o Tempo de Espera dos Pacientes Para Iniciar o Tratamento Fisioterápico.
----------------	--

Objetivo Específico	Meta / Ação Estratégica	Indicador	2018	2019	2020	2021
Descentralização do Serviço de Fisioterapia através de Remanejamento de três pontos estratégicos para atendimento no Município	Adequação da equipe São Roque – CNEC e UBS	Adequação Equipes	100%	100%	100%	100%
	Implantação de serviço Central de Fisioterapia-Galassi	Equipe implantada	Início das obras	Obra concluída		
	Construção - CER no lado ADEF	Número de novas equipes implantadas		Início das obras	Obra concluída	
Reduzir Fila de Espera, Devido ao Grande Volume de Pedidos de Fisioterapia	Contratação de Novos Profissionais de Fisioterapia.	Número de novas equipes implantadas	2	2	2	2
	Realização de Triagens para caracterização da real demanda.	Aumento de 10% ao ano	10% ao ano	10% ao ano	10% ao ano	10% ao ano
	Redução de Solicitações desnecessárias de Fisioterapia	Aumento do percentual	20%	35%	60%	100%

	Reuniões com Profissionais das Unidades de Saúde para Estabelecer Padronização das Solicitações do Serviço de Fisioterapia	100% UBS padronizadas	40%	60%	100%	100%
	Implantação do E-Sus para evitar duplicidade de pedidos	Implantação do Prontuário em 100% dos setores	40%	60%	100%	100%
	Negociação entre Núcleo de Coordenações: FISIOTERAPIA / SAD / NASF/ CRMI, para ampliação do atendimento	Aumento de 10% ao ano	10% ao ano	10% ao ano	10% ao ano	10% ao ano
	Promover Capacitações Direcionadas a Novas Técnicas de Fisioterapia	Realização de capacitação semestral específica	2	2	2	2
	Disponibilização de 02 viaturas Doblos caso necessite transportar pacientes	1 carro para visitas	1	1	0	0
	Disponibilização de 02 viaturas para os profissionais de fisioterapia do SAD para ampliação dos atendimentos dos pacientes acamados.	1 carro para visitas	1	1	0	0
Redução de custos de compras de materiais	Avaliar a possibilidade de implantação de Gerenciamento de Compras diretas com comprovação de notas	Redução de custo para compras de equipamentos	10 a 15%	0	10 a 15%	0
Manutenção preventiva dos equipamentos	Garantir a Aferição dos Equipamentos Antigos e aquisição de materiais de uso diário (perecíveis - Theraband)	100% das unidades equipadas	100%	100%	100%	100%

5.2.2Saúde Bucal

Eixo 1: Eixo: Ações Estratégicas em Saúde Bucal para Atenção Secundária						
Primeira Diretriz	Ampliar o atendimento em Atenção Especializada em Saúde Bucal					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Atendimento Odontológico Infantil integral	Disponibilizar atendimento odontopediátrico no CEO, para crianças de zero a 12 anos, cárie ativas, com dificuldade de comportamento	Serviço implantado	1	1	1	1
	Implantar o CEO, com Odontopediatra integrando a equipe, 40 horas.	Odontopediatra trabalhando 40 horas no CEO	1	1	1	1
Ofertar serviço	Implantar o CEO	Serviço	1	1	1	1

especializado em Endodontia, Periodontia e CBMF		Implantado				
Aumentar o diagnóstico precoce de lesões bucais com potencial cancerizável	Capacitar os Cirurgiões dentistas no reconhecimento desta doença	Número de capacitações ano	1	1	1	1
	Dispor de CD apto a coletar biópsias	Nº de biópsias realizadas	11	12	12	13
	Campanha de Prevenção Câncer Bucal Maio Vermelho	Nº de pessoas examinadas durante a semana da campanha	70	72	74	76
Dar acesso ao atendimento odontológico para pacientes com dificuldade de locomoção	No CEO, com transporte adequado, nos casos de possível deslocamento	Implantar CEO	1	1	1	1
	Atendimento Domiciliar, para aqueles sem condições de locomoção					

5.2. 3 Saúde Mental

Primeira Diretriz	Garantir a estrutura e o funcionamento dos serviços especializados de saúde mental					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Garantir atendimento em saúde mental em conformidade com a lei 10216 de 2001, através da adequação dos CAPS aos requisitos da Portaria 336/2002 e Nota Técnica SES referente à CIB 100/2014	Composição das equipes conforme Nota Técnica da SES +equipes ambulatoriais	Aprovação pela 5ª. CRS do funcionamento dos CAPs e recebimento do incentivo CIB 100	Recebimento do incentivo da CIB 100 pelo CAPS Ad e 2	manter	manter	manter
	Composição das equipes conforme Nota Técnica da SES, considerando para a organização do número de profissionais a demanda atendida pelo município + equipes ambulatoriais					
	Oferecimento das modalidades de tratamento intensivo, semi-intensivo e ambulatorial em todos os 3 CAPS	Registro de procedimento de acolhimento diurno em CAPS na RAAS	Manutenção da quantidade e de registro do ano anterior na RAAS	Aumento de 10%	Aumento de 15%	Aumento de 20%
	Oferecimento das modalidades de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo nos 3 CAPS					
	Fornecimento de alimentação e condições de higiene	Licitação para Alimentação para o ano	Manter fornecimento	manter	manter	manter

