

# PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE



**PREFEITURA DE  
GRAVATAÍ**

2018 / 2021



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE | GRAVATAÍ | 2018 - 2021

## GESTORES MUNICIPAIS

Marco Aurélio Soares Alba

Prefeito Municipal

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Laone Pinedo Guimarães

Secretário Municipal da Saúde

Altair Machado

Presidente do Conselho Municipal da Saúde

## AUTORES DESTE PLANO

Equipe técnica e gestores da SMS



|   |    |
|---|----|
| <b>Sumário</b>  |    |
| 1 ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO .....  | 7  |
| 1.1 APRESENTAÇÃO .....  | 7  |
| IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL .....   | 8  |
| 1.2.1 População .....   | 9  |
| Fonte: Censo IBGE 2010.....   | 10 |
| 1.2.3 Educação .....  | 11 |
| 1.2.4 Renda .....   | 13 |
| Fonte: Censo IBGE 2010.....   | 14 |
| 1.2.5 Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil (IDHM).....  | 15 |
| Estrutura Sanitária e Habitação.....  | 15 |
| 1.3 ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO À SITUAÇÃO DA SAÚDE DO<br>MUNICÍPIO .....                        | 19 |
| 1.3.1 Taxa de Natalidade .....  | 19 |
| 1.3.2 Mortalidade Geral por Sexo .....  | 19 |
| 1.3.3 Mortalidade Infantil .....  | 19 |
| 1.3.4 Mortalidade Materna.....  | 20 |
| 1.3.5 Morbidade Hospitalar .....  | 20 |
| 1.3.6 Morbidade SINAN.....  | 26 |
| 1.3.7 Série Histórica dos Indicadores .....   | 48 |
| 1.3.8 Imunizações.....  | 49 |
| 1.4 ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE E<br>LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS PRIOTIRÁRIOS..... | 52 |
| 1.4.1 Estrutura Organizacional da SMS e Serviços .....  | 52 |
| Fonte: SMS – 2017 .....   | 52 |
| 1.4.2 Atenção Básica .....  | 52 |



|  |     |
|--|-----|
| 1.4.3 Atenção Especializada, Núcleos de Apoio Estruturados e Redes de Atenção      | 65  |
| 1.5 ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO DE SAÚDE E LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS PRIORITÁRIOS | 170 |
| 1.5.1 Gestão Administrativa  | 170 |
| 1.5.2 Gestão de Recursos Humanos   | 190 |
| 1.5.3 Departamento de Regulação e Atenção a Saúde                                  | 208 |
| 1.5.4 Auditoria  | 215 |
| 1.5.5 Ouvidoria  | 216 |
| 1.6 Controle Social (Inserido pelo Resolução 10/2017)                              | 217 |
| 2 COMPROMISSO DA GESTÃO  | 220 |
| 2.1 ATENÇÃO BÁSICA   | 220 |
| 2.2 REDE CEGONHA   | 227 |
| 2.2.1 BEBÊ SAÚDE - PIM   | 233 |
| 2.3 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – RUE                               | 234 |
| 2.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL   | 236 |
| 2.5 REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS                       | 239 |
| 2.8 SAÚDE BUCAL  | 246 |
| 2.13 ADMINISTRATIVO  | 261 |
| 2.14 CENTRAL DE COMPRAS  | 262 |
| 3 RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO PLANO:   | 285 |
| 4 HOMOLOGAÇÃO  | 285 |
| ANEXO 1 – Fluxos da SMS  | 286 |
| 1.1 ADMINISTRATIVO   | 286 |
| 1.1.1 Requisições Ao Compras   | 286 |
| 1.1.2 Contrato de Prestação de Serviços  | 287 |
| 1.1.3 Atas de Registro de Preços   | 287 |
| 1.1.4 Solicitação ao Compras / Nota de Reserva                                     | 288 |



|   |     |
|---|-----|
| 1.1.5 Emissão de Empenhos .....   | 288 |
| 1.1.6 Notas Fiscais de Contrato.....  | 289 |
| 1.1.7 Notas Fiscais Farmácia e Almojarifado .....                                       | 289 |
| 1.1.8 Notas Fiscais Empenhos Judiciais.....   | 290 |
| 1.1.9 Notas Fiscais Empenhos Avulsos.....   | 290 |
| 1.1.10 Requisições ao Almojarifado.....   | 290 |
| 1.1.11 Adiantamento .....   | 291 |
| 1.1.12 Prestação de Contas de Adiantamento.....   | 291 |
| 1.1.13 Notificações.....  | 292 |
| 1.1.14 Solicitação de Adendos Contratuais .....   | 292 |
| 1.1.15 Recebimento do Adendo .....  | 292 |
| 1.1.16 Devolução de Recursos ao Fundo Municipal.....                                    | 293 |
| 1.1.17 Atas Empenhos Materiais Manutenção.....  | 293 |
| 1.1.18 Outras Atividades .....  | 293 |
| 1.1.19 Solicitação de Diárias.....  | 293 |
| 1.1.20 Prestação de Contas de Diárias.....  | 294 |
| 1.1.21 Análise de Documentos de Pregões.....  | 294 |
| 1.2 REDE CEGONHA.....   | 295 |
| 1.2.1 Bebê Saúde.....   | 295 |
| 1.2.2 Especialidades Pediátricas .....  | 296 |
| 1.2.3 testes de triagem recém nascido .....   | 299 |
| 1.2.4 Fluxos de Ginecologia .....   | 301 |
| 1.3 POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL .....   | 306 |
| 1.3.1 Fluxos das atividades coletivas da saúde bucal do município .....                 | 307 |
| 1.3.2 Fluxo assistencial do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) municipal..... | 308 |
| 1.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....  | 309 |
| 1.5 CENTRO DE NUTRIÇÃO E QUALIDADE DE VIDA - CENQ .....                                 | 315 |
| 1.6 SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA – SAE.....                                     | 317 |



|  |     |
|--|-----|
| ANEXO 2 - REMUME 2017.....   | 318 |
| ANEXO 3 - Relatório de Propostas da 5ª Conferência .....   | 325 |
| ANEXO 4 - Relatório Final 1ª Conferência Municipal de Saúde das Mulheres –<br>Gravataí-RS (Inserido Resolução CMS 10/2017) .....   | 333 |
| ANEXO 5 - Relatório Final da I Conferência Municipal de Vigilância em Saúde do<br>município de Gravataí para Política Estadual e Nacional (Inserido Resolução CMS 10/2017).<br>..... | 337 |



# **1 ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO**

## **1.1 APRESENTAÇÃO**

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento que 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 do Conselho Municipal de Saúde e levando em consideração às Conferências Municipais de Saúde.

O PMS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), se consolidando como fundamental instrumento de planejamento.

O Plano Municipal de Gravataí apresenta as diretrizes, objetivos e metas para a Gestão de Saúde 2018 a 2021 tendo como base as orientações da Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 que estabelece o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde. Foi elaborado pela equipe técnica e coordenações de setores, departamentos e serviços da SMS, considerando a realidade e necessidades do município através da análise epidemiológica, estrutural e financeira, bem como as propostas da última Conferência Municipal da Saúde realizada nos dias 26 e 27 de Junho de 2015 (documento em anexo) e utilizando as informações dos relatórios de gestão anteriores.

Este plano apresenta inicialmente uma breve análise situacional, proporcionando informações gerais com a identificação do município e das condições de saúde da população gravataiense. Num segundo momento, são apresentadas a organização, funcionamento e as estruturas das redes de assistência e de gestão com levantamento e identificação dos problemas e necessidades prioritárias por rede/setor. Por fim, respondendo às propostas do Controle Social, através da Conferência Municipal e aos problemas levantados nas redes e análises, são apontados os compromissos da gestão através das diretrizes, objetivos e metas assumidas para o período de 2018 – 2021, podendo ser ajustados às necessidades que surgirem no decorrer do período.

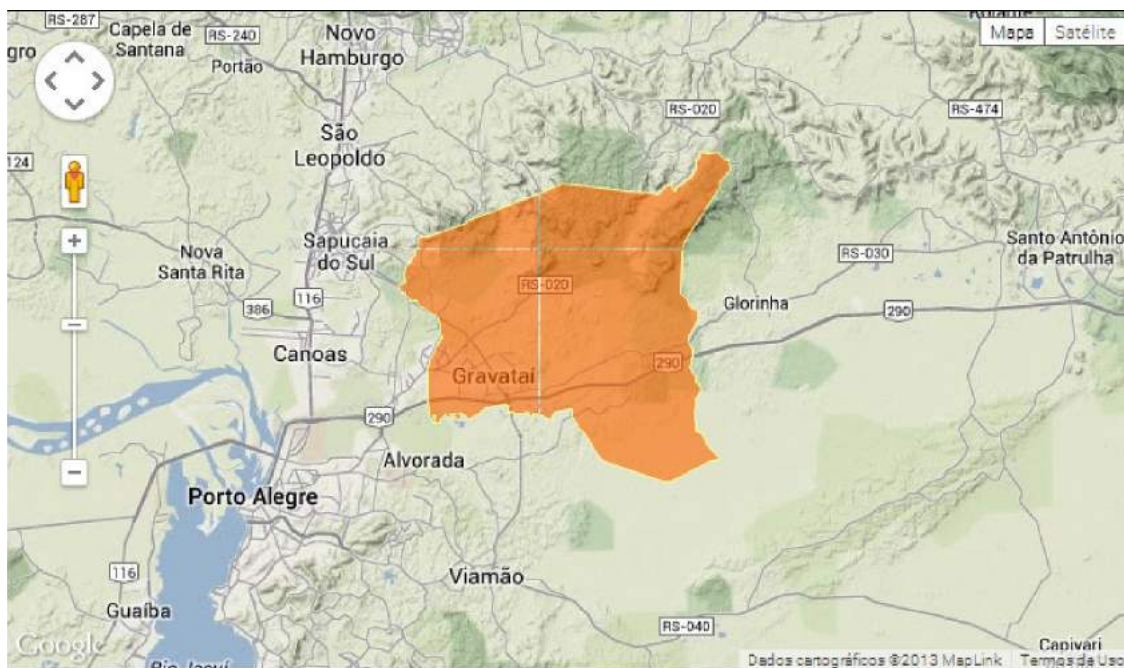


A operacionalização deste plano dar-se-á ao longo dos próximos quatro anos, mediante a Programação Anual de Saúde (PAS) nas quais serão definidas as ações e atividades específicas de cada nível de atenção, obedecendo aos blocos de financiamento do SUS e a Lei Orçamentária Anual (LOA) do município.

## IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL

O município de Gravataí faz da 10ª Região de Saúde, que reúne os cinco municípios do Vale do Gravataí e a Capital Porto Alegre. A região é coordenada técnica e administrativamente pela 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul – 2ª CRS, que também é responsável pelos dezenove municípios da 9ª Região de Saúde, com os municípios da região carbonífera e costa doce. Gravataí possui uma área de 497,82 km<sup>2</sup>, localizada 22 km a noroeste da Capital Porto Alegre, tendo as rodovias BR 290 e RS 020, 030 e 118 como principais vias de acesso, e limitando-se ao norte com os municípios de Novo Hamburgo e Taquara, ao leste com Glorinha, e a oeste com Cachoeirinha e Sapucaia do Sul.

Figura 1: Posicionamento Geográfico do Município.







Fonte: IBGE.

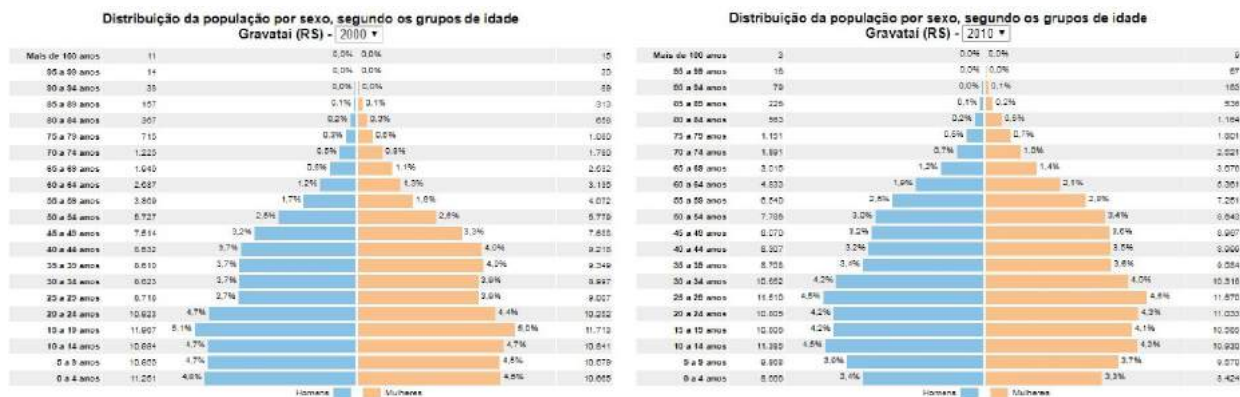
### 1.2.1 População

O Censo IBGE 2010 verificou uma população de 255.660 habitantes, com uma estimativa de 275.146 habitantes para o ano de 2017. Apontou ainda, que 243.497 moradores de Gravataí vivem na zona urbana, 95,24. A cor branca foi declarada por 204.506 habitantes, 88,15% conforme censo 2000. Nos dados da população por sexo, é possível avaliar que o número de mulheres é maior do que o número de homens, atingindo 51,15%.

Em Gravataí, 32,32% da população possuem entre 20 e 39 anos. No entanto, se compararmos os dados do censo IBGE de 2000 com os dados de 2010, a população acima de 60 anos foi a que teve o maior crescimento nos últimos dez anos, ou seja, um aumento de 61,35%, indicando um aumento da expectativa de vida.

O Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil demonstra a esperança de vida ao nascer passou de 70 anos em 1991 para 76,7 anos em 2010 em Gravataí, enquanto no Brasil é de 73,9 anos.

Figura 2: Pirâmide de distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade



2001-2010

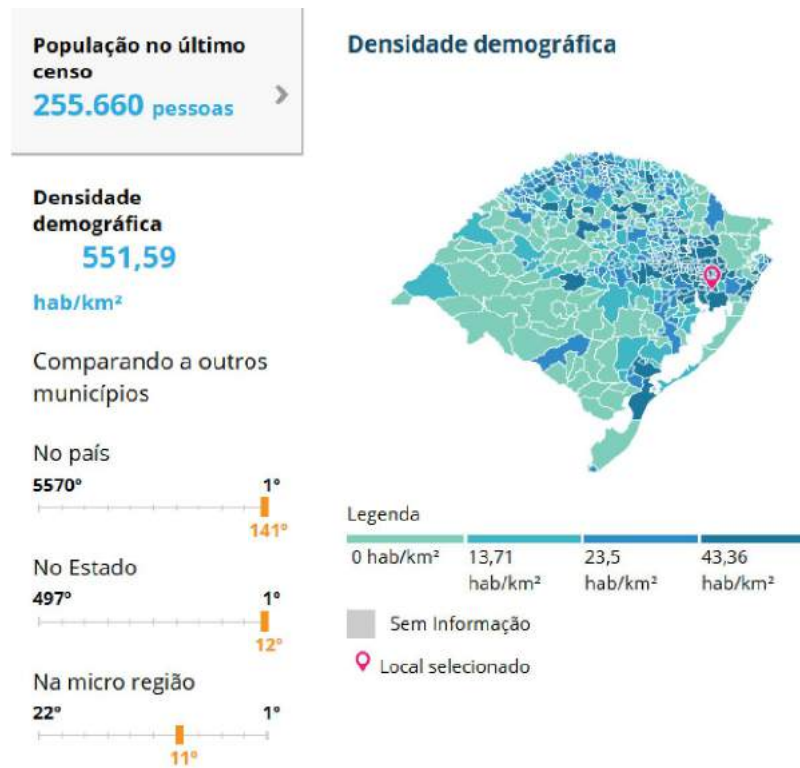
Fonte: Censo IBGE 2010.



### 1.2.1.1 Densidade Demográfica

A densidade demográfica de Gravataí é de 551.59 habitantes por km<sup>2</sup>. No país, se encontra na 141ª posição de maior densidade. No estado, é a 12ª.

Gráfico 1: Gráfico de comparação de Densidade Demográfica



Fonte: Censo IBGE 2010.



### 1.2.3 Educação

Tabela 1: Dados da Rede de Ensino de Gravataí.

| Escolas            | Municipais | Estaduais | Particulares | Instituto Federal | Ent. de Ass. Social na área da Educação | Total |
|--------------------|------------|-----------|--------------|-------------------|---|-------|
| Educação Infantil  | 12         | -         | 14           | -                 | 21                                      | 47    |
| Ensino Fundamental | 63         | 11        | 13           | -                 | -                                       | 87    |
| Ensino Médio       | 01         | 14        | 08           | -                 | -                                       | 23    |
| Ensino Técnico     | -          | -         | 09           | 01                | -                                       | 10    |

\*O Ensino Superior é ofertado por três instituições privadas.