	para permanência dos pacientes com transtornos graves e persistentes em Atenção Diária nos 3 CAPS.	conforme demanda dos CAPS				
	Manutenção e aquisição de material para oficinas terapêuticas e de geração de renda nos 3 CAPS	Material disponível	Material disponível	Material disponível	Material disponível	Material disponível
Melhorar a estrutura física e logística dos serviços de saúde mental para oferecer adequado atendimento às demandas	Aquisição de computadores e impressoras, com acesso à internet nas salas de atendimento e de equipe (3 em cada CAPS e 1 para Comunidade Terapêutica Rural)	7 Computadores adquiridos	3	3	1	0
	Aquisição de datashow para CAPS Ad e CAPSi	Equipamento disponível				
	Aquisição de móveis e brinquedos para ambiência do CAPSi	Móveis e brinquedos adquiridos	Busca de recursos	Móveis e brinquedos adquiridos	Móveis e brinquedos adquiridos	Móveis e brinquedos adquiridos
	Aquisição de veículo para os CAPS e Comunidade Terapêutica	Veículo adquirido	Busca de recursos	Veículo adquirido	Manutenção do veículo	Manutenção do veículo

Segunda Diretriz	Garantir e qualificar o atendimento de saúde mental dirigido a pessoas com doença mental e/ou sofrimento decorrente do uso de álcool e/ou drogas no município					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Manter Recurso de Portaria	Reorganização do atendimento da dependência química com reestruturação da equipe	Equipe mínima estabelecida	manter	manter	manter	manter
Garantir a manutenção dos equipamentos de saúde para o cuidado de pessoas em sofrimento decorrente do uso de AD	Manter o funcionamento do CAPS AD dentro das prerrogativas legais da habilitação e da Comunidade Terapêutica Rural de Bento Gonçalves	Procedimentos registrados em RAAS pelo CAPSAD + Relatório de Pacientes da CT	Manter nº de 2017 em RAAS Relatório apresentado	Aumento de 10% nos procedimentos RAAS	Aumento de 15%	Aumento de 20%
Fornecer atendimento resposta a pacientes em situação de vulnerabilidade por abuso de AD (gestante, população em situação de rua)	Diversificar as estratégias de enfrentamento da dependência química de pessoas em situação de vulnerabilidade	Registro de procedimento de redução de danos e de articulação intersetorial na RAAS	Aumento do registro em 10% em relação ao ano anterior	Aumento em 10%	Aumento em 10%	Aumento em 10% e
Promover ações de Reabilitação Psicossocial para pacientes com doença	Proporcionar aulas com educador especializado e inscrição no EJA para internos da Comunidade Terapêutica concluírem	Registro na RAAS de realização de procedimento tipo: ações de	Registro de pelo menos 10 procedimentos RAAS	Aumento de 5% nos procedimentos RAAS em relação	Aumento de 10% nos procedimentos	Aumento de 15%

mental e sofrimento por AD	seus estudos	reabilitação social	em relação ao ano anterior	ao ano anterior	RAAS em relação ao ano anterior	
	Criar parcerias público-privadas e fluxos para reinserção laboral de egressos da Comunidade Terapêutica	Criação do Projeto de Parcerias	Criação do projeto	20% de egressos encaminhados	30% de egressos encaminhados	50% de egresso encaminhados
Qualificar o atendimento e buscar a sustentabilidade da Comunidade Terapêutica Rural de Bento Gonçalves	Buscar recursos federais ou outros para custeio da Comunidade Terapêutica BG	Habilitação da CT BG para recursos federais ou estaduais	Estudos e preparação de documentação	Encaminhamento e habilitação	Recebimento de recurso	Recebimento de recurso
	Ampliar a equipe da CT BG com profissionais de nível superior conforme portaria 131/2012	Profissionais contratados	Reposição de profissionais demitidos	Composição do quadro de 10 monitores	Manutenção de 10 monitores	Manutenção de 10 monitores
	Qualificar a laborterapia na comunidade terapêutica com horto de verduras/legumes e viveiro de flores	Horto e viveiro construídos	Viveiro de flores construído	Horto de legumes construído	Horto e viveiro construídos	Horto e viveiro construídos

Terceira Diretriz	Garantir e qualificar o atendimento de saúde mental infanto- juvenil					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Garantir atendimento em saúde mental infanto-juvenil buscando diminuir internações hospitalares	Manter o funcionamento do CAPS AD dentro das prerrogativas legais da habilitação, com equipe completa + equipe para atendimento ambulatorial	Registro de procedimentos em RAAS	Aumento do registro em RAAS em 10%	Aumento do registro em RAAS em 10%	Aumento do registro em RAAS em 10%	Aumento do registro em RAAS em 10%
Ampliação e qualificação da assistência na saúde mental infantil	Criação de Protocolo Municipal ou Serviço especializado para o atendimento de crianças vítimas de violência CMS D4 ob incluído	Protocolo criado Ou Serviço implantado	Elaboração do Protocolo	Protocolo criado Ou Serviço implantado	Protocolo criado Ou Serviço implantado	Protocolo criado Ou Serviço implantado

Quarta Diretriz	Garantir e qualificar o atendimento de saúde mental na urgência e Emergência					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Qualificar a atenção de urgência e emergência em saúde mental	Realizar capacitação para equipes de AB e CAPs sobre atendimento de emergências psiquiátricas	Capacitação em urgência/emergência para AB e CAPS	Mínimo 1 capacitação/ ano	Mínimo 1 capacitação/ ano	Mínimo 1 capacitação/ ano	Mínimo 1 capacitação/ ano
	Ampliar em mais uma sala de isolamento na UPA para manejo de contenção de pacientes	Sala de isolamento psiquiátrica	Sala de isolamento	Sala de isolamento	Sala de isolamento	Sala de isolamento

	psiquiátricos Melhorar ambiência da sala de observação psiquiátrica da UPA (local de deambulação fechado, TV, jogos, mesa, livros)	Melhoria na sala de observação psiquiátrica executada	Colocação de TV e mesa de jogos, livros	Fechamento de área externa	Ambiência melhorada	Ambiência melhorada
--	---	---	---	----------------------------	---------------------	---------------------

Quinta Diretriz		Reforçar ações de saúde mental nos territórios				
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (meta 21 sispacto)	Realizar 12 ações de matriciamento na atenção básica por CAPS	Nº ações realizadas por CAPS/nº CAPS	66%	100%	100%	100%
Aumentar a resolutividade local dos casos de violência, dependência química e quadros psiquiátricos com vulnerabilidade	Ampliação das microredes de território	Registro de Reuniões de Microrede	6 registros de cada uma das 3 primeiras microredes (Fenavinho, Conceição e Zatt)	6 registros de cada uma das 3 primeiras + 2 novas	6 registros das 5 microredes + 1	6 registros das 6 microredes + 1

5.2.4SAE/CTA

Eixo 1: Ações Estratégicas no Programa de AIDS e Hepatites

Primeira Diretriz

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Manter em ZERO a proporção de casos novos de transmissão HIV para menores de 5 anos	Oferecer antiretrovirais	Nº gestantes tratadas/Nº gestantes infectadas/	100%	100%	100%	100%
Manter atendimentos em relação às hepatites Virais	Seguir com atendimento para casos de Hepatite B e C	Nº pacientes acompanhado s/nº pacientes diagnosticados	100%	100%	100%	100%

Eixo 1: Ações Estratégicas no Programa --Hanseníase e Tuberculose

Primeira Diretriz

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Aumentar a proporção de cura de casos novos de TB bacilífera	Reforçar a busca ativa dos faltosos	Nº casos curados/nº de casos	70%	70%	70%	70%
Manter proporção ANTI-HIV nos casos de tuberculose	Manter oferta dos testes rápidos para HIV no primeiro atendimento	Nº pacientes com TB/nº testes rápidos	100%	100%	100%	100%

Manter cura casos novos de hanseníase	Seguir com avaliação dermatológica para casos novos, incluindo familiares	Nº casos curados/nº casos hanseníase	100%	100%	100%	100%
Manter campanhas de prevenção TB, Hepatites, Sífilis e HIV para populações em geral.	Seguir parceria com a Atenção Básica	Nº campanhas realizadas-				

5.2.5 Urgência e Emergência

O Planejamento de objetivos e metas atende à Política Nacional das Urgências (Lei 8080/90, Lei 10.424/02, as 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 e Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017.

Eixo 1: Ações Estratégicas em Urgência/ Emergência na UPA III e Pronto Atendimento zona Norte	
Primeira Diretriz	Consolidação do modelo de Atenção em Urgência/Emergência no âmbito do SUS, melhorando os indicadores de oferta, cobertura e impacto.

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 e Emergência.
-----------------	---

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Manter cobertura populacional de atendimento	Aumentar atendimento UPA	10.000 atendimentos/mês	10.000	10.000	10.000	10.000
	Manter nº atendimentos no PA Zona Norte	3000 mil atendimentos/mês	3000 mil	3000 mil	3000 mil	3000 mil
Qualificação da assistência e aumento da resolutividade	Adquirir Dosador de gases	Dosador adquirido	Manter	Manter	Manter	Manter
	Instalação aparelho RX digital UPA	RX digital instalado	Manter	Manter	Manter	Manter
	Ampliar em 10% os leitos de Urgência e Emergência	Leitos implantados				
	Qualificar o atendimento pelo sistema de Cores do Ministério da Saúde	nº atendimentos classificados/nº atendimentos	100%	100%	100%	100%
Manter, ampliar e qualificar o atendimento à Exposição de Risco Biológico	Reorganizar processos de trabalho com Protocolos assistenciais	Protocolos implantados	01	01	01	01
Manter padronização nos atendimentos	Instituir protocolos de atendimento médico Adulto e Pediátrico	Protocolos implantados	10	02	02	02
	Instituir protocolos de atendimento em Enfermagem	Protocolos implantados	10	02	02	02
Padronização de Medicamentos	Implantar protocolos clínicos	Implantar protocolos	10	05	05	05

Segunda diretriz- Qualificação profissional para melhorar a qualidade da oferta de serviços

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Padronizar atendimentos	Ofertar capacitação aos profissionais	100% profissionais capacitados	25%	50%	75%	100%
	Ofertar a 100% dos profissionais	100% profissionais capacitados	25%	50%	75%	100%
	Ofertar Capacitação à atenção básica em urgência/emergência	100% Unidades capacitadas	25%	50%	75%	100%
	Implantar apoio matricial em Saúde Mental	Redução nº de evasão na demanda Espontânea	Manter	Manter	Manter	Manter

Eixo 2:		Ações Estratégicas no Serviço Médico de UrgênciaSAMU				
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Padronizar atendimentos	Ofertar capacitação aos profissionais SAMU suporte avançado	100% profissionais capacitados	25%	50%	75%	100%
	Ofertar capacitação aos profissionais SAMU suporte Básico	100% profissionais capacitados	25%	50%	75%	100%
Ampliar a equipe do SAMU da Unidade de Suporte Básico	inclusão de um profissional enfermeiro conforme portaria do Cofen	Aumentar conforme portaria	Manter	Manter	Manter	Manter

Eixo 3:	Eixo 3: Ações Estratégicas no Programa MELHOR em CASA
----------------	--

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Reduzir internações hospitalares	Substituir internações hospitalares por domiciliares	Nº internações domiciliares atendidas pela EMAD	60	60	60	60