Fonte: SMED - 2017

Tabela 2: Taxa de Alfabetização

| TAXA DE ALFABETIZAÇÃO DAS CRIANÇAS QUE CONCLUÍRAM O 3º ANO DO ENSINO FUNDAMENTAL |       |       |                  |          |
|--|-------|-------|------------------|----------|
| BR   | SUL   | RU    | REG. MET. DE POA | GRAVATAÍ |
| 97,6%  | 98,9% | 98,9% | 93,3%            | 90%      |

Fonte: Estado, Região e Brasil- IBGE – PNAD 2013

Fonte: Município e Mesorregião – IBGE – Censo Populacional 2010

Tabela 3: Taxa de Escolarização

| TAXA DE ESCOLARIZAÇÃO LÍQUIDA NO ENSINO MÉDIO DA POPULAÇÃO DE 15 A 17 ANOS |       |       |                  |          |
|--|-------|-------|------------------|----------|
| BR   | SUL   | RU    | REG. MET. DE POA | GRAVATAÍ |
| 55,3%  | 59,6% | 55,5% | 46,5%            | 50%      |

Fonte: Estado, Região e Brasil- IBGE – PNAD 2013

Fonte: Município e Mesorregião – IBGE – Censo Populacional 2010



Tabela 4: Taxa de Rendimento/Estadual

| TAXAS DE REDENDIMENTO - REDE ESTADUAL – GRAVATAÍ ANO 2012 |           |       |            |       |          |       |
|---|-----------|-------|------------|-------|----------|-------|
| SÉRIE/ ANO  | APROVAÇÃO |       | REPROVAÇÃO |       | ABANDONO |       |
|   | URBANA    | RURAL | URBANA     | RURAL | URBANA   | RURAL |
| 1ª/2º EF  | 99,70     | 97,50 | 0,10       | 0,00  | 0,10     | 2,50  |
| 2ª/3º EF  | 84,70     | 82,10 | 15,20      | 15,40 | 0,10     | 2,50  |
| 3ª/4º EF  | 91,10     | 90,00 | 8,70       | 8,60  | 0,20     | 1,40  |
| 4ª/5º EF  | 88,30     | 94,70 | 11,60      | 3,80  | 0,10     | 1,50  |
| 5ª/6º EF  | 66,90     | 63,80 | 30,50      | 33,20 | 2,60     | 3,10  |
| 6ª/7º EF  | 71,00     | 70,90 | 27,80      | 22,70 | 1,20     | 6,40  |
| 7ª/8º EF  | 71,20     | 76,80 | 26,20      | 9,20  | 2,50     | 3,90  |
| 8ª/9º EF  | 77,00     | 75,10 | 20,30      | 8,80  | 2,70     | 6,10  |
| 1º EM   | 57,30     | 78,60 | 27,40      | 9,70  | 15,40    | 11,70 |
| 2º EM   | 75,00     | 80,60 | 16,30      | 10,40 | 8,70     | 9,00  |
| 3º EM   | 85,00     | 84,00 | 7,40       | 5,00  | 7,60     | 11,00 |

Fonte: INEP – Censo Escolar 2012

Tabela 5: Taxa de Rendimento/Estadual

| TAXAS DE REDENDIMENTO - REDE ESTADUAL – GRAVATAÍ ANO 2012 |           |        |            |       |          |       |
|---|-----------|--------|------------|-------|----------|-------|
| SÉRIE/ ANO  | APROVAÇÃO |        | REPROVAÇÃO |       | ABANDONO |       |
|   | URBANA    | RURAL  | URBANA     | RURAL | URBANA   | RURAL |
| 1ª/2º EF  | 98,20     | 99,30  | 1,40       | 0,70  | 0,50     | 0,00  |
| 2ª/3º EF  | 82,90     | 77,80  | 16,30      | 18,60 | 0,80     | 3,60  |
| 3ª/4º EF  | 88,30     | 87,20  | 10,70      | 12,20 | 1,00     | 0,70  |
| 4ª/5º EF  | 88,50     | 90,80  | 10,30      | 5,30  | 1,10     | 3,80  |
| 5ª/6º EF  | 70,10     | 71,20  | 27,20      | 21,20 | 2,70     | 7,60  |
| 6ª/7º EF  | 70,10     | 77,00  | 26,10      | 18,00 | 3,80     | 4,90  |
| 7ª/8º EF  | 75,40     | 80,40  | 21,80      | 14,30 | 2,80     | 5,40  |
| 8ª/9º EF  | 83,30     | 100,00 | 13,70      | 0,00  | 3,00     | 0,00  |
| 1º EM   | 50,90     | -      | 32,30      | -     | 16,80    | 50,90 |



|       |       |   |       |   |       |       |
|-------|-------|---|-------|---|-------|-------|
| 2º EM | 35,30 | - | 25,80 | - | 20,90 | 53,30 |
| 3º EM | 56,20 | - | 32,10 | - | 11,70 | 56,20 |

Fonte: INEP – Censo Escolar 2012

### 1.2.4 Renda

A média de renda salarial do gravataiense é de 3,1 salários mínimos. No ranking do país, se encontra em 176º, enquanto no do estado, está em 14º. Na microrregião, é o 5º município com mais renda.

Gráfico 2:  
de salário médio

Salário médio mensal dos trabalhadores formais

**3,1 salários mínimos**

Comparando a outros municípios



[Acessar página de ranking](#)

Salário médio mensal dos trabalhadores formais

Comparação  
mensal



Legenda

0 salários mínimos    2 salários mínimos    2,2 salários mínimos    2,5 salários mínimos

Sem Informação

Local selecionado



**Fonte: Censo IBGE 2010**

Eram, 60.449 pessoas ocupadas no último Censo do IBGE (2010), totalizando 22,2% da população e garantindo o 122º lugar no país e 9º no estado.

Gráfico 3:  
pessoas ocupadas

Salário médio mensal dos trabalhadores formais  
**3,1 salários mínimos**

**Pessoal ocupado**  
**60.449**

pessoas

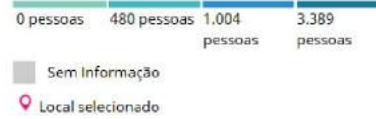
Comparando a outros municípios



**Pessoal ocupado**



Legenda



Comparação de  
do RS



Fonte: Censo IBGE 2010

### **1.2.5 Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil (IDHM)**

Estas informações servem de base para determinar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM), Gravataí passou de 0,540 (1991) para 0,736 (2010), classificando o município na de Desenvolvimento Humano Alto, ocupando a 876ª posição de 5.565 municípios.

### **Estrutura Sanitária e Habitação**

#### ***1.2.6.1 Abastecimento de água***

A Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN) opera o Sistema de Abastecimento de Água de Gravataí, que apresenta integração com o Município de Cachoeirinha, formando o Sistema Integrado Cachoeirinha e Gravataí (SIGRAC).

O sistema de abastecimento de Gravataí, que atende a área urbana do município, é composto por duas ETA's que captam água em mananciais distintos, sendo uma delas exclusiva de Gravataí e outra integrada com o município vizinho de Cachoeirinha.

O atendimento do abastecimento de água na área urbana corresponde a 86,3% e o atendimento total no município é de 82,21% da população (SNIS – 2015).

Apesar das economias residenciais representarem 88,0% do total, seu consumo demonstra 82,0% do volume total de água, sendo o setor industrial o que mais consome em relação ao número de economias cadastradas.

A avaliação do consumo versus a demanda requerida de água para a população, a indústria e o comércio, verifica se o sistema de abastecimento atende às necessidades destes consumidores.



### ***1.2.6.2 Sistema de Esgotamento Sanitário***

Conforme o diagnóstico do Sistema de Esgotamento Sanitário de Gravataí (SES) a maior parte da rede coletora foi implantada na década de 1990, pelo projeto Pró-Guaíba, sendo o restante ampliado devido aos novos loteamentos. Há atualmente no município aproximadamente 240 km de redes de esgoto implantados, havendo 4 (quatro) Estações de Tratamento de Esgoto – ETE de maior porte e diversas pequenas estações em loteamentos. As principais são: ETE Parque dos Anjos (vazão de 100 L/s), ETE Eucaliptos (vazão de 25 L/s), denominada ETE Morada do Vale II (vazão de 10 L/s), ETE - FREEWAY (vazão de 390 L/s).

Além destas, o sistema integrado conta com outras 9 (nove) estações de tratamento de pequeno porte, com sistema fossa e filtro, além de 14 estações de bombeamento, localizadas principalmente em loteamentos e condomínios particulares.

O sistema de tratamento de esgoto do Município de Gravataí, atualmente está atendendo a um percentual 26,83% (SNIS - 2015), totalizando pouco mais de 1/4 da população. O restante da cidade que não é atendida pela rede de esgotamento sanitário, possui tratamento individual com fossa séptica e filtro anaeróbio (ou sumidouro). A manutenção destes sistemas é de responsabilidade do morador, porém a limpeza pode ser feita por empresas limpa fossa ou pela CORSAN. Os resíduos são encaminhados para a ETE Parque dos Anjos ou a ETE Canoas.

A taxa de resíduos de saúde é de 0,31% sobre a quantidade total de resíduos (SNIS 2015).

### ***1.2.6.3 Sistema de Drenagem e Manejo das Águas Pluviais***

Embora a Prefeitura Municipal não disponha de cadastro do sistema de drenagem, pode-se afirmar que todas as vias pavimentadas dispõem de rede de drenagem.

O sistema de microdrenagem pode ser considerado em 2 (dois) aspectos, a superficial e subterrânea. A implantação da microdrenagem foi realizada, em quase sua totalidade, sem planejamento adequado em termos de dimensionamento hidráulico e previsão de ocupação do solo em cenário futuro.





#### ***1.2.6.4 Sistema de Resíduos Sólidos***

A taxa de cobertura de coleta de resíduos sólidos referente à população urbana é de 100%, enquanto esta mesma taxa sobre a população total do município é de 98,0%. Do total de 257.428 habitantes de Gravataí, 252.280 (SNIS) são atendidos pelos serviços de coleta, sendo que 245.181 moradores são da área urbana. A média per capita diária de resíduos sólidos estimada para o município é de 0,642 kg/habitante.

No Município de Gravataí os serviços de coleta regular e seletiva de resíduos recicláveis, bem como seu transporte até a estação de transbordo são terceirizados. A frequência é diária em algumas localidades e alternada, em outras.

Os resíduos recicláveis recolhidos no Município de Gravataí são encaminhados ao Aterro Sanitário Santa Tecla, onde a Cooperativa de Trabalhadores, Carroceiros e Catadores de Materiais Recicláveis (COOTRACAR) e a Associação de Recicladores de Resíduos Santa Rita (ARSARI) realizam o processo de triagem, enfardamento e venda destes materiais. O rejeito é encaminhado à estação de transbordo e, posteriormente, à Central de Resíduos do Recreio, na Cidade de Minas do Leão/RS.

A quantidade de resíduos recicláveis recolhida no município é de cerca de 12 toneladas diárias, apenas, devido à baixa adesão da comunidade no processo de separação desses resíduos na fonte. Algumas empresas destinam seus resíduos recicláveis diretamente à Cooperativa e à Associação de Catadores.

Os resíduos sólidos domiciliares e comerciais coletados no Município de Gravataí são destinados à usina de triagem, localizada junto ao Aterro Sanitário Metropolitano Santa Tecla (ASMST), onde ocorre a separação desses materiais pelos catadores integrantes da COOTRACAR e da ARSARI. Após a triagem, os resíduos não aproveitados (rejeitos) são destinados ao Aterro Sanitário Metropolitano Santa Tecla (ASMST).

O ASMST teve seu início oficial em janeiro de 1998 e a deposição de resíduos ocorreu somente até o dia 03 de junho de 2013. Atualmente, o Município de Gravataí encaminha seus resíduos para o Aterro Sanitário Central de Resíduos do Recreio (CRR) de Minas do Leão/RS. Porém, ocorre acondicionamento temporário (transbordo) no (ASMST), que não está mais em funcionamento. A Prefeitura ainda possui contrato terceirizado para a varrição e capina na área da cidade.

Os serviços de varrição manual no Município de Gravataí compreendem a operação de limpeza e remoção de todos os resíduos existentes nas vias públicas, inclusive de banners e placas, através da utilização de garis, providos de todas as ferramentas necessárias para a execução dos serviços, além da coleta e transporte da totalidade da produção de resíduos gerados através desses serviços, que deverão ser destinados em local licenciado.



Os serviços de capina mecanizada/roçada compreendem a remoção de toda a produção advinda da completa remoção da vegetação rasteira invasora com suas raízes, resíduos, terra e areia dos logradouros públicos na zona urbana ou rural, juntamente com os canteiros centrais, rótulas e aberturas para a captação de águas pluviais, em áreas determinadas pela SMSU e a imediata retirada dos resíduos gerados a partir desses serviços com o auxílio de uma retroescavadeira e caminhões caçamba e encaminhados ao aterro de inertes do município. A estimativa mensal de produção a ser recolhida através dos serviços de capina mecanizada é de 1.000 m<sup>3</sup>.

#### ***1.2.6.5 Energia***

A responsável pelo abastecimento de energia elétrica em Gravataí é a Rio Grande Energia (RGE), sendo que a iluminação pública está presente em toda a área urbana e 90,0% das residências (incluindo as da área rural).



## **1.3 ANÁLISE SITUACIONAL EM RELAÇÃO À SITUAÇÃO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO**

### **1.3.1 Taxa de Natalidade**

A taxa de natalidade do município é de 13,7 %, ou seja 13,7 nascidos vivos a cada 1000 habitantes.

### **1.3.2 Mortalidade Geral por Sexo**

A população do município de Gravataí/RS, no ano de 2015, foi de 272.257 habitantes (133.787 do sexo masculino e 138.470 do sexo feminino). No mesmo ano, o número de nascidos vivos residentes no Gravataí foi de 3.734, representando 13,69 para cada mil nascidos vivo ([tabnet.datasus.gov.br](http://tabnet.datasus.gov.br)).

Neste mesmo ano, ocorreram 1.707 óbitos, destes 908 foram do sexo masculino, 799 do sexo feminino. O coeficiente de mortalidade para cada cem mil habitantes foi de 0,68 para o sexo masculino e 0,58 para o feminino.

Quanto a taxa de mortalidade infantil de crianças menores de um ano, no município, em 2015, foi 6,96 para cada 1000 nascidos vivos. Já a taxa de mortalidade materna foi de 0,053 óbitos maternos para cada cem mil nascidos vivos.

### **1.3.3 Mortalidade Infantil**

O município de Gravataí apresenta Taxa de Mortalidade Infantil considerado baixo pela Organização Mundial da Saúde (OMS), permanecendo menor que 2 dígitos nos últimos 5 anos, tendo entre 6 e 8 óbitos infantis a cada 1000 nascimentos.



### 1.3.4 Mortalidade Materna

A morte materna (óbito materno) é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. O município apresenta em sua série histórica nos últimos 5 anos, cerca de 2 óbitos maternos anuais e em 2016, apresentou apenas 1 óbito.

### 1.3.5 Morbidade Hospitalar

Gravataí é um município gestor pleno dos recursos municipais destinados à saúde, porém não possui prestadores de serviços hospitalares com capacidade de atendimento das demandas de alta complexidade, bem como do quantitativo necessário dos atendimentos da média complexidade.

A análise dos dados de morbidade hospitalar demonstra uma tendência de queda no volume de internações na ordem de 8% entre os anos de 2008 a 2016.

Do total dos atendimentos realizados, no período de 2014–2017, 11% são eletivos (44,12% na faixa de 15 – 49, e 47,77% na faixa acima de 50), sendo que 56% são do sexo Feminino.

Os atendimentos eletivos realizados possuem os seguintes diagnósticos principais:

Tabela 6: Atendimentos Eletivos

| Subgrupo procedimento  | Inter<br>nações | %   |
|--|-----------------|-----|
| Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal | 837             | 30% |
| Cirurgia do aparelho circulatório                                | 445             | 16% |
| Cirurgia do sistema osteomuscular                                | 359             | 13% |
| Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido                   | 330             | 12% |



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE | GRAVATAÍ | 2018 - 2021

|  |      |      |
|--|------|------|
| subcutâneo e mucosa  |      |      |
| Outras cirurgias   | 242  | 9%   |
| Cirurgia do aparelho geniturinário                                   | 230  | 8%   |
| Cirurgia do sistema nervoso central e periférico                     | 152  | 5%   |
| Cirurgia do aparelho da visão  | 150  | 5%   |
| Cirurgia torácica  | 41   | 1%   |
| Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço | 24   | 1%   |
| Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos                           | 9    | 0%   |
| Total  | 2819 | 100% |

Fonte: Regulação/SMS – 2017.

Em relação à complexidade do atendimento, 2% são de alta complexidade e divididos nos seguintes subgrupos:

Tabela 7

| Subgrupo procedimento  | Internações | %       |
|--|-------------|---------|
| Cirurgia torácica  | 128         | 3<br>4% |
| Tratamentos clínicos (outras especialidades)                     | 70          | 1<br>9% |
| Outras cirurgias   | 68          | 1<br>8% |
| Cirurgia do sistema osteomuscular                                | 60          | 1<br>6% |
| Cirurgia do aparelho da visão                                    | 37          | 1<br>0% |
| Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante | 10          | 3<br>%  |

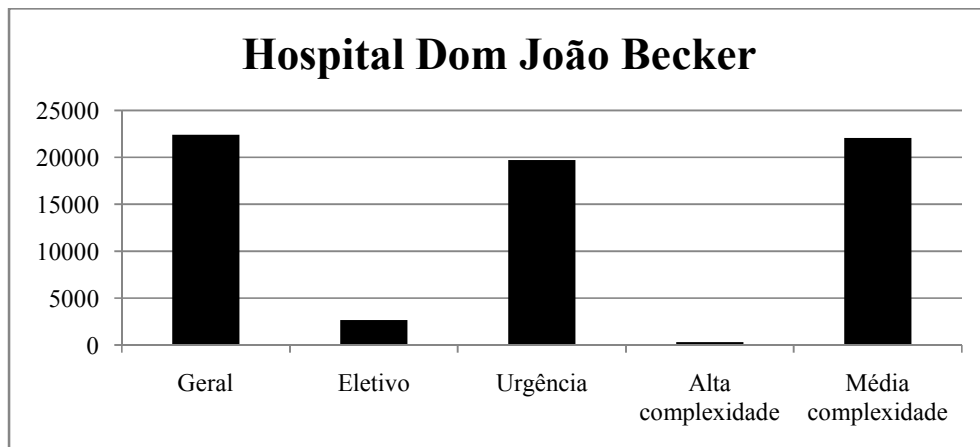
Fonte: Regulação/SMS – 2017.



O Hospital Dom João Becker, único hospital de do município, atendeu 47,1% do total de internações hospitalares dos residentes em Gravataí (12% dos eletivos e 88% das Urgências)

O Hospital Dom João Becker (HDJB) realizou apenas 1,5% de tratamentos de alta complexidade dos pacientes residentes em Gravataí, isso se deve ao fato, que o hospital não possui habilitação específica, excetuando-se o tratamento de nefrologia. Foi observada uma queda de 67% do número de procedimentos no período de 2013 a 2017.

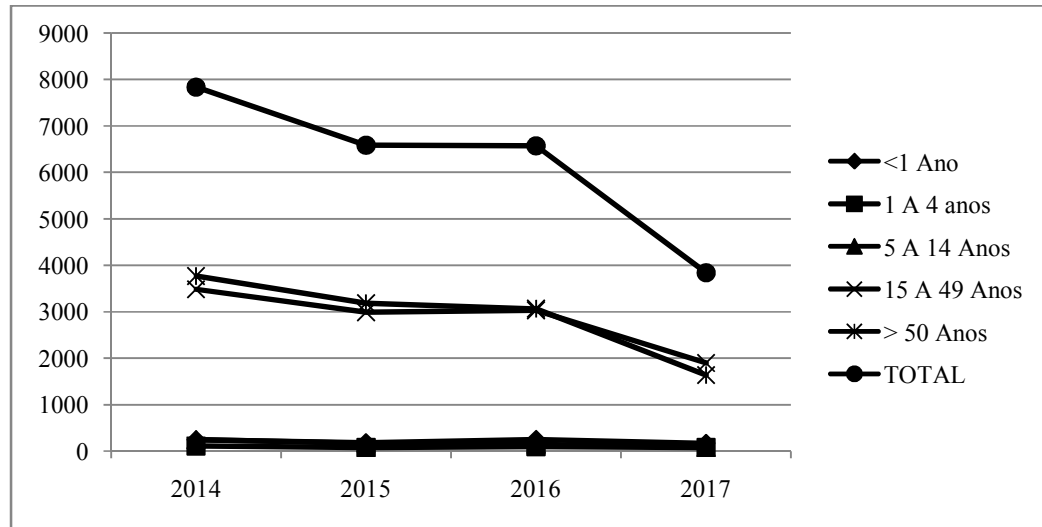
Gráfico 4: Locais de internações Hospitalares dos pacientes residentes em Gravataí



Fonte: BRASIL/DATASUS/2014-2017

Pode-se observar no gráfico abaixo, que os atendimentos hospitalares predominam nas faixas etárias de acima de 50 anos (47%) e de 15 a 49 anos (46%)

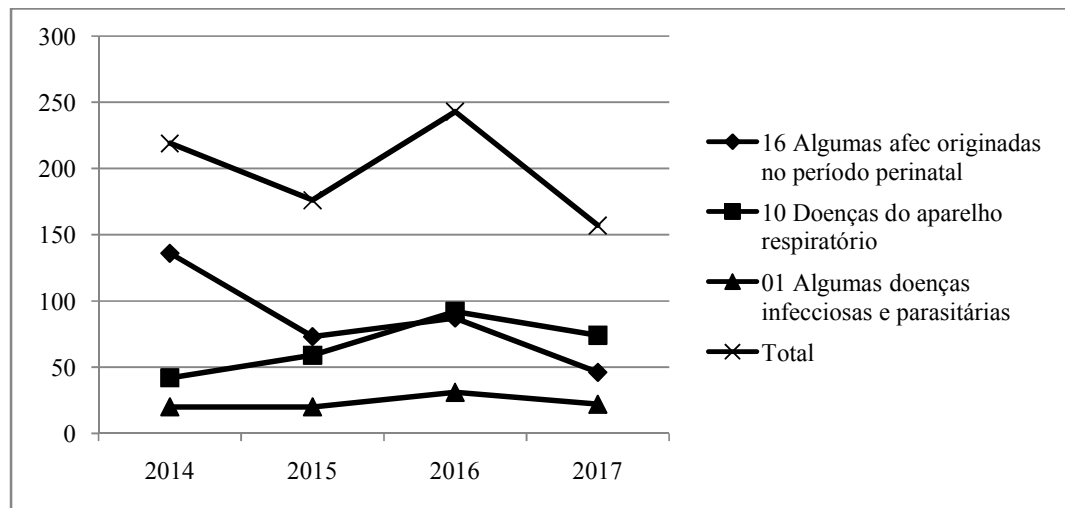
Gráfico 5: Morbidade Hospitalar por faixa etária



Fonte: BRASIL/DATASUS/2014-2017

Os pacientes com menos de um ano de vida representam 4% dos atendimentos, com ênfase no tratamento nas afecções originadas no período perinatal (44%), seguido das doenças do aparelho respiratório (33%).

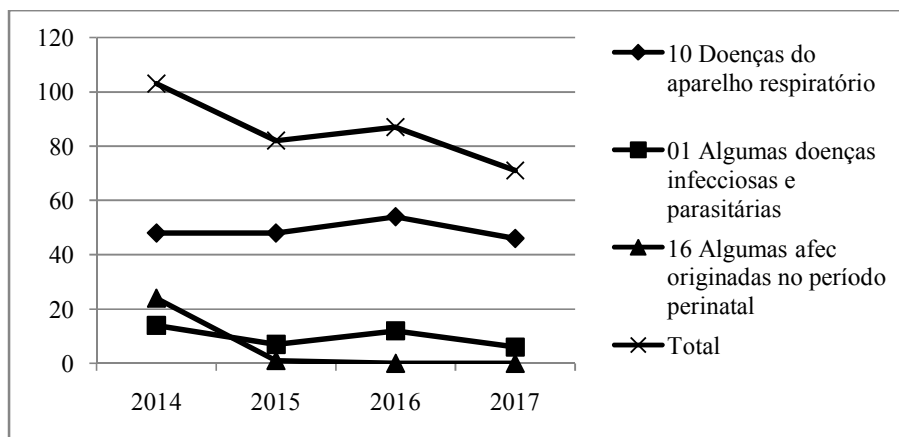
Gráfico 6: Morbidade Hospitalar na faixa etária menores de 1 ano



Fonte: BRASIL/DATASUS/2014-2017

Na faixa etária de um a quatro anos de vida (1,4% do total) os principais atendimentos estão relacionados ao atendimento de doenças do aparelho respiratório (57%). Seguido de doenças infecciosas e parasitárias (12%) e de afecções originadas no período perinatal (7%).

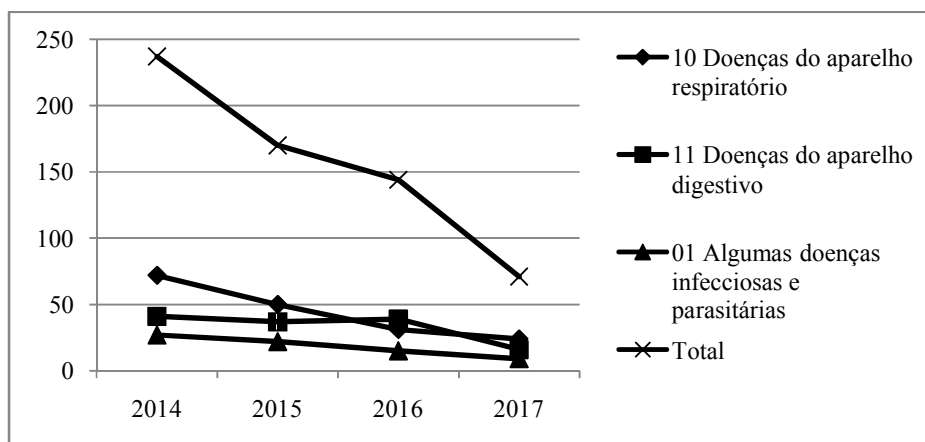
Gráfico 7: Morbidade Hospitalar na faixa etária 01 – 04 anos



Fonte: BRASIL/DATASUS/2014-2017

Verifica-se, na faixa etária dos cinco aos quatorze anos, a prevalência de atendimentos relacionados às doenças do aparelho respiratório (28%), sendo o segundo diagnóstico mais frequente as doenças do aparelho digestivo (21%). O atendimento de algumas doenças infecciosas e parasitárias (12%) é o terceiro diagnóstico com maior número de atendimentos.

Gráfico 8: Morbidade Hospitalar na faixa etária 5 – 14 anos







Fonte: BRASIL/DATASUS/2014-2017

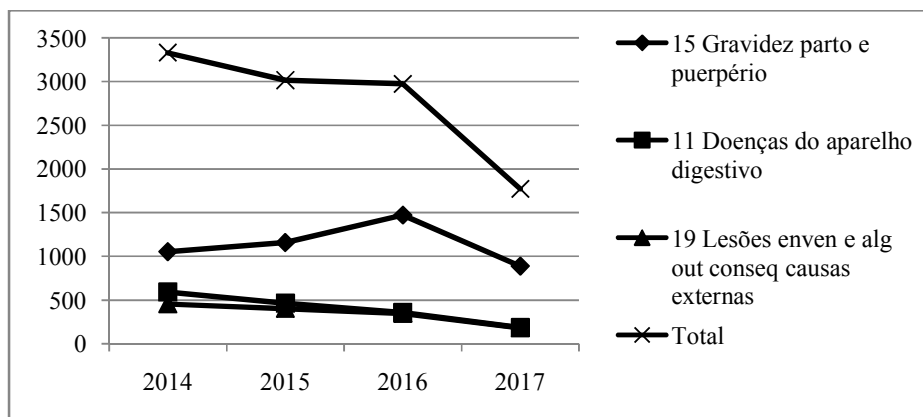
### 1.3.5.1 Morbidade Hospitalar na faixa etária 15 – 49 anos

O atendimento de gravidez, parto e puerpério representam 41% das internações na faixa etária dos quinze aos quarenta e nove anos.

As internações para o atendimento de doenças do aparelho digestivo representam 14% nesta faixa etária.

A terceira causa de internações verifica-se no atendimento das causas externas com 13%.

Gráfico 9: Morbidade Hospitalar na faixa etária 15 – 49 anos

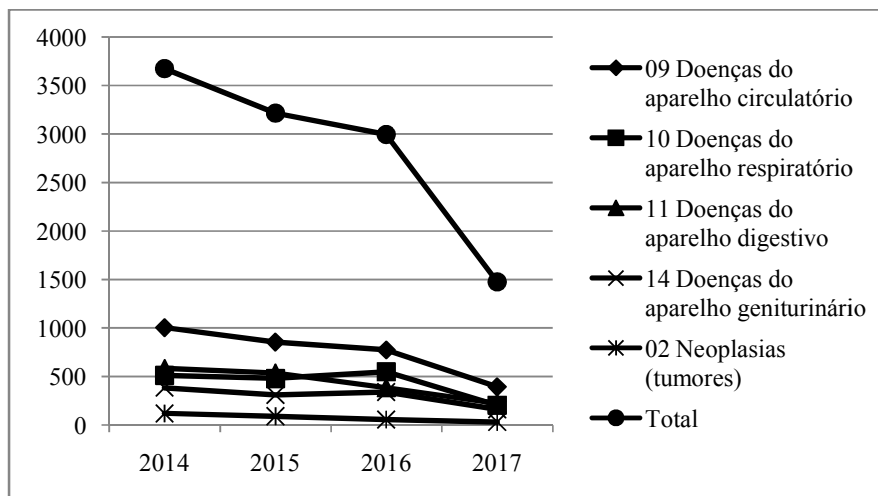


Fonte: BRASIL/DATASUS/2014-2017

Os pacientes com 50 anos ou mais representam 47% do total das internações, tendo como a principal causa de atendimento as doenças do aparelho circulatório, com 26% deste percentual. A segunda causa está relacionada às doenças do aparelho respiratório, representando 15,3% das internações dessa faixa etária.

As doenças do aparelho digestivo (15,2%) ocupam terceira posição dos atendimentos no HDJB e doenças do aparelho geniturinário ficam em quarto lugar com 10% dos casos. As neoplasias ocupam a oitava posição com 3% das internações.

Gráfico 10: Morbidade Hospitalar na faixa etária acima de 50 anos



Fonte: BRASIL/DATASUS/2014-2017

### 1.3.6 Morbidade SINAN

#### 1.3.6.1 Doenças Exantemáticas

Patologias infecto-contagiosa acompanhadas de quadro cutâneo de ação direta do microorganismo ou por seus produtos tóxicos (BRASIL, 2016b).

##### 1.3.6.1.1 Rubéola

É uma doença exantemática aguda, de etiologia viral, que apresenta alta contagiosidade, acometendo principalmente crianças. Doença de curso benigno, sua importância epidemiológica está relacionada ao risco de abortos, natimortos, e malformações congênitas, como cardiopatias, catarata e surdez (BRASIL, 2016b).

##### 1.3.6.1.2 Sarampo

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de natureza viral, grave, transmissível e



extremamente contagiosa, muito comum na infância. A viremia, causada pela infecção, provoca uma vasculite generalizada, responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas, inclusive pelas perdas consideráveis de eletrólitos e proteínas, gerando o quadro espoliante característico da infecção. Além disso, as complicações infecciosas contribuem para a gravidade do sarampo, particularmente em crianças desnutridas e menores de 1 ano de idade (BRASIL, 2016b).

#### 1.3.6.1.3 Situação Epidemiológica das Doenças Exantemáticas

O último caso de rubéola no Brasil ocorreu em 2009 e de Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) em 2010. Em 29 de maio de 2015 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) declara que a região das Américas se tornou a primeira no mundo a estar livre da transmissão endêmica da rubéola e da SRC (doença viral contagiosa que quando adquirida durante a gestação pode causar várias malformações ao nascimento e morte fetal) (BRASIL, 2016b).

O Rio Grande do Sul encontra-se sem a circulação do vírus autóctone do sarampo desde 1999, da rubéola desde 2008 e da SRC desde 2009. O último caso autóctone de sarampo no Rio Grande do Sul ocorreu em Caxias do Sul, na segunda metade de 1999. De 2000 a 2009 não ocorreram casos de sarampo no estado (BRASIL, 2016b).

No ano de 2010, foram confirmados 8 casos de sarampo vinculados à importação, com genótipo B3, que circula na África, logo após os jogos da copa do mundo na África do Sul. Em 2011, assim como o Brasil, o estado sofre novas importações, desta vez são 9 casos pelo genótipo D4, que circula predominantemente na Europa. Em 05 de dezembro de 2015, após 5 anos sem casos registrados, o Brasil recebeu a certificação da eliminação da Rubéola (CEVS/SES-RS, 2016b).

No período de 2007 a 2016, no município de Gravataí, foram notificados um total de 272 casos suspeitos de Doença Exantemática/Rubéola, e desde o ano de 2009 não há casos confirmados da doença. A vigilância epidemiológica se mantém ativa para casos suspeitos de doença exantemática realizando o monitoramento diário das fontes notificadoras, investigação oportuna e encerramento por critério laboratorial em 100% dos casos. No município de



Gravataí houve redução dos casos suspeitos de rubéola, mantendo-se alerta, pois com a ocorrência de casos de doença exantemática em outros continentes possibilita a importação de casos.