5.3 PLANEJAMENTO DAS VIGILÂNCIAS

5.3.1 Vigilância em Saúde do Trabalhador

Objetivo Geral	Eixo: Vigilância em Saúde do Trabalhador					
	Expandir e consolidar a atuação da Vigilância em Saúde do Trabalhador					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Aprimorar os processos de trabalho da Vigilância em Saúde em todas as instâncias de gestão, realizando as ações de interesse comum de forma conjunta	Integração de todas as vigilâncias em saúde	Nº de ações realizadas de maneira integrada	>2/ano	>2/ano	>2/ano	>2/ano
Notificar todos os agravos referentes à saúde do trabalhador, priorizando os acidentes graves e com menores de 18 anos.	Diagnóstico ao longo do tempo da situação da Saúde dos trabalhadores a partir dos registros de agravos relacionados ao trabalho	Taxa de agravos de agravos notificados ≥ 40/10.000	Taxa anual	Taxa anual	Taxa anual	Taxa anual
Ampliar a cobertura da Vigilância das notificações e dos óbitos relacionado ao trabalho	Investigar todos os casos de óbitos relacionados ao trabalho	Percentual de agravos fatais notificados e investigados	95%	95%	95%	95%
	Avaliar as notificações de agravos relacionados ao trabalho	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	95%	95%	95%	95%
Realizar ações de sensibilização permanente, com as equipes de saúde dos diferentes serviços, visando ampliar e qualificar os registros de agravos relacionados ao trabalho	Melhorar a informação sobre a ocorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho	Reduzir em 10% os campos ignorados a cada ano	Redução de 10%/ano	Redução de 10%/ano	Redução de 10%/ano	Redução de 10%/ano
Fornecer suporte técnico para as equipes de saúde abordando os diferentes aspectos da saúde do trabalhador	Qualificar a abordagem das equipes de saúde em temas da saúde do trabalhador	Realizar matriciamento das equipes em temas da ST sempre que solicitado	Contínuo/demanda	Contínuo/demanda	Contínuo/demanda	Contínuo/demanda
Analisar periodicamente os dados produzidos nestes sistemas de informação visando definir prioridades e subsidiar ações de saúde	Utilizar as informações em ST para subsidiar ações de saúde	Analisar anualmente a série histórica dos dados e divulgar publicamente	Análise anual	Análise anual	Análise anual	Análise anual
Realizar atividades de capacitação em temas relacionados à saúde e trabalho	Qualificar a rede SUS para reconhecimento e manejo de casos de ST	Realizar pelo menos duas palestras /ano	2x/ano	2x/ano	2x/ano	2x/ano
Atuar em parceria com o SESMT da Prefeitura promovendo ações conjuntas	Melhorar a Saúde dos Servidores Públicos	Realizar pelo menos uma ação	1x/ano	1x/ano	1x/ano	1x/ano

em saúde do trabalhador	Municipais	conjunta/ ano				
Estimular e divulgar opções de atividades visando prevenir trabalho infantil e proteger o trabalho dos adolescentes	Prevenir o Trabalho Infantil e aumentar a proteção dos adolescentes que trabalham	Publicar e divulgar pelo menos uma vez/ano as opções de contraturno Capacitar equipes de ESF/rede SUS	1 x/ano	1 x/ano	1 x/ano	1 x/ano
Participar de atividades regionais em parceria com CEREST e outras entidades vinculadas à saúde do trabalhador	Fortalecer as estruturas regionais e estaduais de ST	Participar de reuniões mensais do Conselho Gestor e de capacitações do grupo	1x/mês	1x/mês	1x/mês	1x/mês
Contribuir do debate estadual e regional sobre qualificar os sistemas de informação em ST	Melhorar a confiabilidade e tornar acessíveis os dados em ST	Apresentar propostas de melhorias do SIST e SINAN	Contínuo/demanda	Contínuo/demanda	Contínuo/demanda	Contínuo/demanda
Reorganizar os processos de trabalho da Vigilância em Saúde em todas as instâncias de gestão, realizando as ações de forma conjunta	Fortalecer e integrar a atuação da Vigilância em Saúde nos diversos campos de ação	Número de ações realizadas de maneira integrada	1/ano	2/ano	3/ano	4/ano
Ampliar e qualificar a VISAT	Aperfeiçoar os sistemas de informação em ST	Manter atualizados os sistemas de informação em ST (SINAN e SIST) evitando atrasos	mensal	mensal	mensal	mensal
Recompôr a equipe da VISAT, com servidores qualificados e disponibilidade para o setor	Ampliar e qualificar a equipe de profissionais da Vigilância em Saúde do Trabalhador	Recompôr e manter equipe completa, de profissionais concursados. Prever capacitações periódicas da equipe pelo menos duas vezes/ano	Profissional de nível superior 40 h + técnico ou administrativo 40 h	Profissional de nível superior 40 h + outra de 20 h + técnico ou administrativo 40 h	Profissional de nível superior 40 h + outra de 40 h + técnico ou administrativo 40 h	Profissional de nível superior 40 h + outra de 40 h + técnico ou administrativo 40 h
Aperfeiçoar recursos tecnológicos da VISAT	Melhorar as condições de trabalho	Adquirir computador novo com acessórios e softwares atualizados + nobreak	Um computador completo + acessórios + nobreak	-	-	-

5.3.2 Vigilância Epidemiológica

As metas para o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) para a área de vigilância

são estabelecidas pelo Ministério da Saúde, através da Programação das Ações de Vigilância em Saúde, pela Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e pela atual Pactuação Interfederativa 2017-2021