Tabela 9: Frequência dos casos notificados de rubéola no município de Gravataí/RS, no período de 2007 a 2016.

| <b>Ano</b>  | <b>Rubéola</b> | <b>Descartado</b> | <b>Total</b> |
|-------------|----------------|-------------------|--------------|
| <b>2007</b> | 46             | 120               | 166          |
| <b>2008</b> | 3              | 22                | 25           |
| <b>2009</b> | 0              | 12                | 12           |
| <b>2010</b> | 0              | 28                | 28           |
| <b>2011</b> | 0              | 24                | 24           |
| <b>2012</b> | 0              | 3                 | 3            |
| <b>2013</b> | 0              | 3                 | 3            |
| <b>2014</b> | 0              | 3                 | 3            |
| <b>2015</b> | 0              | 6                 | 6            |
| <b>2016</b> | 0              | 2                 | 2            |

Fonte: SINAN/ SMS – Gravataí/RS.

#### 1.3.6.1.4 Coqueluche

Doença infecciosa aguda, transmissível, de distribuição universal. Compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. Ocorre sob as formas endêmica e epidêmica. Em lactentes, pode resultar em número elevado de complicações e até em morte (BRASIL, 2016b).

A coqueluche apresenta, caracteristicamente, um perfil epidemiológico sazonal (predomina na primavera e verão) e cíclico, podendo-se observar aumento de casos, em média, de 4 em 4 anos (CEVS/SES-RS, 2016a).

No início da década de 80, o coeficiente de incidência da doença era superior a 30 casos para 100.000 habitantes, com registro de 1000 a 4000 casos por ano. A partir da introdução da vacina DPT, no ano 1973, observa-se um declínio importante na incidência da



doença a partir do aumento das coberturas vacinais (3ª dose) em crianças menores de 1 ano (CEVS/SES-RS, 2016a).

Contudo, tem-se observado um recrudescimento da coqueluche no Brasil na última década, embora as incidências observadas sejam muito inferiores às descritas na era pré-vacinal. O possível recrudescimento da doença tem sido atribuído a várias hipóteses, entre elas, a baixa cobertura vacinal em relação aos reforços vacinais preconizados e a queda da imunidade vacinal ao longo dos anos (CEVS/SES-RS, 2016a).

No município de Gravataí ocorreu elevação do coeficiente de incidência em 2012, chegando a 17,81 casos para 100.000 habitantes. De 2013 a 2016 ocorreu uma redução gradual das notificações de coqueluche, bem como de casos confirmados.

Tabela 10: Coeficiente de incidência dos casos de coqueluche no município de Gravataí 2008-2016

| <b>Ano</b>  | <b>Confirmado</b> | <b>100.000<br/>hab./ano</b> | <b>Descartado</b> | <b>Total</b> |
|-------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|--------------|
| <b>2008</b> | 7                 | 2,63                        | 6                 | 13           |
| <b>2009</b> | 1                 | 0,37                        | 2                 | 3            |
| <b>2010</b> | 5                 | 1,86                        | 7                 | 12           |
| <b>2011</b> | 6                 | 2,23                        | 9                 | 15           |
| <b>2012</b> | 48                | 17,81                       | 33                | 81           |
| <b>2013</b> | 19                | 7,33                        | 9                 | 28           |
| <b>2014</b> | 7                 | 2,70                        | 3                 | 10           |
| <b>2015</b> | 3                 | 1,16                        | 0                 | 3            |
| <b>2016</b> | 1                 | 0,37                        | 4                 | 5            |

Fonte: SINAN/ SMS – Gravataí/RS



### ***1.3.6.2 Dengue, Febre do Zika Vírus e Febre Chikungunya***

#### **1.3.6.2.1 Dengue**

Até o início de março de 2007, todos os casos de Dengue ocorridos no Rio Grande do Sul eram importados de outras regiões. Porém, a partir de então, notificaram-se 262 casos autóctones o que configurou estado de epidemia. No início de 2010, o Rio Grande do Sul enfrentou epidemia de Dengue na Região Noroeste, onde foram identificados os sorotipos Den 1 e Den 2. No mês de maio 2010, o município de Porto Alegre registrou casos de Dengue autóctones. No Estado Foram confirmados 3.497 casos destes, 3.366 autóctones. Em 2011, até setembro, foram notificados 1.462 casos suspeitos de Dengue com 198 casos confirmados como autóctones. Na Região Noroeste, a circulação viral autóctone de Dengue foi identificada a partir do mês de março. Foram identificados 185 casos confirmados, a maioria (162) no município de Santa Rosa. Nessa região foi identificado o sorotipo viral Den 1. A Região Metropolitana registrou circulação viral nos meses de abril e maio, com 11 casos em Porto Alegre, um em Alvorada, que se contaminou em Porto Alegre no local de trabalho e um em Canoas, cujo local de infecção está sendo investigado. Nessa região também foi identificado o sorotipo viral Den 1. Além disso, foram confirmados 101 casos de Dengue importados de outros Estados. Até o momento, outubro de 2014, há 131 municípios em estado de infestação pelo *Aedes aegypti*, 12 são municípios da região metropolitana, entre eles o município de Gravataí.

No município de Gravataí, em 2006 foi registrado um caso suspeito. Em 2007, foram 12 casos suspeitos e um caso confirmado de Dengue não autóctone. Em 2008 foram notificados 15 casos suspeitos, com a confirmação de três casos não autóctones. Em 2009, foram notificados três casos suspeitos com um caso confirmado não autóctone. Em 2010 foram notificados 48 casos com a confirmação de três casos não autóctones. Em 2011 foram notificados 52 casos suspeitos com um caso não autóctone confirmado. Em 2012 foram notificados 9 casos suspeitos com um não autóctone confirmado. No ano de 2013 foram notificados 50 casos suspeitos, com 3 casos não-autóctones confirmados. No ano de 2014, foram notificados 15 casos suspeitos, e 1 caso confirmado (importado). Em 2015, foram



notificados 44 casos suspeitos, 7 casos não autóctones confirmados. No ano de 2016, houve 76 casos notificados, 24 confirmados, 21 autóctones e 3 importados.

Tabela 11: Frequência absoluta de casos de dengue por classificação segundo ano da notificação

| <b>Ano</b>   | <b>Dengue Clássico</b> | <b>Descartado</b> | <b>Total</b> |
|--------------|------------------------|-------------------|--------------|
| <b>2007</b>  | 1                      | 11                | 12           |
| <b>2008</b>  | 3                      | 12                | 15           |
| <b>2009</b>  | 1                      | 1                 | 3            |
| <b>2010</b>  | 2                      | 46                | 48           |
| <b>2011</b>  | 1                      | 51                | 52           |
| <b>2012</b>  | 0                      | 9                 | 9            |
| <b>2013</b>  | 3                      | 47                | 50           |
| <b>2014</b>  | 1                      | 14                | 14           |
| <b>2015</b>  | 2                      | 42                | 44           |
| <b>2016</b>  | 24                     | 52                | 76           |
| <b>Total</b> | 38                     | 285               | 323          |

Fonte: SINAN/ SMS – Gravataí/RS

#### 1.3.6.2.2 Zika

No estado do Rio Grande do Sul foi confirmada laboratorialmente a circulação do vírus no mês de março de 2016. Sendo assim, é importante que os serviços de saúde e as vigilâncias estejam sensibilizados e atentos aos atendimentos de casos suspeitos de Dengue, Chikungunya e Zika, adotando o manejo clínico e ambiental adequados. No ano de 2016, foram notificados seis casos no município de Gravataí, sendo todos descartados. No ano de 2017, até o dia 11/09/17, não houve casos notificados.



## **Microcefalia X Zika**

Em 11 de novembro de 2015, através da Portaria GM nº 1.813, o Ministério Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. Em 29 de novembro de 2016 a Organização Mundial da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Dados atualizados do número de casos de recém-nascido vivo, natimorto, abortamento ou feto com microcefalia e/ou malformação do SNC por Estado podem ser obtidos no “Informe epidemiológico”, com publicações semanais, disponível no site do Ministério da Saúde. Há circulação autóctone do vírus Zika em todas as Unidades da Federação, sendo que no Rio Grande do Sul essa confirmação aconteceu no mês de março de 2016. No RS, até a 28ª Semana Epidemiológica de 2016, foram notificados 632 casos suspeitos de Febre pelo Zika Vírus. Destes, 68 casos foram confirmados sendo 33 autóctones, residentes em Frederico Westphalen, Santa Maria, Ivoti, Rondinha, Novo Hamburgo, Canoas, Porto Alegre, Ijuí e Santo Ângelo. Quatro casos foram em gestantes, duas infectadas no 1º trimestre de gestação, uma no 2º trimestre e a outra no 3º trimestre, sendo o RN desta gestante não apresentou, até o momento, nenhuma alteração no SNC. Até o momento no RS há confirmação, pelos critérios clínico/epidemiológico e de imagem, de dois casos importados de microcefalia associada à infecção na gestação por vírus Zika. As gestantes viajaram (região nordeste e região sudeste do país) e contraíram “virose” com exantema no primeiro trimestre gestacional, em 2015. Em Gravataí no ano de 2015 não houveram notificações e em 2016 até o momento, outubro, 06 casos notificados, todos descartados.

Microcefalia Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a microcefalia é caracterizada pela medida do crânio realizada, pelo menos, 24 horas após o nascimento e dentro da primeira semana de vida (até 6 dias e 23 horas), por meio de técnica e equipamentos padronizados, em que o Perímetro Cefálico (PC) apresente medida menor que menos dois (-2) desvios-padrão abaixo da média específica para o sexo e idade gestacional. Além disso, a OMS considera que a medida menor que menos três (-3) desvios-padrões é definida como microcefalia grave. Em 90% dos casos de microcefalia há associação com retardo mental, exceto nas de origem familiar, que podem ter o desenvolvimento cognitivo normal. O tipo e o nível de gravidade da seqüela vão variar caso a caso. As microcefalias têm etiologia complexa





e multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais. A relação entre ocorrência de microcefalia, associada ou não a alterações do Sistema Nervoso Central (SNC), e a infecção pelo vírus Zika na gestação está sendo descrita pela primeira vez na história, com base no surto que está ocorrendo no Brasil apesar de o período embrionário ser considerado o de maior risco para múltiplas complicações decorrentes de processo infeccioso, sabe-se que o sistema nervoso central permanece suscetível a complicações durante toda a gestação. Assim, o perfil de gravidade das complicações da infecção pelo vírus Zika na gestação dependerá de um conjunto de fatores, tais como: estágio de desenvolvimento do concepto, relação dose-resposta, genótipo materno-fetal e mecanismo patogênico específico de cada agente etiológico. Os tratamentos realizados precocemente melhoram o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança.

#### 1.3.6.2.3 Chikungunya

Casos humanos com febre, exantema e artrite aparentando ser Febre de Chikungunya foram relatados no início de 1770. Porém, o vírus não foi isolado do soro humano ou de mosquitos até a epidemia na Tanzânia de 1952-53. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 2004, há relatos de surtos em 19 países africanos e asiáticos. Nas Américas, em outubro de 2013, teve início uma grande epidemia de Chikungunya em diversas ilhas do Caribe e, em março de 2014, na República Dominicana e Haiti. O Brasil registrou seus primeiros casos autóctones de Febre de Chikungunya em setembro de 2014. Tratava-se de pai e filha, de 53 e 31 anos respectivamente, residentes no município de Oiapoque, no Amapá. Até então, os casos registrados no Brasil eram apenas de pessoas contaminadas no exterior.

Em comunidades afetadas recentemente, a característica marcante são epidemias com elevadas taxas de ataque, que variam de 38% a 63%. No primeiro semestre de 2016 foi confirmado laboratorialmente a circulação viral no Rio Grande do Sul. Em Gravataí, no final do ano de 2015 tivemos 08 casos suspeitos, 04 casos confirmados não autóctones. Em 2016, foram 12 casos notificados e todos descartados. Já no ano de 2017, até o dia 11/09/2017, houve 07 notificações, 06 casos descartados e 01 caso não investigado pelo município de



residência.

### 1.3.6.3 Meningites

O termo meningite expressa a ocorrência de um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro. A meningite pode ser causada por diversos agentes infecciosos, como bactérias, vírus e fungos, dentre outros, e agentes não infecciosos (ex.: traumatismo). As meningites de origem infecciosa, principalmente as causadas por bactérias e vírus, são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência e potencial de produzir surtos (BRASIL, 2016b). De modo geral, a sazonalidade da doença caracteriza-se pelo predomínio das meningites bacterianas no inverno e das meningites virais no verão. Do ponto de vista da saúde pública, a Doença Meningocócica é a de maior relevância pela magnitude de sua ocorrência e o potencial de produzir surtos (CEVS/SES-RS, 2016d).

Em Gravataí, os casos de meningite viral de 2007 a 2016 representam 36,06% do total de casos (355), meningites não especificada, bacteriana e de outra etiologia tiveram uma prevalência de 30,14%, 11,55% e 6,76% respectivamente. A doença meningocócica (meningococemia, meningite meningocócica e meningite meningocócica com meningococemia) considerada de maior relevância representa no município, 5,92% num total de 21 casos nestes anos.

Tabela 12: Frequência absoluta de meningites conforme classificação etiológica em Gravataí/RS, período de 2007 a 2016.

| Ano  | CC | MM | MM +<br>MCC | MTBC | MB | MNE | MV | MOE | MH | MP | Total |
|------|----|----|-------------|------|----|-----|----|-----|----|----|-------|
| 2007 | 0  | 1  | 0           | 0    | 0  | 2   | 0  | 0   | 0  | 2  | 5     |
| 2008 | 1  | 0  | 1           | 1    | 7  | 14  | 16 | 0   | 0  | 1  | 41    |
| 2009 | 0  | 1  | 0           | 0    | 8  | 6   | 21 | 3   | 0  | 5  | 44    |
| 2010 | 1  | 1  | 0           | 0    | 2  | 14  | 15 | 3   | 1  | 1  | 38    |
| 2011 | 0  | 1  | 0           | 1    | 4  | 12  | 17 | 2   | 0  | 4  | 41    |



|              |   |    |   |   |    |     |     |    |   |    |     |
|--------------|---|----|---|---|----|-----|-----|----|---|----|-----|
| <b>2012</b>  | 0 | 1  | 0 | 0 | 3  | 12  | 8   | 2  | 0 | 2  | 28  |
| <b>2013</b>  | 0 | 1  | 0 | 3 | 7  | 10  | 15  | 5  | 0 | 3  | 44  |
| <b>2014</b>  | 1 | 1  | 0 | 1 | 8  | 7   | 8   | 3  | 0 | 1  | 30  |
| <b>2015</b>  | 1 | 4  | 0 | 0 | 1  | 7   | 14  | 5  | 0 | 2  | 34  |
| <b>2016</b>  | 0 | 4  | 1 | 1 | 1  | 23  | 14  | 1  | 0 | 5  | 50  |
| <b>Total</b> | 4 | 15 | 2 | 7 | 41 | 107 | 128 | 24 | 1 | 26 | 355 |

Fonte: SINAN/ SMS – Gravataí/RS

Legenda: MCC - meningococemia, MM - meningite meningocócica, MM+MCC - meningite meningocócica com meningococemia, MTBC - meningite tuberculosa, MB - meningite por outras bacterias, MNE - meningite não especificada, MV - meningite viral/aseptica, MOE - meningite de outra etiologia, MH - meningite por hemófilo, MP - meningite por pneumococos

#### ***1.3.6.4 Influenza***

A influenza ou gripe é uma infecção viral aguda do sistema respiratório, de elevada transmissibilidade e distribuição global. Um indivíduo pode contraí-la várias vezes ao longo da vida e, em geral, tem evolução autolimitada. Contudo, de acordo com a diversidade antigênica de seu agente etiológico, esta doença pode se apresentar de forma mais ou menos grave. Desse modo, na perspectiva da Saúde Pública, esta doença se constitui em distintos problemas que, apesar de interrelacionados, demandam abordagens específicas de vigilância e controle, dependendo da gravidade das manifestações clínicas e do potencial pandêmico (CEVS/SES-RS, 2016c). No que se refere à influenza pelo novo vírus tipo A(H1N1), o Brasil foi atingido pela atual pandemia e até a semana epidemiológica 35 de 2009 foram registrados 16.344 casos confirmados. Destes, 9.015 (55,1%) eram casos confirmados de SRAG c/ influenza, sendo 7953 (88,3%) correspondendo a SRAG associada à influenza A(H1N1) 2009 pandêmica. Até esta semana ocorreram um total de 820 óbitos secundários a influenza (H1N1+Sazonal), sendo 742 (90,5%) atribuídos a influenza A(H1N1) 2009 pandêmica



(CEVS/SES-RS, 2016c).

No município de Gravataí, em 2010, foram notificados seis casos suspeitos de influenza, todos descartados. Já em 2011, o município notificou 47 suspeitas de influenza, com um total de seis confirmados. Em 2012 e 2013, foram notificados 16 e 14 casos suspeitos de influenza, confirmando 103 e 72 casos, respectivamente. Em 2014 e 2015, houve diminuição dos casos, sendo notificados 33 e 54 casos suspeitos, sendo apenas três e dois casos confirmados, respectivamente. Já em 2016, a frequência de casos notificados de suspeita de influenza aumentou para 134 casos, confirmando 28 casos, sendo 26 atribuídos a influenza A(H1N1) 2009 pandêmica e dois casos não subtipados. Os dados do município de Gravataí seguem o mesmo padrão epidemiológico do Rio Grande do Sul, conforme tabela abaixo.

Tabela 13: Frequência absoluta de notificações de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), no município de Gravataí/RS, no período de 2009 a 2016

|                          | <b>2009</b> | <b>2010</b> | <b>2011</b> | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Casos confirmados</b> | 30          | 0           | 6           | 16          | 14          | 3           | 2           | 28          |
| <b>Total notificados</b> | 71          | 6           | 47          | 103         | 72          | 33          | 54          | 134         |

Fonte: Sinan Influenza Web

### ***1.3.6.5 Tuberculose***

A tuberculose (TB) é um problema de saúde prioritário no Brasil, e juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, alberga 80% dos casos mundiais da doença. Estima-se que cerca de um terço da população mundial esteja infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, estando sob risco de desenvolver a enfermidade (BRASIL, 2016b).

A tuberculose não apresenta variações cíclicas ou sazonais, de importância prática. A prevalência observada é maior em áreas de grande concentração populacional, e precárias condições sócio-econômicas e sanitárias. A distribuição da doença é mundial, com tendência



decrecente da morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos. Nas áreas com elevada prevalência de infecção pelo HIV, vem ocorrendo estabilização, ou aumento do número de casos e óbitos por tuberculose. Estão mais sujeitos à doença, indivíduos que convivam com doente bacilífero, determinados grupos com redução da imunidade, silicóticos e pessoas que estejam em uso de corticosteróides, ou infectados pelo HIV (BRASIL, 2016b).

O Rio Grande do Sul (RS) tem mantido um número médio de 5.000 casos novos de tuberculose (pacientes que nunca trataram tuberculose em outra ocasião) ano, o que gera uma taxa de incidência aproximada de 40 casos para cada 100.000 habitantes. Somados a cerca de 1500 casos de pacientes em retratamento (pacientes que já fizeram um tratamento prévio), o somatório se aproxima de 6500 casos de tuberculose por ano. Assim como no mundo e no Brasil, a tuberculose no Rio Grande do Sul é um problema de saúde pública com fatores sociais arraigados na sua origem, que também devem ser considerados na tomada de decisões em saúde (CEVS/SES-RS, 2016e).

O Ministério da Saúde/Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), em 2009, redefiniu critérios para estabelecer municípios chamados de prioritários para intensificação das ações de controle da tuberculose no Brasil. Os critérios são 1) Ser capital da unidade federativa OU; 2) Apresentar população igual ou maior que 100 mil habitantes E um dos critérios: 2.1) Coeficiente de incidência superior a 80% da incidência brasileira em 2007 (32 casos/100mil habitantes); 2.2) Coeficiente de mortalidade por tuberculose superior ao coeficiente nacional em 2007 (2,5 óbitos/100mil habitantes) (BRASIL, 2016b).

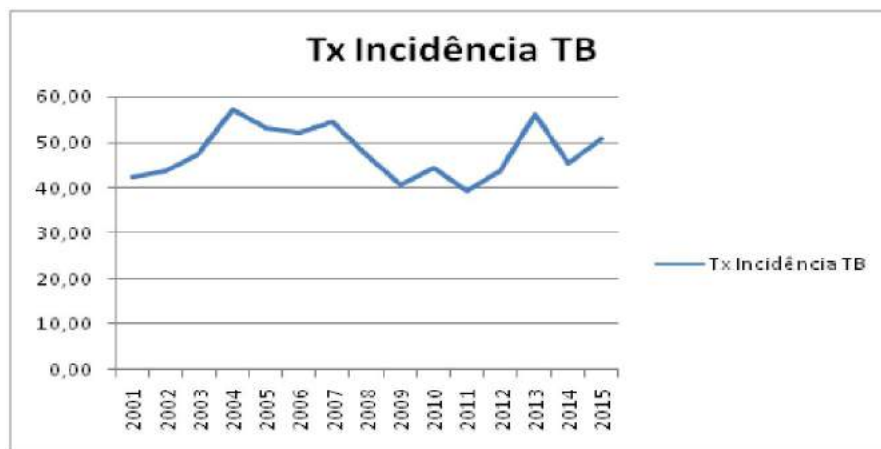
No Rio Grande do Sul há 15 municípios que atendem esses critérios: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Sapucaia do Sul, São Leopoldo, Uruguaiana e Viamão. Somados a Caxias do Sul e Esteio (municípios prioritários para HIV com incidência considerável em tuberculose) e Charqueadas (município com incidência significativa em função da presença de várias unidades prisionais). Estes municípios compreendem mais de 70% da carga de tuberculose no RS (CEVS/SES-RS, 2016e).

O coeficiente de incidência de Tuberculose vem mantendo-se alto no município de Gravataí e em padrão estável desde 2011, com uma taxa que variou de 39,23 a 57,12 novos casos por 100 mil habitantes. A taxa de incidência média nestes 15 anos foi de 44,8 novos casos por 100 mil habitantes, semelhante à taxa evidenciada no estado do RS em 2014



(conforme verifica-se abaixo). A incidência foi maior que a média nacional, a qual foi de 33,5 casos/100mil. Apesar de Gravataí ter uma incidência alta de TB, o município ainda apresenta uma taxa muito menor que o município de Porto Alegre, que teve a maior incidência de novos casos de Tuberculose no ano de 2014, com 99,3 casos/100mil habitantes. A alta incidência de HIV em Gravataí é outro fator de risco que deve ser levado em consideração ao pensar-se o problema da Tuberculose, tendo em vista os altos percentuais de coinfeção do Bacilo de Koch com HIV.

Gráfico 11: Taxa de Incidência de Tuberculose por 100 mil habitantes em Gravataí/RS, 2001 a 2015.



Fonte: SINAN / SMS – Gravataí/RS

Tabela 14: Coeficiente de incidência, mortalidade e coinfeção TB/HIV, cura de casos novos e abandono de tratamento contra Tuberculose Pulmonar bacilifera, na Região Sul/Rio Grande do Sul/Porto Alegre, em

| Unidade da Federação | Coeficiente de incidência (/100 mil hab.) | Coeficiente de mortalidade (/100 mil hab.)* | Realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento (%) | Realização de testagem para HIV em casos novos (%) | Coinfeção TB-HIV (%) | Cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera* (%) | Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera* (%) |
|----------------------|---|---|---|--|----------------------|---|---|
| Rio Grande do Sul    | 42,4                                      | 2,0   | 28,0  | 77,2   | 20,3                 | 63,8  | 15,1  |
| Região Sul           | 29,6                                      | 1,4   | 33,2  | 79,0   | 18,2                 | 69,6  | 12,8  |
| <b>Brasil</b>        | <b>33,5</b>                               | <b>2,3</b>                                  | <b>30,1</b>   | <b>62,7</b>  | <b>10,4</b>          | <b>72,5</b>   | <b>10,9</b>   |
| Porto Alegre         | 99,3                                      | 3,0   | 31,2  | 82,6   | 28,0                 | 51,8  | 24,9  |

2014.

Fonte: Brasil, 2016



### 1.3.6.6 HIV/Aids

A AIDS, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome), é uma doença do sistema imunológico humano resultante da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV - Human Immunodeficiency Virus) (WEISS, 1993).

A epidemia de AIDS no Brasil é, de fato, o somatório de subepidemias microrregionais, em interação permanente, devido às distintas composições das populações regionais, aos padrões de mobilidade da população e à diversidade de arranjos e padrões de comportamento sexual, bem como às disparidades sociais, econômicas e demográficas em sua população (PARKER & CAMARGO, 2000).

Os casos de AIDS, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no Estado do Rio Grande do Sul (RS) somavam 70.243 até junho de 2016, tendo taxas superiores à nacional e à região sul, com concentração dos casos na capital e no Vale do Gravataí (SES-RS, 2017).

Tabela 15: Casos de AIDS (número e percentual) notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, segundo local de residência e banco de dados. Brasil, Região Sul e Rio Grande do Sul, no período de 2000 a 2016.

| Local de Residência | SINAN   |      | SIM    |     | SISCEL  |      | TOTAL   |
|---------------------|---------|------|--------|-----|---------|------|---------|
|                     | nº      | %    | nº     | %   | nº      | %    | nº      |
| Brasil              | 445,763 | 70,3 | 47,586 | 7,5 | 140,702 | 22,2 | 634,051 |
| Região Sul          | 104,243 | 75,5 | 8,263  | 6,0 | 25,649  | 18,6 | 138,155 |
| Rio Grande do Sul   | 53,135  | 75,6 | 5,220  | 7,4 | 11,888  | 16,9 | 70,243  |

FONTE: MS/SVS/DIAHV.

NOTAS: (1) Casos notificados no SINAN e SISCEL/SICLOM até 30/06/2016 e SIM de 2000 a 2016,

(2) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL.

(3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Fonte SES-RS, 2017, p. 45.

No município de Gravataí, por orientação do Estado do Rio Grande do Sul, a identificação e notificação de novos casos de HIV pode ser avaliada a partir de 2013, ano em que novos casos de indivíduos infectados pelo vírus passaram a ser notificados.

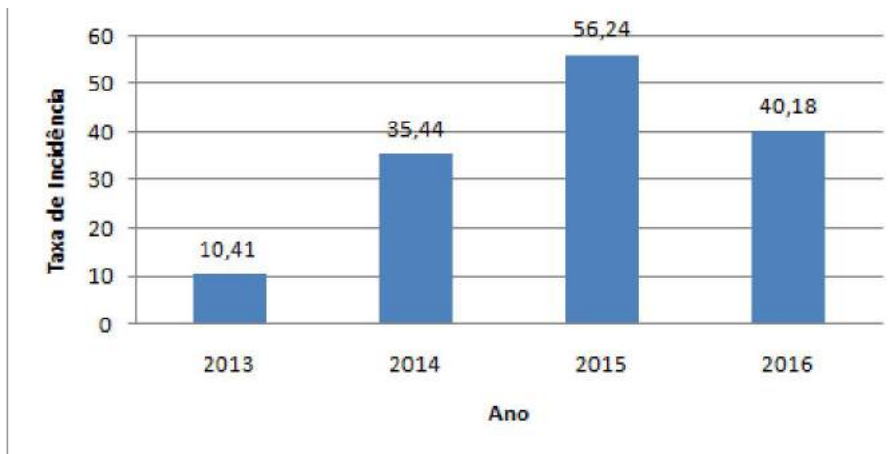
A taxa de detecção de novos casos de HIV em Gravataí entre 2013 e 2016, teve incidência de 10,41 casos a cada 100 mil habitantes no ano 2013, passando a 35,44 casos a cada 100 mil habitantes em 2014, chegando a 56,24 casos a cada 100 mil habitantes em 2015.



A taxa de incidência de 40,18 casos a cada 100 mil habitantes em 2016 mostra redução em comparação ao ano 2015. O gráfico abaixo indica a taxa de incidência de notificação de HIV a cada 100 mil habitantes no município de Gravataí nos anos 2013 a 2016.

O aumento da incidência verificado em 2014 deve-se ao fato da infecção pelo HIV ter entrado na lista nacional de notificação compulsória neste mesmo ano. A maior detecção de casos em 2015 deve-se a implantação de protocolos de informação de HIV bem estabelecidos, originando aumento na taxa de incidência de notificação. As elevadas incidências de novos casos de HIV em Gravataí em 2014 e 2015 denotam que tal agravo é de extrema relevância para a saúde pública local. A redução da taxa de incidência de HIV observada em 2016 pode ter decorrido do desabastecimento do teste-rápido kit ABON<sup>®</sup> para a investigação da infecção pelo HIV, que apresentou problemas e foi recolhido das Unidades de Saúde do município.

Gráfico 12: Taxa de incidência de notificação de HIV por 100 mil habitantes em Gravataí, no período de 2013 a 2016.



Fonte: SINAN / SMS – Município de Gravataí

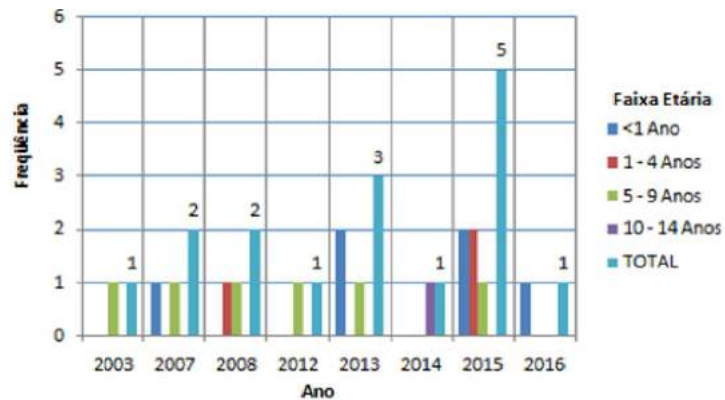
De forma semelhante ao que é observado em adultos infectados pelo HIV, a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) acomete crianças e altera sua função imune, predispondo o organismo a infecções. A AIDS infantil ocorre principalmente devido às gestantes, parturientes e puérperas infectadas pelo HIV que disseminam o vírus por transmissão vertical intra-útero, periparto ou pelo aleitamento materno, respectivamente. O gráfico 3 apresenta a frequência dos casos de AIDS infantil por faixa etária e ano de





notificação dos residentes em Gravataí.

Gráfico 13: Frequência absoluta de casos de AIDS criança por faixa etária, segundo ano da notificação, dos residentes de Gravataí/RS, no período de 2003 a 2016



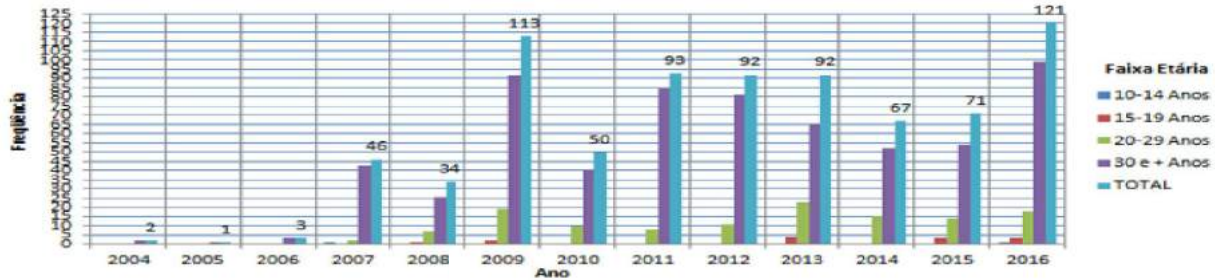
Fonte: SINAN / SMS – Município de Gravataí

A AIDS na população pediátrica do município de Gravataí é um desafio para o Sistema Único de Saúde. Os esforços para proteger as crianças do HIV/AIDS ainda são insuficientes. As intervenções durante o pré-natal, parto e puerpério que são fundamentais para reduzir as chances de transmissão vertical do HIV de mãe para criança ocorrem, diversas vezes, com restrita capacidade resolutiva. Outrossim, o atendimento das gestantes infectadas pelo HIV, seus parceiros sexuais, crianças e adolescentes demanda ações articuladas e mais efetivas para o manejo da epidemia (ORTIGÃO, 1995).

A AIDS na população adulta do município de Gravataí acomete, especialmente, indivíduos a partir dos 20 anos de idade. O número de casos é alto na faixa etária de 20 a 29 anos. Os jovens têm mais parceiros sexuais, protegem-se menos e comportam-se individualmente de modo arriscado (FONTES, 2017). O esforço para combater o HIV/AIDS no município de Gravataí exige estratégias amplas e concentradas na juventude.



Gráfico 14: Frequência absoluta de casos de AIDS adulto por faixa etária, segundo ano da notificação, em Gravataí/RS, no período de 2004 a 2016.



Fonte: SINAN / SMS – Município de Gravataí

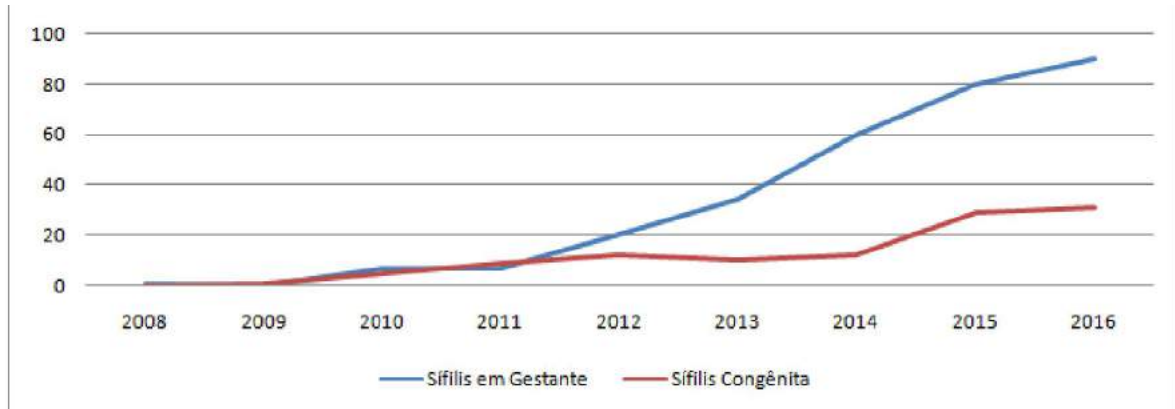
### 1.3.6.7 Sífilis Congênita e Sífilis em Gestante

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, de evolução crônica. A sífilis congênita é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, transmitida por via placentária, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença em gestante não tratada ou inadequadamente tratada. Sua ocorrência evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção dessa forma da doença (BRASIL, 2016b).