Eixo 1: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)						
1ª Diretriz		Notificação e intervenção nas doenças de Notificação compulsória				
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Encerrar oportuna e adequadamente os casos investigados	Encerrar oportunamente as investigações de agravos compulsórios de notificação imediata de relevância registrados no Sinan	Proporção de casos encerrados	80%	80%	80%	80%
	Encerrar os casos notificados de doenças exantemáticas por critério laboratorial	Proporção de casos encerrados por critério laboratorial	95%	95%	95%	95%
Monitorar a regularidade do envio de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).*	Monitorar a regularidade do envio de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).*	Proporção de casos monitorados	100%	100%	100%	100%
Notificar os casos suspeitos e confirmados de intoxicação por agrotóxicos.	Notificar os casos suspeitos e confirmados de intoxicação por agrotóxicos.	Proporção de casos notificados	100%	100%	100%	100%
Monitorar doenças infectocontagiosas através de diagnóstico laboratorial	Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningite bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imuno eletroforese e látex.	Proporção de casos de meningite com diagnóstico laboratorial	40%	40%	40%	40%
	Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda - PFA.	Proporção de casos de paralisia flácida com amostra de fezes	80%	80%	80%	80%
Monitorar a violência	Implementar unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	Unidade implementada	3	3	3	3

***Ação de alta prioridade**

Eixo 2: Sistema de Informações de Mortalidade						
1ª Diretriz		Manter a qualidade do sistema de informação de Mortalidade				

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Investigação de óbitos	Investigar óbitos maternos	Nº óbitos/nº obitos investigados	100%	100%	100%	100%
	Investigar óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	Nº óbitos/nº obitos investigados	100%	100%	100%	100%
	Investigar óbitos por	Nº óbitos/nº obitos	100%	100%	100%	100%

	Dengue	investigados				
Manter qualidade das informações	Aprimorar a qualidade da classificação da causa básica de óbito no Sistema de Informação sobre Mortalidade – óbitos com causa bem definida-	Nº óbitos/nº obitos com causa básica definida	95%	95%	95%	95%
	Monitorar a regularidade do envio de dados do Sistema de Informação de Mortalidade*	Nº óbitos notificados/nº óbitos enviados	100%	100%	100%	100%
	Coleta semanal de declarações de óbitos	Nº semanas ano/nº coletas	90%	90%	90%	90%

Eixo 3: Sistema de Informações de sobre Nascidos Vivos
1ª Diretriz Manter a qualidade do sistema de informação de Nascidos Vivos

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Manter qualidade do sistema SINASC	Completeness dos campos peso ao nascer, idade gestacional, idade materna, número de consultas de pré-natal	Nº declarações com campos preenchidos/nº declarações nascidos	98%	98%	98%	98%
	Monitorar a regularidade do envio de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos*	Nº declarações enviadas/nº declarações emitidas	100%	100%	100%	100%

*Ação de alta prioridade

Eixo 4: Programa Nacional de Imunizações
1ª Diretriz Garantia de vacinas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Manter Cobertura Vacinal preconizada	Cobertura vacinal das vacinas: pentavalente, pneumocócica 10-v, antipólio e tríplice viral-	Nº crianças na faixa etária vacinadas/ nº crianças na faixa etária	85%	85%	85%	85%
	Cobertura vacinal da vacina da gripe para os grupos prioritários	Nº pessoas nas faixas preconizadas vacinadas/ nº crianças na faixa etária	90%	90%	90%	90%
Manter uniformidade nas informações	Realizar capacitação para os profissionais de saúde na área de imunizações	Capacitação realizada	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano

Eixo 5: Vigilância em Saúde
1ª Diretriz Divulgar as informações em saúde

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Fazer um diagnóstico situacional	Publicar um relatório com análise situacional	1 relatório ano	1	1	1	1

5.3.3Vigilância Sanitária

Eixo 1: Estruturação do Setor de Vigilância**1ª Diretriz** | Manter condições adequadas para execução das Atividades do setor

Objetivo	Meta	Indicador	2017	2018	2019	2020
Adequação a Resolução nº 048/12 – CIB/RS relativo à composição da equipe de Vigilância Sanitária para ampliar e otimizar os serviços administrativos e atendimento aos municípios	Criação de cargo de técnico de nível superior para Fiscal Farmacêutico.	Lei de criação do cargo	0	01	0	0
	Criação de cargo de técnico de nível superior para Fiscal Sanitário “Área da Saúde” (Enfermeiro, Médico e afins).	Lei de criação do cargo	0	01	0	0
	Criação de cargo de técnico de nível superior para Fiscal Sanitário “Área de Alimentos” (Engenheiro de Alimentos, Tecnólogo de Alimentos, Nutricionista e afins).	Lei de criação do cargo	0	01	0	0
	Chamamento dos aprovados em Concurso Público e/ou contratação de assistentes administrativos.	Chamamento no Diário Oficial Eletrônico e/ou celebração de contrato	0	01	0	0
	Chamamento dos aprovados no Concurso Público nº 001/2016, para o cargo de Fiscal Sanitário.	Chamamento no Diário Oficial Eletrônico	01	01	01	0
	Criação de cargo de técnico de nível superior para Fiscal Sanitário com formação em Química ou áreas afins.	Lei de criação do cargo	0	01	0	0
	Concessão de Função Gratificada por Assessoria Técnica de Elevada Complexidade ao Coordenador da Vigilância Sanitária.	Portaria publicada no Diário Oficial Eletrônico	01	0	0	0
	Concessão de Função Gratificada por Assessoria Técnica a servidor indicado pelo Coordenador para trabalhar de forma adjunta ao setor.	Portaria publicada no Diário Oficial Eletrônico	01	0	0	0
Melhorar a capacidade resolutiva da equipe através de melhoria tecnológica, adequação do ambiente e condições de trabalho e formação profissional	Adquirir computadores tecnologicamente mais modernos.	Licitação/ Empenho	01	01	01	01
	Adquirir HDs externos.	Licitação/ Empenho	01	0	0	0
	Adquirir Pendrivers.	Licitação/ Empenho	01	02	01	01
	Adquirir Nobreaks.	Licitação/ Empenho	01	01	01	01
	Adquirir Notebooks.	Licitação/ Empenho	0	01	0	0
	Adquirir tablets.	Licitação/ Empenho	01	0	0	0
	Adquirir programas do pacote Office Professional.	Licitação/ Empenho	01	01	01	01