A sífilis durante a gestação pode causar uma série de complicações, tais como: aborto, malformações congênitas, morte do recém nascido, desta forma torna-se essencial que se faça o diagnóstico o mais precocemente possível durante o pré-natal para o correto acompanhamento da gestante, realizando o rastreio em dois momentos, no primeiro e no último trimestre (BRASIL, 2016b). O município de Gravataí apresenta aumento na frequência de casos confirmados da doença em sífilis em gestante e sífilis congênita desde os últimos anos (2011-2016), não diferente do estado do Rio Grande do Sul.



Gráfico 15: Frequência dos casos de Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita em Gravataí/RS de 2008-2016



Fonte: SINAN/SMS – Gravataí/RS

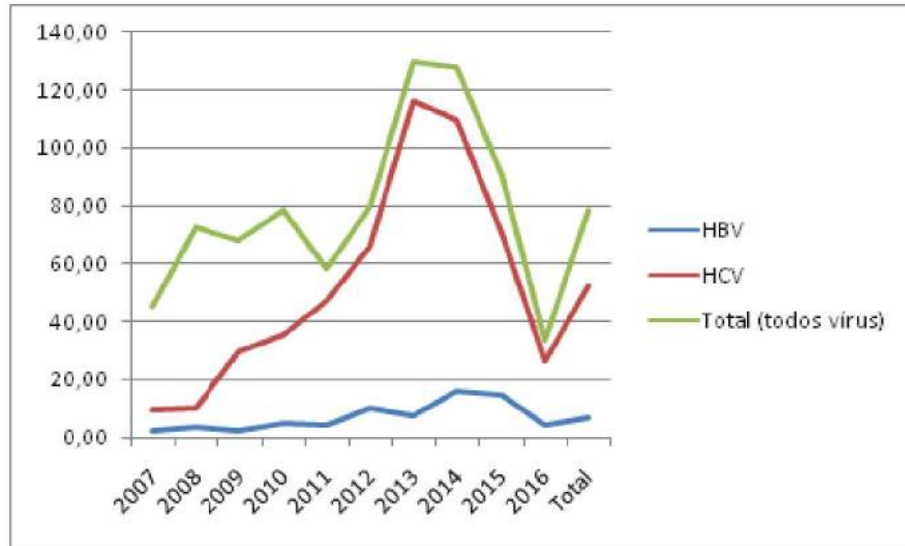
### 1.3.6.8 Hepatites Virais

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes vírus hepatotrópicos que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. Possuem distribuição universal e observam-se diferenças regionais na ocorrência e magnitude destas em todo mundo, variando, de acordo com o agente etiológico. Têm grande importância para a saúde pública em virtude do número de indivíduos acometidos e das complicações resultantes das formas agudas e crônicas da infecção. As hepatites virais são um importante problema de saúde pública, apresentando distribuição universal e magnitude que varia de região para região (BRASIL, 2016b).

A identificação de novos casos de infecção pelo vírus da hepatite aumentou progressivamente de 2007 até 2014, revelando uma incidência extremamente alta nos anos de 2013 e 2014, com cerca de 130 novos casos para cada 100 mil habitantes. Se compararmos com as taxas de incidência nacionais de infecção por vírus das hepatites, evidenciamos que no município de Gravataí a taxa é muito mais elevada.



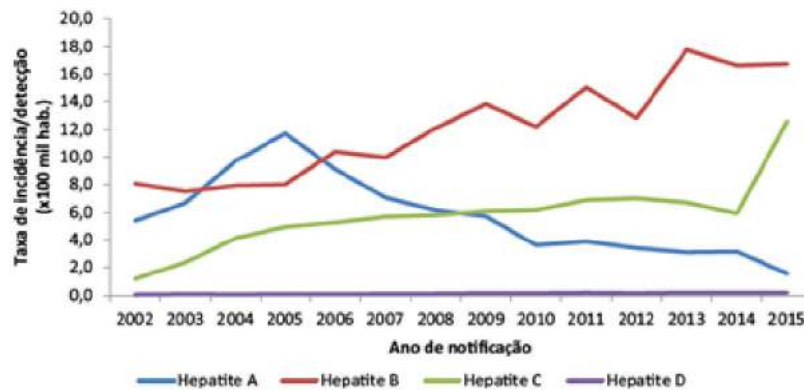
Gráfico 16: Taxa de incidência de casos de hepatites B e C, no município de Gravataí, no período de 2007 a 2016.



Fonte: SINAN/ SMS – Gravataí/RS

A tendência de crescimento da detecção de novos casos de hepatites, especialmente as do vírus B e C, ocorre também em nível nacional. Entretanto, em Gravataí, o vírus responsável por uma possível epidemia de novos casos dessa infecção foi o HCV, como percebe-se no gráfico acima.

Gráfico 17: Taxa de incidência/detecção de hepatites virais, segundo agente etiológico e ano de notificação, no Brasil, no período de 2002 a 2015.



Fonte: BRASIL, 2016



### ***1.3.6.9 Raiva***

Antropozoonose transmitida ao homem pela inoculação do vírus presente na saliva e secreções do animal infectado, principalmente pela mordedura e lambedura. Caracteriza-se como uma encefalite progressiva e aguda que apresenta letalidade de aproximadamente 100% (BRASIL, 2016b).

A raiva ocorre em todos os continentes, com exceção da Oceania e Antártida. É endêmica na maioria dos países africanos e asiáticos. A distribuição da raiva não é uniforme, podendo haver áreas livres e outras de baixa ou alta endemicidade, apresentando, em alguns momentos, formas epizooticas. Praticamente todos os casos morrem. No Brasil, a raiva é endêmica, com grandes variações entre as regiões do país. Até 2005, dezenas de casos de raiva humana eram registrados anualmente no país. A partir de 2006, o número de casos caiu para um dígito e vem se mantendo nessa faixa (BRASIL, 2016b).

Os últimos casos de raiva humana transmitida por cão ou gato, portadores das variantes virais 1 ou 2, ocorreram em 1981 na Região Sul, em 2001 nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste, em 2004 na Região Norte e mais recentemente, em 2013, na Região Nordeste. No ano de 2014, foi alcançada a meta de zero casos, uma vez que não houve registro de raiva humana causada por cão ou gato, com as respectivas variantes citadas (BRASIL, 2016b).

Em Gravataí, no ano de 2013, após quatro anos sem a ocorrência de casos confirmados de raiva animal, foram identificados 23 casos positivos, confirmados laboratorialmente. O total de casos suspeitos notificados foram 38. Desses, 23 casos positivos (diagnóstico laboratorial) em animais da espécie bovina, 13 suspeitos que não tiveram amostra coletada e 1 descartado com resultado laboratorial negativo para raiva.

Para indicação de profilaxia correta e segura é realizada uma avaliação criteriosa dos casos quanto ao tipo de exposição e a condição do animal agressor.

Foram realizados bloqueios vacinais em 2014, 2015 e 2016, como seguem:

Em 2014, 06 bovinos e 03 equinos da zona rural, sendo realizadas 2.083 vacinas em 1726 caninos e 357 felinos.

Em 2015, um bovino positivo para raiva em abril não foi realizado bloqueio por ser na mesma região onde ocorreu bloqueio em novembro de 2014.



Em 2016, ocorreu um caso quiróptero na zona urbana e foi realizado bloqueio vacinal nos meses de janeiro e fevereiro em 615 animais, sendo 511 caninos e 104 felinos.

#### ***1.3.6.10 Leptospirose***

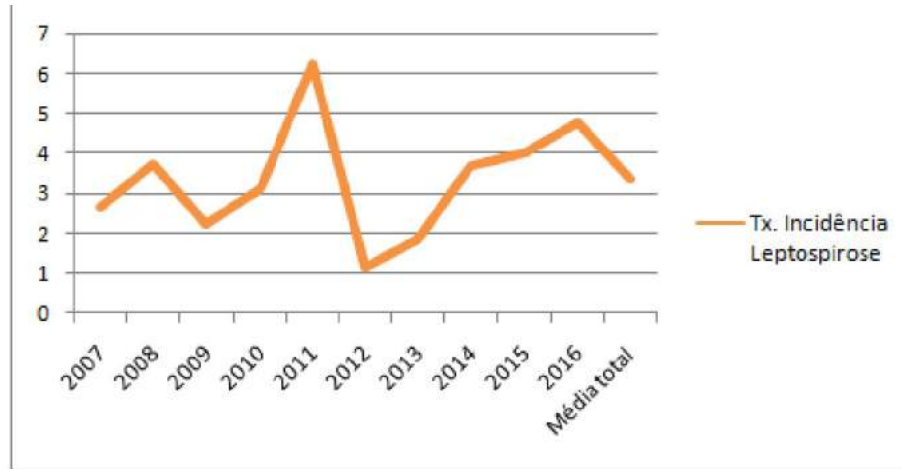
É uma doença infecciosa febril de início abrupto, cujo espectro pode variar desde um processo inaparente até formas graves. Trata-se de uma zoonose de grande importância social e econômica, por apresentar elevada incidência em determinadas áreas, alto custo hospitalar e perdas de dias de trabalho, como também por sua letalidade, que pode chegar a 40%, nos casos mais graves. Sua ocorrência está relacionada às precárias condições de infraestrutura sanitária e alta infestação de roedores infectados. As inundações propiciam a disseminação e a persistência do agente causal no ambiente, facilitando a ocorrência de surtos (BRASIL, 2016b).

A leptospirose apresenta distribuição universal. No Brasil, é uma doença endêmica, tornando-se epidêmica em períodos chuvosos, principalmente nas capitais e áreas metropolitanas, devido às enchentes associadas à aglomeração populacional de baixa renda, às condições inadequadas de saneamento e à alta infestação de roedores infectados (BRASIL, 2016b).

A incidência de leptospirose no município de Gravataí manteve uma variação sazonal de 2007 até 2015, evidenciando taxas de 1,16 a 6,22 casos por 100 mil habitantes a cada ano. Como esperado, a taxa média de novos casos de leptospirose (3,2 casos/100 mil habitantes) foi um pouco maior que a média nacional (2,1 casos/100 mil habitantes) (GRÁFICO 8). O ano com maior incidência foi 2011, fato que se repetiu também no Rio Grande do Sul e na região Sul de uma forma geral.



Gráfico 18: Taxa de incidência de casos de leptospirose, em Gravataí, no período de 2007 a 2016.



Fonte: SINAN/SMS – 2017

Sabe-se que a leptospirose é uma doença que guarda uma relação muito próxima com as condições sanitárias de determinado local. Locais onde há baixo índice de esgotamento sanitário apresentam taxas maiores desse tipo de doença infectocontagiosa. Para reduzir a incidência das doenças infectocontagiosas como a leptospirose e evitar epidemias e surtos de doenças quando em períodos de chuvas ou enchentes, é de extrema importante que o município invista em saneamento básico.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE | GRAVATAÍ | 2018 - 2021

1.3.7 Série Histórica dos Indicadores

Tabela 16: Série Histórica de Indicadores

| Série Histórica Pactuação Interfederativa de Indicadores (2017 - 2021) - Gravataí  |      |  |         |               |         |               |         |               |        |               |         |               |
|--|------|--|---------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|--------|---------------|---------|---------------|
| Indicadores  | Tipo | Ano<br>Unidade   | 2013    |               | 2014    |               | 2015    |               | 2016   |               | 2017    |               |
|  |      |  | Valor   | Meta Estadual | Valor   | Meta Estadual | Valor   | Meta Estadual | Valor  | Meta Estadual | Valor   | Meta Estadual |
| Indicador 1: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)          | U    | Taxa/100000hab.<br>(>=100000hab.) /<br>Absoluto(<100000hab.) | 436,62  | 372,77        | 375,07  | 390,8         | 364,4   | 382,9         | 383,28 | 374,16        | 211,75  | 360,75        |
| Indicador 2: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados  | E    | %  | 100,00% | 90,00%        | 100,00% | 100,00%       | 100,00% | 100,00%       | 84,34% | 100,00%       | 25,49%  | 100,00%       |
| Indicador 3: Proporção de registro de óbitos com causa básica definida   | U    | %  | 94,55%  | 95,00%        | 95,06%  | 95,00%        | 96,07%  | 95,00%        | 93,65% | 95,00%        | 92,58%  | 95,00%        |
| Indicador 4: Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Triplice viral - com cobertura vacinal preconizada. | U    | %  | 25%     | -             | 100%    | -             | 0%      | -             | 50%    | -             | 0%      | 75,00%        |
| Indicador 5: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação   | U    | %  | 100,00% | -             | 83,33%  | -             | 100,00% | -             | 66,67% | -             | 100,00% | 70,00%        |
| Indicador 6: Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes   | U    | %  | 0       | 90            | 100     | 100           | 100     | 100           | -      | 88            | 100     | 85            |
| Indicador 7: Número de casos autóctones de malária - NÃO PACTUADO  | -    | Absolute   | -       | -             | -       | -             | -       | -             | -      | -             | -       | -             |
| Indicador 8: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade   | U    | Absolute   | 17      | 839           | 22      | 665           | 36      | 975           | 33     | 1.508         | 34      | 1.633         |
| Indicador 9: Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade   | U    | Absolute   | 1       | 40            | 1       | 32            | 1       | 32            | 0      | -             | 0       | 32            |
| Indicador 10: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.   | U    | %  | -       | -             | 94,00%  | 65,00%        | 91,91%  | 70,00%        | 92,25% | 80,00%        | 85,70%  | 85,00%        |
| Indicador 11: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária   | U    | Razão  | 0,41    | 0,63          | 0,38    | 0,57          | 0,39    | 0,66          | 0,44   | 0,5           | 0,25    | 0,55          |
| Indicador 12: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária   | U    | Razão  | 0,32    | 0,37          | 0,47    | 0,4           | 0,44    | 0,45          | 0,46   | 0,36          | 0,25    | 0,38          |
| Indicador 13: Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar  | U    | %  | 44,05%  | 45,00%        | 45,87%  | 45,00%        | 50,51%  | 45,00%        | 48,60% | 40,00%        | 47,36%  | 42,00%        |
| Indicador 14: Proporção da gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos   | U    | %  | 15,35%  | -             | 15,14%  | -             | 13,58%  | -             | 13,67% | -             | 11,77%  | 14,00%        |
| Indicador 15: Taxa de mortalidade infantil   | U    | Taxa/1000hab.  | 7,82    | 10,5          | 7,53    | 10,2          | 6,96    | 9,99          | 8,4    | 9,99          | 9,75    | 9,99          |
| Indicador 16: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência   | U    | Taxa/100000hab.  | 0       | -             | 2       | 65            | 2       | 60            | 1      | 55            | 0       | 50            |
| Indicador 17: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica  | U    | %  | 56,90%  | -             | 66,69%  | -             | 71,43%  | -             | 71,57% | -             | 70,69%  | 74,00%        |
| Indicador 18: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família   | U    | %  | 43,41%  | 65,00%        | 33,05%  | 67,00%        | 45,79%  | 69,00%        | 42,96% | 68,00%        | -       | 69,00%        |
| Indicador 19: Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal   | U    | %  | 26,92%  | -             | 20,18%  | -             | 29,31%  | -             | 30,52% | -             | 30,47%  | 44,62%        |
| Indicador 20: Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano   | U    | %  | 100%    | -             | 100%    | -             | 100%    | -             | 100%   | -             | 0,00%   | 100,00%       |
| Indicador 21: Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica   | E    | %  | -       | -             | 0,00%   | -             | 50,00%  | -             | 33,33% | -             | 0,00%   | 17,99%        |
| Indicador 22: Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial de dengue  | U    | Absolute   | 0       | -             | 0       | -             | 0       | -             | 0      | -             | 0       | 4             |
| Indicador 23: Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho  | U    | %  | 100,00% | -             | 100,00% | -             | 100,00% | -             | 88,95% | -             | 100,00% | 95,00%        |
| Indicador RS 1: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar   | U    | %  | 69,12%  | -             | 70,27%  | -             | 71,54%  | -             | 63,72% | 65,00%        | 12,00%  | 70,00%        |
| Indicador RS 2: Proporção de amostras de água com presença de Escherichia coli, em Soluções Alternativas Coletivas   | U    | %  | -       | -             | 10,87%  | -             | 6,67%   | -             | 10,59% | -             | 11,11%  | 8,00%         |
| Indicador RS 3: Proporção de Óbitos por Acidentes de Trabalho Investigados   | U    | %  | 0,00%   | -             | 0,00%   | -             | -       | -             | 0,00%  | -             | -       | -             |
| Indicador RS 4: Taxa de Notificação de Agravos (Acidentes e Doenças) Relacionados ao Trabalho  | U    | Taxa/10.000hab   | 22,93   | -             | 14,15   | -             | 15,87   | -             | 17,83  | -             | 10,56   | 39            |