Adquirir equipamentos e mobiliários diversos.	Licitação/ Empenho	01	01	01	01
aquisição de aparelhos de GPS para uso dos fiscais durante as vistorias	Licitação/ Empenho	0	02	0	0
Adquirir aparelhos celulares	Licitação/ Empenho	01	0	0	0
Participação em congressos, palestras, reuniões, cursos, seminários e afins	Comprovante de participação	05	05	05	05
Manutenção e Conservação das viaturas	Viaturas em pleno funcionamento	100%	100%	100%	100%

Eixo 2: Promoção a saúde**1ª Diretriz** Educação em saúde para a comunidade e setor regulado

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Educação em saúde para comunidade	Divulgação de ações e campanhas de Vigilância Sanitária em mídia local	Divulgação em mídia	01/ano	01/ano	01/ano	01/ano
	Aquisição de impressos, folders, faixas e outros materiais de divulgação	Licitação/ Empenho	01	01	01	01
	Formular/adquirir material orientativo escrito	Material disponível	2	2	2	2
	Firmar parcerias com setores internos e externos para formulação de treinamentos		01	01	01	01
	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias ao municípios no ano	6 grupos ano	6	6	6	6
Educação em saúde para setor regulado	Manter capacitação trimestral para setor regulado	4 capacitações/ ano	4	4	4	4

5.3.4 Vigilância Ambiental

Eixo 1:	Vigilância da qualidade de água para consumo humano
1ª Diretriz	Manter a qualidade da água

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Reduzir a transmissão de doenças de veiculação hídrica	Análise de água de soluções alternativas (poços)	Nº amostras ano	252	252	252	252
	Investigação de surtos de doenças relacionados ao consumo de água	Nº de casos investigados/nº de casos	100%	100%	100%	100%
	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Nº análises/nº amostras	100%	100%	100%	100%
Eixo 2:	Vigilância de vetores					
1ª Diretriz	Vigilância do Aedes para controle da dengue, chikungunya, zika vírus e febre amarela					

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Reduzir a transmissão de doenças	Controle e combate ao aedes	Nº estabelecimentos visitados	165000	210000	210000	210000
	orientações a população em áreas de foco	Nº pessoas orientadas	165000	210000	210000	210000
		Nº de visitas em pontos estratégicos	1200	1200	1200	1200
		Nº de ciclos ano	6	6	6	6

2ª Diretriz	Vigilância e controle do borrachudo
--------------------	--

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Reduzir a quantidade de borrachudos	Análise da vazão dos cursos d'água para posterior aplicação do BTI	Nº de análises de vazão	24	24	24	24
	distribuição de material educativo	Nº material confeccionado e distribuído	500	500	500	500
	realização de palestras nas comunidades do interior	Nº palestras realizadas	4	4	4	4
	projetos de reflorestamento das margens de riachos		100	200	300	500
	repovoamento dos riachos com peixes		0	2000	5000	10000

3ª Diretriz	vigilância do barbeiro
--------------------	-------------------------------

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Mapeamento do município e identificação da presença do inseto	instalação de postos de informação de triatomídeos (barbeiros) no interior	Nº postos de informação	1	2	3	4

Eixo 3:	Controle de população animal
----------------	-------------------------------------

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Redução da população animal de rua	orientação de professores da rede municipal e estadual a sobre posse responsável de animais de estimação	Nº professores orientados	150	150	200	200
	encaminhamento de animais (cães e gatos) de populações de baixa renda para castração	Nº animais castrados	1000	1000	1000	1000
	palestras em escolas sobre posse responsável e distribuição de material educativo.	Nº palestras realizadas	50	50	50	50

Eixo 4:	Controle de animais peçonhentos e outros
----------------	---

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Identificação de animais peçonhentos	Coleta de animais peçonhentos e envio para laboratório para identificação	Nº animais coletados	100%	100%	100%	100%
	Distribuição de material educativo e orientações a população em geral	Nº de materiais entregues	200	200	200	200
Identificação e controle de doenças transmissíveis	Coletar carrapatos sempre que acionados	Nº coletas ano	100%	100%	100%	100%
	encaminhamento de amostras animais mortos (cães e gatos)	Coletar e enviar sempre que necessário	100%	100%	100%	100%
	atendimento de denúncias de criação animal em área urbana	Sempre que necessário	100%	100%	100%	100%

5.4 REGULAÇÃO

Diretriz	Eixo: Atenção média e alta complexidade na Saúde
Objetivo Geral	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.