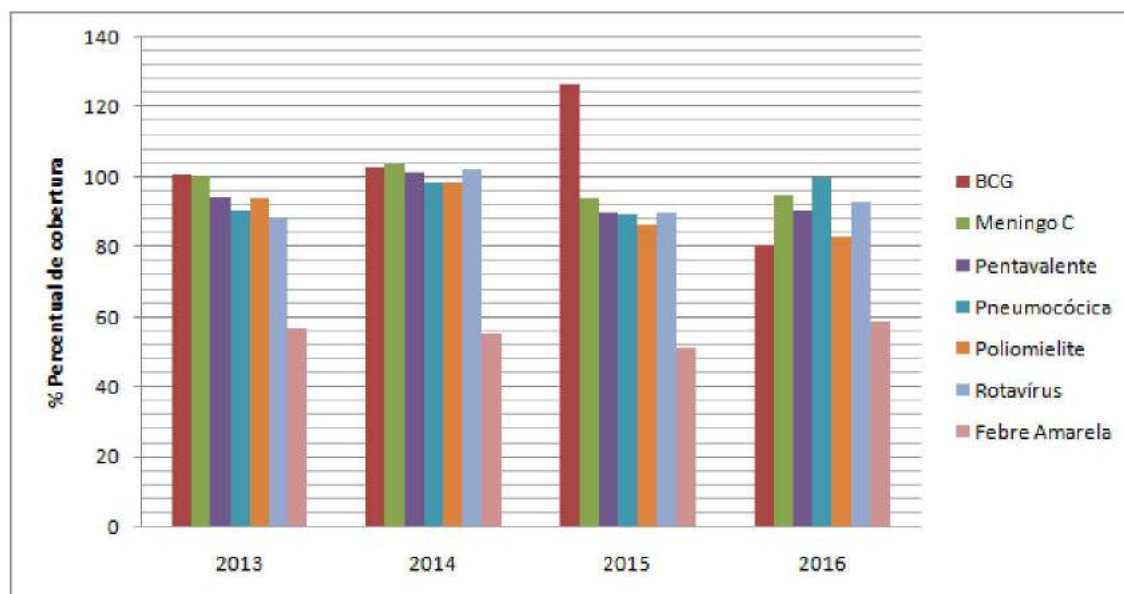
Fonte: BI Saúde/RS





### 1.3.8 Imunizações

Gráfico 19: Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano no município de Gravataí de 2013 a 2016.



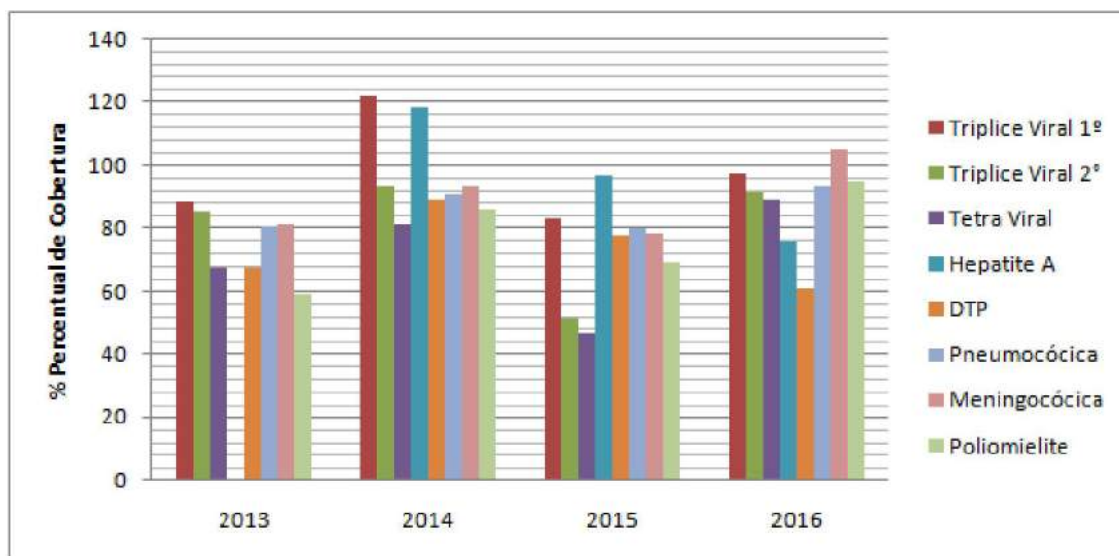
Fonte: VIEMSA/SMS - 2017

Em Gravataí a BCG (bacilo de Calmette-Guérin) vacina contra as formas graves de tuberculose, de 2013 a 2015 manteve-se com cobertura superior a 100%, em 2016 devido a um desabastecimento refletiu na queda da cobertura vacinal. Já a cobertura da meningo tipo C que previne as doenças causadas pelo meningococo C (incluindo meningite e meningococemia), tem apresentado uma cobertura acima dos 94% entre os anos de 2013 a 2016. A vacina pentavalente teve coberturas de 94,65%, 101,4%, 90,15% e 90,36% nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, respectivamente. Já a vacina pneumocócica teve um desabastecimento no ano de 2015 onde a cobertura ficou em 89,48%. A vacina da Poliomielite nos anos de 2013 e 2014 apresentou cobertura entre 94,23% e 98,68%, em 2015 e 2016, esta foi de 86,69% e 83,08%, evidenciando uma diminuição na cobertura vacinal. Já a vacina contra o Rotavírus apresentou em 2013 a menor cobertura de 88,68%, nos demais anos manteve-se acima de 90%. A vacina contra a Febre Amarela (meta de 95%) manteve-se com



cobertura abaixo do preconizado, atingindo em 2013, 2014, 2015 e 2016, 57,03%, 55,44%, 51,35% e 58,75, respectivamente.

Gráfico 20: Cobertura vacinal em crianças maiores de 1 ano no município de Gravataí de 2013 a 2016



Fonte: VIEMSA/SMS - 2017

No município de Gravataí, em 2014 e 2016, a 1ª dose da vacina tríplice viral superou a meta de 95% nos dois períodos. A segunda dose da tríplice viral, somente no ano de 2015, teve sua menor cobertura inferior à preconizada pelo Ministério da Saúde, atingindo 51,60%. Em 2016, a vacina Tetra Viral atingiu cobertura de 89,33%, sendo esta a maior do período estudado. Quanto à vacina contra Hepatite A foi incluída no calendário vacinal no ano de 2014 atingindo sua maior cobertura com 118,35% no mesmo ano. A vacina DTP apresentou sucessivos desabastecimentos prejudicando a cobertura vacinal, atingindo a maior meta, de 89,25%, mesmo que inferior à do Ministério da Saúde, no ano de 2014. A vacina pneumocócica (reforço), para crianças a partir de 01 ano, teve sua maior cobertura no ano de 2016, atingindo 93,51%. O reforço da vacina meningocócica C conjugada apresentou coberturas de 81,09%, 93,07%, 78,52% e 105,30%, nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, respectivamente. A vacina contra a Poliomielite (VIP e VOP reforço), segundo período estudado, no ano de 2016, atingiu sua maior cobertura, 94,87%.



Conforme Calendário Nacional de Vacinação e considerando que o Ministério da Saúde é o órgão responsável pela compra dos insumos e distribuição aos municípios por intermédio dos estados.

As vacinas disponíveis na rede de atenção à saúde de Gravataí, no ano de 2017, considerando o abastecimento regular do Ministério da Saúde, são:

Calendário Básico de Vacinação da Criança: BCG- ID, Hepatite B, Tetravalente, Vacina Oral Poliomielite, Vacina Oral Rotavírus Humano, Vacina Pneumocócica, Vacina Meningocócica, Febre Amarela, Tríplice Viral, Tríplice Bacteriana.

Calendário de Vacinação do Adolescente: Hepatite B, Dupla Tipo Adulto, Febre Amarela e Tríplice Viral.

Calendário de Vacinação Adulto e Idoso: Hepatite B, Dupla Tipo Adulto, Febre Amarela, Tríplice Viral, Influenza Sazonal, Pneumocócica 23- Valente e Dupla Tipo Adulto.



## 1.4 ANÁLISE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE E LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

### 1.4.1 Estrutura Organizacional da SMS e Serviços

Figura 3: Organograma SMS



Fonte: SMS – 2017

### 1.4.2 Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Todo este conjunto tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MS, 2011).



Os serviços de Saúde são as estruturas da AB que desempenham o papel central na garantia de acesso da população à atenção às demandas de saúde. Isto se dá por este serviço estar estrategicamente localizado mais próximo da população. Esta proximidade de onde as pessoas vivem, estudam e trabalham faz com que se fortaleça o vínculo entre o Serviço de Saúde e a população usuária destes serviços.

Contextualizando para o nível municipal, atualmente o município de Gravataí dispõe na AB de 28 Serviços de Saúde. A composição destes serviços se dá através de 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 18 Unidades de Saúde da Família (USF). Esses serviços de saúde estão distribuídos regionalmente pelo território do município e agrupados, considerando suas características comuns, em quatro Distritos Sanitários – DS, DS Centro, DS Rural, DS Norte e DS Sul. Os DS são estruturas administrativas, bem como espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas as estratégias da atenção básica do município. A distribuição das Unidades de Saúde por Gerência Distrital pode-se visualizar na tabela abaixo:

Tabela 16: Unidade e população atendida

| <b>Gerência</b> | <b>Serviços de Saúde</b> | <b>População</b> | <b>Total</b> |
|-----------------|--------------------------|------------------|--------------|
| <b>Centro</b>   | UBS Centro               | 15.404           | 65.839       |
|                 | UBS Vila Aliança         | 12.773           |              |
|                 | USF Granville            | 6.053            |              |
|                 | UBS Itatiaia             | 6.900            |              |
|                 | USF Aristίδes D'Ávila    | 6.944            |              |
|                 | USF Nova Conquista       | 7.182            |              |
|                 | USF Érico Veríssimo      | 10.583           |              |
| <b>Rural</b>    | USF Neópolis             | 6.479            | 40.385       |
|                 | USF Itacolomi            | 6.457            |              |
|                 | USF São Marcos           | 2.651            |              |
|                 | USF Costa do Ipiranga    | 5.411            |              |
|                 | USF Morungava            | 7.065            |              |
|                 | USF Santa Cecília        | 2.553            |              |
|                 | USF Barro Vermelho       | 9.769            |              |



|              |                           |        |          |
|--------------|---------------------------|--------|----------|
| <b>Sul</b>   | UBS COHAB A               | 18.000 | 88.510   |
|              | UBS COHAB B               | 10.000 |          |
|              | USF COHAB C               | 10.525 |          |
|              | UBS São Judas Tadeu       | 26.070 |          |
|              | USF Princesa Isabel       | 9.980  |          |
|              | USF Parque dos Anjos      | 13.935 |          |
| <b>Norte</b> | UBS São Geraldo           | 10.816 | 85.901   |
|              | UBS Bonsucesso            | 6.600  |          |
|              | UBS Vera Cruz             | 8.931  |          |
|              | UBS Vila Branca           | 9.654  |          |
|              | UBS Morada do Vale I      | 20.000 |          |
|              | USF Águas Claras          | 13.600 |          |
|              | USF Parque dos Eucaliptos | 9.400  |          |
|              | USF Morada do Vale II     | 6.900  |          |
| <b>Total</b> |                           |        | 280.635* |

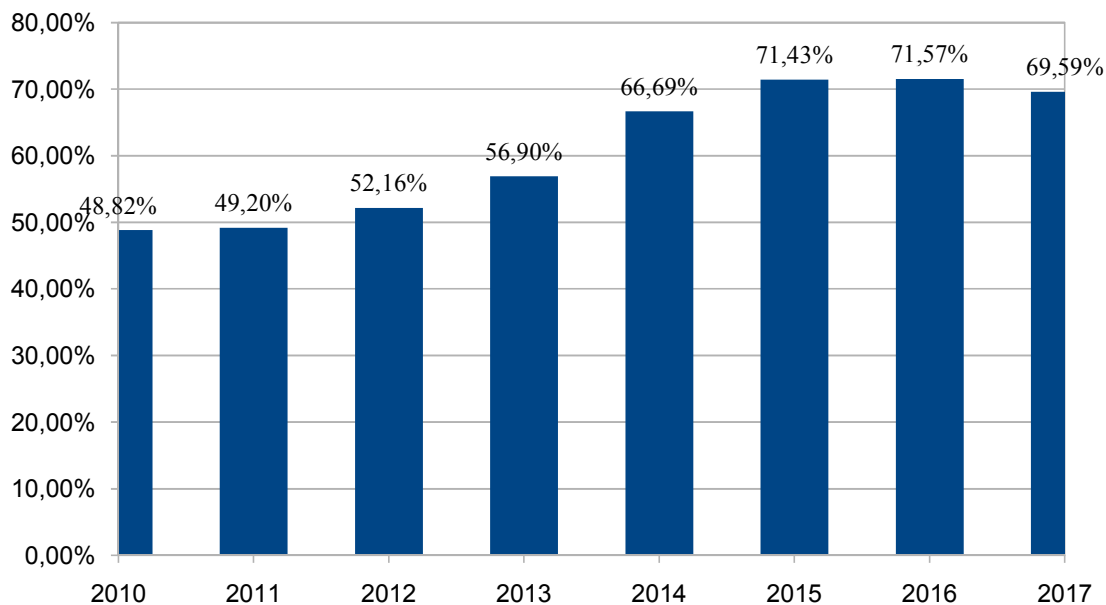
\* *Contagem populacional estimada*

Fonte: DAB/SMS - 2017

As UBS's possuem equipes multidisciplinares, as quais podem incluir clínico geral, pediatra, ginecologista, odontólogo, enfermeiro e equipe de enfermagem. Com esta composição, atuam em um modelo de atenção assistencial que, por vezes, é segmentado por categoria profissional e tem foco centrado na figura médica. A efetivação de processos assistenciais mais inclusivos e humanizados nas UBS's é dificultada pelo excesso de população atendida em cada serviço que, em alguns casos, ultrapassam o recomendado pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).



Gráfico 21: Cobertura Populacional da Atenção Básica - Gravataí



Fonte: DAB/2017.

Apesar do sensível aumento da cobertura populacional da AB nos últimos anos, conforme demonstrado no gráfico acima, ainda temos uma cobertura de AB inferior a meta estadual, que é de 74%, esta situação reflete diretamente nos serviços que, independentemente dos esforços, não conseguem atender satisfatoriamente as demandas da população. Assim, principalmente nas Unidades com maior densidade populacional visualizadas no quadro inicial (UBS Centro, UBS Vila Aliança, UBS COHAB A, UBS São Judas Tadeu, UBS São Geraldo, UBS Vila Branca e UBS Morada do Vale I), fica evidenciada a dificuldade de acesso da população. Este fato acaba gerando uma grande demanda reprimida que, historicamente, provoca filas de espera para atendimento nas especialidades básicas, principalmente clínica geral, ocasionando exposição dos usuários às más condições climáticas nas madrugadas, insegurança, bem como insatisfação tanto por parte dos usuários quanto das equipes.

Acreditamos que a consolidação da territorialização e da regionalização nas unidades tradicionais constitui um desafio, o qual apenas será viável com a construção de novas unidades de atenção básica e conversão gradativa das unidades tradicionais em saúde da família. A partir deste movimento, então promover gradativamente o acolhimento espontâneo da demanda livre para acesso da Unidade. Neste sentido, o município deve buscar



financiamento junto à União e desenvolver projetos para tal. No entanto, com o histórico de investimento insuficiente na Atenção Básica, essa situação não deverá melhorar satisfatoriamente a curto/médio prazo, sendo necessária a busca de saídas emergenciais.

Em 2016, motivado pela problemática crescente da venda de fichas nas Unidades, com a finalidade de oferecer um maior conforto e facilitar o acesso aos pacientes, foi iniciado um Projeto Piloto de Teleagendamento de consultas, utilizando o Sistema Informatizado da IPM. Para tal, foi escolhida a especialidade básica com maior demanda reprimida, a Clínica Geral, e priorizadas as cinco Unidades com maiores queixas de acesso da população: UBS Morada do Vale I, UBS São Judas Tadeu, UBS COHAB A, UBS São Geraldo e UBS Vila Branca. Em quatro meses de funcionamento, foram agendadas 6691 consultas para Clínico nestas cinco Unidades, e foi possível medir a insuficiência de oferta: um total de 2961 pacientes não conseguiu agendamento (44,54%).