Eixo 1	Oferta de exames diagnósticos					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Acesso ao diagnóstico	Oferecer exames de laboratório	nº de Exames de Laboratório – Serviço Comprado	8299	8399	8499	8599
		Nº de Exames de Laboratório – Serviço SUS	191380	191480	191580	191680
		Nº de Exames de Laboratório - Contratualização	44187	44287	44387	44487
		Nº de Exames de Laboratório - Serviço SUS	15504	15604	15704	15804
	Oferta de exames e RX	Nº de Exames de Imagem -	11182	11282	11382	11482
	Oferta de RX odontológico	Nº Rx odontológico	3319	3419	3519	3619
	Mamografias Clínica CVD	Nº mamografias	4991	5491	5991	6491
	Exames (ECG c/ laudo, Mapa, Holter, Ecocardiograma transtorácico, transesofágico e com stress farmacológico, Teste Ergométrico, Cintilografia,	Nº de Exames de Imagem Serviço Comprado	5564	5664	5764	5864

	Eletroencefalograma sono /vigília, Ultrassonografia, Ressonância Magnética, Tomografia, Angiotomografia, EDA, Colonoscopia					
	Ofertar exames de diagnóstico de oftalmologia	Nº pacientes atendidos com exames realizados	300	300	300	300

Eixo 2		Oferta de consultas especializadas				
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Oferta de serviço especializado	Oferta de consultas nas especialidades	Nº de Consultas com Especialistas médicos	2398	2498	2598	2698
		Serviço Comprado				
		Nº atendimentos Odontológicos Pacientes Especiais	996	1096	1196	1296
	Consultas especializadas em oftalmologia	Nº consultas	5200	5300	5400	5500

Eixo 3		Demanda Reprimida				
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Reduzir a demanda reprimida	Aumento gradativo de oferta de consulta especializada	Nº de Pessoas na espera Consultas Especializadas Serviço Comprado	1100	1000	900	800
		Nº de Pessoas na espera Consultas Especializadas Serviço SUS local	7021	6921	6821	6721
		Nº de Pessoas na espera Exames Comprados	1958	1858	1758	1658

5.5 AUDITORIA

Eixo 1:	Aumentar as áreas de ação da Auditoria
1ª Diretriz	Garantia do serviço de Auditoria no SUS

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Qualificação profissional do setor	Contratação de um ax. administrativo	Profissional atuando	x	x	x	x
	Contratação de um enfermeiro	Profissional atuando	x	x	x	x
	Contratação profissional auditor contábil	Profissional atuando	x	x	x	x
Auditoria da Atenção Básica	Implementar a auditoria na atenção básica	Auditoria implantada	x	x	x	x
Redução de custos e aumento da efetividade	controle dos exames gerados pela atenção básica de saúde	Controle de exames implantado	x	x	x	x

5.6 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Eixo: Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

Objetivo Geral	Ampliar a política municipal de assistência farmacêutica
Primeira Diretriz	Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS

Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Possuir uma CAF (Central de abastecimento farmacêutico) que atenda a demanda e os requisitos técnicos de armazenamento	Construção de uma nova CAF	Implantação do novo local.	Apresentação do projeto e estudo para a implantação	Implantação	Implantado	Implantado
Adequação à exigência do Ministério da Saúde	Implantação da farmácia interna da UPA 24h	Percentual de implantação/tempo de funcionamento por dia	50%	100%	100%	100%
Melhorar o atendimento à população	Reforma das Farmácias da Unidade Central e Zona Sul	Percentual das reformas concluída	50% 1 unidade	50% 1 unidade	100%	100%
Melhorar o acesso da população aos medicamentos básicos e especializados	Fornecer fitas para teste de glicemia e insulinas em todas as farmácias que possuem farmacêutico	Número de novas farmácias que fornecem fitas e insulinas	1	1	manter	manter
Aumentar os pontos de oferta de antibióticos e controlados	Implantar farmácias com farmacêutico em US	Nº de novas farmácias com farmacêutico	1	1	manter	manter
Ampliar o atendimento farmacêutico	Contratação de farmacêutico volante; farmacêutico para o SAE e farmácia interna UPA	Número de novas horas contratadas de farmacêuticos	100	40	Manter	manter
Promover campanha para uso racional de medicamentos	Desenvolvimento de projetos nas farmácias para orientar o público sobre a conscientização do uso correto de medicamentos	Número de projetos implementados nas farmácias do município	1	1	1	1
Manutenção da Assistência Farmacêutica	Manter a disponibilidade de medicamentos	Nº de unidades de medicamentos distribuídos	26.500.000	27.000.000	27.500.000	28.000.000

5.7 CIRURGIAS ELETIVAS

CIRURGIAS ELETIVAS DE BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE

Objetivo Geral	Reabilitação através da oferta de procedimentos cirúrgicos de baixa e média complexidade					
Primeira Diretriz	Cirurgias eletivas de média complexidade e nível hospitalar					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Reabilitação do paciente	Aumentar o nº de	Aumento de 5% ao	300	315	331	350

através de procedimento cirúrgico de média complexidade	cirurgias eletivas	ano				
---	---------------------------	-----	--	--	--	--

Segunda Diretriz	Cirurgias eletivas de baixa complexidade em nível ambulatorial					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Realizar procedimentos ambulatoriais	Realização de procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade	Nº procedimentos realizados	12500	12500	12500	12500

Terceira Diretriz	Cirurgias eletivas de alta complexidade em nível ambulatorial					
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Redução da mortalidade por DANTS	Melhorar o acesso aos procedimentos de alta complexidade em IAM e AVC	/Nº pacientes atendidos/Nº pacientes que necessitam de intervenção				

5.8 EDUCAÇÃO PERMANENTE

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE						
Objetivo Geral	Investir em qualificação dos 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	2018	2019	2020	2021
Construir a Educação Permanente a partir das necessidades dos trabalhadores e dos serviços.	Organizar 01 levantamento anual aos funcionários da SMS sobre necessidades de capacitação	Nº questionários respondidos / nº total de funcionários da SMS-BG	1	1	1	1
	Capacitações baseadas no levantamento das necessidades dos colaboradores da Saúde (25%), das coordenações (25%), do tema ano (25%) e demanda estadual e federal (25%).	Nº de participantes /Nº de horas de capacitações* x 100 *capacitações por área temática prioritária	500h/capac/ano, sendo 25% Tema Ano: ISTs (Infecções Sex. Transmissíveis)	500h/capac/ano, sendo 25% Tema ano: DANTS (ênfase Doenças Cardiovascular)	500h/capac/ano, sendo 25% Tema ano: VIOLÊNCIAS	500h/capac/ano, sendo 25% Tema ano: Saúde do Trabalhador
Aumentar a resolutividade dos serviços a partir da qualificação dos profissionais do SUS	Participar em 80%, a 90% das ações realizadas e pactuadas na CIR e CIB/estado e Ministério da Saúde	Nº de ações realizadas e/Nº de participações X 100	80%	82%	85%	90%
	Cursos de especialização/mestrado e/ou doutorado presencial ou EAD/Educação profissionalizante, em parceria com a EPS regional e nacional (5 func. Técnicos de Enf estão realizando Pós em Urgência e Emergência 2017-2)	40 novos profissionais especializados até 2021 (5 iniciados em 2017- 2 pós urgência p Téc. Enf). 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
	Incentivar					

	permanente o uso do telessaúde					
	Realizar 02 módulos anuais do Introdutório (1 nível superior de 40h 1 para ACS de 40h).	2 módulos ano	2	2	2	2
	Capacitar funcionários a partir dos protocolos assistências MS (Ex. Classificação de Risco da gestante, Sistema de cores na urgência, etc) e Humaniza-SUS	Nº de capacitações ano	1	1	1	1
	Fomentar e organizar capacitações nos locais de trabalho baseadas na necessidade	Organizar 5 temas ano nos locais de trabalho	5	5	5	5
Planejar e Avaliar com setores e coordenações dos programas da SM S necessidades de capacitações, eventos, através da análise de indicadores locais de saúde.	Assessorar no Planejamento, organização e avaliação de eventos educativos conforme necessidade de cada setor/Programa de Saúde	1 Encontro anual com coordenadores dos setores/Programas	1 Seminário ou Simpósio /Ano 05 Oficinas ano	2 Seminário ou Simpósio /Ano 06 Oficinas ano	2 Seminário ou Simpósio /Ano 08 Oficinas ano	3 Seminário ou Simpósio /Ano 10 Oficinas ano
Acolher, avaliar locais de estágio e acompanhar a inserção dos estagiários na SMS/BG	Controle e acompanhamento de dos estagiários por cursos e instituições.	Nº estagiários acompanhados/nº estagiários semestre	100%	100%	100%	100%
Acolher todos os Colaboradores novos na SMS-BG	Realizar Encontros de Acolhimentos aos novos colaboradores	Nº de participantes/Nº de ingressos	2	2	2	2
Manter Secretaria executiva do Numesc para planejamento da Educação Permanente	Reunião Mensal	1 encontro mensal	12	12	12	12

Segunda Diretriz	Contribuir na organização da educação em saúde da comunidade, estagiários e conselho Municipal de Saúde					
Planejar, Auxiliar e certificar as oficinas de trabalho da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil nas Unidades de Saúde (EAAB)	Realização de 02 oficinas por ano para novos funcionários	Realizar 2 oficinas ano	2 Oficinas	2 Oficinas	2 Oficinas	2 Oficinas
Apoiar o Conselho de Saúde na organização de seus eventos	Certificar os eventos	Nº eventos/nº de eventos certificados	60%	65%	70%	75%
Apoiar as US Saúde na organização de seus eventos	Certificar as Capacitações	Nº eventos/nº de eventos certificados	60%	65%	70%	75%
Fomentar ações do GRAM – Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno	Encontros Mensais do GRAM Organizar atividades de capacitação funcionários da saúde	Encontro mensal do GRAM	1	1	1	1

5.9 GESTÃO DOS TRABALHADORES DO SUS

Qualificação e fixação profissional						
Objetivo Geral						
Primeira Diretriz						
Objetivo Específico	Meta	Indicador	2018	2019	2020	2021
Manter a continuidade do cuidado	Ampliar o percentual de trabalhadores com vínculo protegido	Nº trabalhadores com vínculo protegido/nº trabalhadores do SUS	50%	60%	63%	65%
Ter espaços formais de discussão entre gestão e trabalhadores	Discutir vínculos, planos de carreira, etc..	Reuniões anuais	1	1	1	1
Incentivos financeiros por meritocracia	Implantar Incentivo PMAQ conforme pontuação	Lei de incentivo criada	manter	manter	manter	manter
	Uso exclusivo das FGs para coordenações técnicas	Numero Fgs/Nº Fgs de coordenadores	?	?	?	?
	Coordenações técnicas valorizadas com recebimento de FGs	Nº de coordenadores/nº coordenadores com FGs	50%	ver	ver	ver
Fixação dos profissionais na Atenção Básica	Incluir Técnicos de Enfermagem no Incentivo	Criação de Lei				
	Aumentar o valor do incentivo financeiro aos profissionais do ESF	Aumento no valor do incentivo financeiro	Projeto de Lei implantado	Manutenção	Revisão de valores	Revisão dos valores
	Criar projeto de lei para bonificação aos profissionais das equipes vinculadas ao PMAQ	Criação da Lei	Fazer projeto	Instituir incentivo		
	Incluir Auxiliar de Saúde Bucal no incentivo	Criação de lei				