Outro ponto que merece atenção é a fragilidade que ficou demonstrada em relação à estrutura física destas unidades, principalmente referente à rede de INTERNET e computadores. Não o bastante, outro desafio a ser enfrentado é relacionado ao suporte na Sede do Teleagendamento no que diz respeito à telefonia, devido ao grande volume de ligações recebidas diariamente. Para o próximo período serão consideradas essas fragilidades surgidas no Projeto piloto a fim de sanear as dificuldades e ampliar o Teleagendamento para as outras Unidades Básicas de Saúde tradicionais com dificuldade de acesso.

No que se refere à precariedade da estrutura física das Unidades de Saúde, constata-se que a maioria se localiza em imóveis muito antigos, sem a manutenção adequada ou até locados e adaptados, não oferecendo assim, ambiência e acessibilidade necessárias aos trabalhadores e usuários. Com o objetivo de oferecer uma estrutura física acolhedora e dentro dos padrões de qualidade adequados ao trabalho em saúde, em 2013 o município aderiu ao programa federal Requalifica UBS. Esse visava captar recursos financeiros para reforma de cinco unidades, ampliação de outras cinco e construção de cinco novas unidades de Atenção Básica. No entanto, devido a dificuldades de elaboração dos projetos arquitetônicos pelo Setor de Planejamento, licitação das empresas e também dificuldade financeira do município em relação ao pagamento da contrapartida necessária para a realização das obras, nenhuma das Unidades foi reformada ou ampliada e apenas duas Unidades foram construídas, a USF COHAB C e a USF São Vicente (ainda em execução).





Ainda no quesito estrutura física, foram reformadas algumas Unidades de Saúde, como a USF Morada do Vale II, a USF Parque dos Eucaliptos, a UBS São Judas Tadeu, a USF Morungava, USF Barro Vermelho e UBS Morada do Vale I. A USF Neópolis está em fase de reforma e ampliação e a UBS São Geraldo mudou-se para novo imóvel locado com estrutura adaptada e adequada. No entanto, em sua maioria, a estrutura física ainda é bastante precária, necessitando de captação de novos recursos para ampliação e reforma (UBS Bonsucesso, UBS COHAB B) ou somente reforma (UBS Vera Cruz, UBS Vila Branca, UBS COHAB A, UBS Centro, USF Aristides D'Ávila, USF Érico Veríssimo, USF Granville, USF Nova Conquista, USF Princesa Isabel, USF Santa Cecília e USF São Marcos). Constata-se necessária ainda a construção, para substituição de estrutura locada e sem condições de acessibilidade, da USF Itatiaia e construção de um novo serviço de saúde, a USF Parque Olinda, a fim de diminuir a demanda da UBS São Judas Tadeu.

No fortalecimento e construção da Atenção Básica como ordenadora da rede, a equipe do Departamento de Atenção Básica tem tido participação atuante na formação e nas discussões de todas as Redes de Atenção em Saúde constituídas no município, assim como também representação nas Comissões Técnicas da SMS (Farmacêutica e de Materiais). As Redes de Atenção à Saúde constituem-se em arranjos organizativos formados por representantes de serviços de saúde com diferentes segmentos e missões assistenciais, articulados de forma complementar.

As Comissões Técnicas são formadas por servidores dos diferentes setores da Secretaria Municipal da Saúde, com o objetivo de racionalizar/equalizar/padronizar os processos de compra dos insumos necessários. Assim torna-se possível manter uma discussão/avaliação em caráter permanente do que é adquirido, priorizando as reais necessidades e a qualidade destes insumos.

Outra estratégia para melhoria dos processos de trabalho, educação em saúde, planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela atenção básica, que a gestão tem buscado é a informatização e conectividade da rede. Isso será realizado através da adesão a programas federais e estaduais como o Qualisus e o Rede SUS-RS, possibilitando assim a utilização crescente do Telessaúde, o qual visa aumentar a resolutividade da AB.

No entanto, ainda enfrentamos graves problemas para efetivar a informatização nos serviços de saúde devido à inadequação das estruturas físicas, como rede elétrica e



conectividade, visto que a rede de INTERNET, em alguns locais no município, ainda é bastante precária e insuficiente. Outro desafio relaciona-se à equipe de apoio de TI, que atualmente no município é centralizada e não atende a contento às demandas da SMS e das Unidades de Saúde. Como meta, temos a superação das dificuldades descritas a fim de efetivar de fato a informatização com utilização de Prontuário Eletrônico nas Unidades.

Com esse mesmo objetivo de qualificar a assistência prestada, implantamos os protocolos de enfermagem na Atenção Básica, regulamentados pelo município através da Instrução Normativa Nº 2/2013. Esses, aliados ao processo de sistematização da assistência de enfermagem, têm respaldado e consolidado a atuação do profissional enfermeiro no atendimento à população.

São vários os desafios a serem enfrentados no fortalecimento da AB no município e para isto é fundamental solucionar a problemática dos recursos humanos, que hoje não contemplam a totalidade da estrutura existente. Essa questão tem sido resolvida de maneira emergencial nas Unidades Básicas através de empresa de serviços médicos e na Saúde da Família através da adesão ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). A alocação destes profissionais seja em equipes existentes ou para compor a equipe em virtude de não dispor do profissional como também adequar o número de equipes em virtude do crescimento populacional tem sido um grande potencializador na garantia de acesso da população aos serviços de AB. No entanto, em 2016, o PMMB, passou por reformulações a fim de priorizar a entrada de médicos brasileiros no Programa, atendendo assim as entidades representativas dos médicos, o que tem causado descontinuidade do Programa, com demora de reposição dos médicos cubanos em término de missão.

Destacamos as ações que visam a promoção da saúde e a prevenção de doenças e/ou agravos realizados pela AB muitas delas com interface com outros setores da estrutura pública, como exemplo, temos as ações colaborativas entre as escolas e as unidades de saúde vêm ocorrendo ao longo dos anos. Em abril de 2014 foi instituído, através do Decreto 13.664, o Programa Saúde na Escola (PSE) e o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM-PSE), com a finalidade de contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens.



O GTIM-PSE, que é composto pelos membros da SMS, SMED, SMFCAS, SMASP, SGCOM, SMEL, 28ª CRE, bem como por outras entidades e representantes do controle social, é responsável pela gestão do PSE e, intersetorialmente, pactua, monitora e avalia as metas de cobertura das ações referentes à execução do programa nos territórios de responsabilidade compartilhada. Este grupo tem realizado pactuação anual de ações com as Unidades e Escolas, que tem sido mantidas e fortalecidas com as realizações de Mostras Municipais, Semanas de ações de Saúde na Escola e cronograma anual de capacitações para toda a rede.

Outro ponto que destacamos é a proximidade efetivada entre as equipes dos serviços de saúde da AB com o Bebê Saúde. O bebê Saúde atua nas áreas onde o risco e de vulnerabilidade social se apresentam como risco à saúde da população sensível a esta condição. A atuação se dá através de visitas domiciliares de estagiários de enfermagem, nutrição ou psicologia (todos sob supervisão de servidores do quadro da SMS), com periodicidade e tema concordante com a demanda.

#### ***1.4.2.1 A Estratégia de Saúde da Família***

A Estratégia de Saúde da Família – ESF teve seu nascimento em nível nacional no ano de 1994, ocasionando uma inegável ampliação do acesso da população à assistência a saúde em âmbito nacional e uma reorganização da rede assistencial garantindo ainda universalização ao acesso da população à AB. A ESF se dá através da parceria entre os três entes federados (município, estado e nação), mas é no município que as ações acontecem e os desafios se apresentam.

A ESF visa à reversão do modelo assistencial vigente, onde predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. A ESF inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentado, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais



comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Impõem-se, assim, diferentes responsabilidades de assistência ao usuário. Os profissionais da Estratégia realizam atendimentos individuais aos usuários do SUS (consultas médicas, de enfermagem e odontológicas), grupos de educação em saúde, visitas domiciliares (todos os profissionais), atividades educativas em sala de espera, atividades em escolas e creches, acolhimento aos usuários (atendimento à demanda espontânea), atendimentos agendados e reuniões de equipe semanais para programação das ações bem como planejamento, organização e avaliação do atendimento prestado.

A Implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Gravataí iniciou no ano de 2005, com criação de lei municipal de criação dos empregos públicos para os profissionais atuantes na ESF (contratados via CLT, com vínculo direto com a Prefeitura Municipal). Nesta mesma lei também ficou prevista a conversão de profissionais estatutários do quadro da Secretaria Municipal de Saúde com interesse em atuar na ESF através de um processo de seleção interna, regulamentado pelo Decreto Municipal Nº 13.501.

No mês de dezembro de 2005 foi então realizado processo seletivo público e no mês de fevereiro foram chamados os primeiros profissionais e iniciada a formação das primeiras sete Equipes de Saúde da Família (EqSF) que foram habilitadas durante o ano de 2006. Constituíram estas equipes no Distrito Sanitário (DS) Centro pelas Unidades Saúde da Família Érico Veríssimo (equipe tripla), Aristides D'Ávila (equipe dupla) e no DS Rural pela Unidade de Saúde da Família Santa Cecília (equipe única) e São Marcos (equipe única). Seguiu a partir de então a ampliação da ESF através da implantação de novas EqSF e no ano de 2007 mais seis equipes foram implantadas no DS rural nas USF Neópolis (equipe dupla), USF Itacolomi (equipe dupla) e no DS centro na USF Nova Conquista (equipe dupla). No ano de 2008 a criação de novas EqSF ocorreram no DS Rural na USF Morungava (equipe dupla) e no DS centro na USF Granville (equipe dupla) e na USF Barro Vermelho (equipe tripla) totalizaram mais sete EqSF. Após um período de praticamente quatro anos sem ampliação da cobertura por ESF, esta ocorre no ano de 2012 com mais duas EqSF com a conversão da Unidade de Saúde Costa do Ipiranga no DS rural.

No ano de 2014, impulsionado pelo Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e principalmente pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), o município



conseguiu habilitar mais 16 equipes de Saúde da Família e 5 equipes de Saúde Bucal. Em 2015, inauguramos mais duas Unidades de Saúde da Família, desta forma, totalizando 43 equipes de saúde da família habilitadas junto ao Ministério da Saúde, 15 equipes de saúde bucal e 168 agentes comunitários de saúde, cobrindo 57,25%.

Reitera-se a importância da participação da população como ferramenta do controle social nas comunidades reforçando a parceria com o Conselho Municipal de Saúde. Como meta para os próximos anos o município buscará a ampliação e qualificação da atenção, isso se dará através de reformas e da criação de novos serviços, contemplando os vazios assistenciais em algumas regiões do município.

No próximo período, objetivamos continuar a conversão da rede tradicional em Saúde da Família bem como a construção de novas Unidades, por acreditarmos que somente um modelo mais focado na prevenção e que ofereça um acolhimento adequado poderá qualificar a situação atual existente na Atenção Básica. No entanto, evidencia-se que o aumento da cobertura ocorrido no último período, oportunizando assim maior acesso da população à AB, teve uma desproporção em relação ao planejamento das áreas de apoio, principalmente em relação à manutenção e à regulação de acesso ao apoio diagnóstico e de média complexidade.

Desta forma, nos dois primeiros anos da vigência deste plano, faz-se necessária a estruturação destas questões pendentes bem como o enfrentamento da problemática de déficit de RH encontrada. Principalmente em relação à carência de pessoal (área médica e de Agentes Comunitários de Saúde nas equipes existentes). Desta forma, dando sequência aos planos de ampliação, é necessário, neste momento, priorizarmos as áreas existentes de saúde da família com problemas de mapeamento devido ao grande crescimento populacional. As principais unidades que enfrentam esta problemática são a USF Parque dos Anjos, onde é necessária a implantação de mais uma equipe de saúde da família, assim como na USF Érico Veríssimo. Já na USF Neópolis, além da ampliação de mais uma equipe de saúde da família, também faz-se necessária a implantação de uma equipe de saúde bucal, já que aquela equipe não conta atualmente com nenhuma equipe de SB. Já na área da USF Barro Vermelho, está em construção o Loteamento Breno Jardim Garcia, onde residirão 2.025 famílias, que hoje moram em áreas de risco. Está sendo construído pelo empreendimento uma Unidade de Saúde no local, sendo necessário a implantação de duas equipes de Saúde da Família e 1 equipe de Saúde Bucal, para atender esta população.



Diante desta necessidade de ampliação de serviços, além do incremento no quadro de pessoal, remapeamento e mobiliário, será de extrema relevância que a estrutura física seja compatível com tal realidade. Assim sendo, segue-se ainda um grande desafio ao Departamento de Manutenção, pois deverá ser capaz de executar reformas e ampliações, além de manutenção das demais unidades e serviços do município.

Além da adequação de equipes de ESF em relação ao aumento população já descritas acima, outra meta é seguir na conversão de Unidades tradicionais em áreas contíguas como a UBS Bonsucesso com mais quatro equipes de saúde da família e também o término da construção e implantação de Saúde da Família na USF São Vicente que abrigará quatro Equipes de saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal.

Também objetivamos a captação de recursos, para a construção da USF Parque Olinda, contígua à USF Princesa Isabel, com ampliação de 4 ESF e 1 ESB. Ao final teremos então, a ampliação de mais seis equipes de Saúde Bucal e mais 18 Equipes Saúde da Família, totalizando 74,35% de cobertura.

A fim de potencializar e qualificar as ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, que em geral tem tido uma alta resolutividade e uma sobrecarga importante de acompanhamento de pacientes graves e intermediários em grande parte devido ao apoio deficitário da atenção secundária, principalmente nas áreas de saúde mental, objetivamos a implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Implantação esta de forma gradual até atingir a totalidade das equipes de saúde da família. Para tal, é necessário buscar o aporte financeiro federal e estadual correspondente e também a construção de uma lei instituindo o NASF, bem como a maneira de contratação dos profissionais.

Visando qualificar o serviço prestado à população e valorizar os trabalhadores, as equipes de Saúde da Família aderiram em sua totalidade ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A Lei nº 3.460 de 27 de Março de 2014 institui o incentivo financeiro a que os trabalhadores terão direito, em conformidade com a classificação recebida na avaliação de desempenho realizada pelo Ministério de Saúde. Cabe ressaltar que esta forma de utilização do recurso serve de modelo a outros municípios, assim como a formação de grupo de trabalho com representantes de todas as equipes do PMAQ, espaço de troca de experiências e acompanhamento das ações a fim de qualificar a atenção prestada à população. No processo de certificação, a nota final da equipe é composta



por: Implementação de Processos autoavaliativos, realizado no município através do autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (AMAQ), verificação do desempenho alcançado para o conjunto dos indicadores contratualizados e verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidades.

Em Agosto de 2016, foi realizada adesão de todas as Equipes de Saúde da Família no 3º ciclo do PMAQ, com isto, haverá alteração dos recursos financeiros recebidos e deverá ser elaborada com representação das Unidades, a discussão sobre alteração da lei municipal do PMAQ. Esta nova legislação deverá adequar-se a nova realidade financeira e também avaliando a viabilidade de inclusão de indicadores de desempenho e qualidade próprios do município para fins de premiação das equipes.

Concomitante a todo este processo descrito acima um outro desafio a ser enfrentado pela AB se apresenta principalmente à ESF referente à substituição programada pelo Ministério da Saúde do SIAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica). O SISAB foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Até então o SIAB era utilizado para alimentação da produção realizada pela equipe de SF e consequente manutenção dos recursos financeiros referentes da ESF aos municípios. O SIAB foi gradualmente substituído em todo território nacional pelo SISAB através da implantação do sistema e-SUS que agora é o responsável pela alimentação da produção realizada pelas equipes de SF.

A Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) conta com dois softwares para a captação de dados: a Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), os quais alimentam o SISAB. A principal reestruturação é o registro das informações em saúde de forma individualizada, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, assim como da produção de todo profissional da AB.

A CDS é composta por dez fichas para o registro de informações: Cadastro Individual, Cadastro Domiciliar, Ficha de Atendimento Individual/Ficha Complementar, Ficha de Atendimento Odontológico Individual, Ficha de Atividade Coletiva, Ficha de Procedimentos, Ficha de Visita Domiciliar, Avaliação de Elegibilidade (Para uso exclusivo de SAD) e Admissão e Ficha de Atendimento Domiciliar (Para uso exclusivo de SAD). A entrada de



dados individualizados por cidadão abre caminho para a gestão do cuidado e aproximação desses dados ao processo de planejamento da equipe. A CDS é um software de caráter transitório, a ser utilizado até que os municípios alcancem os padrões necessários para implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), pois não é necessário que as UBS estejam informatizadas ou que tenham conexão com internet.

O PEC é formulado para atender às equipes de AB lotadas em UBS parcialmente ou totalmente informatizadas. Esse sistema é usado para inserir os registros clínicos dos atendimentos e também as fichas de CDS preenchidas pela equipe em seu processo de trabalho. Funciona a modo de dar as equipes um suporte clínico com uma tecnologia avançada.

No momento, a nível municipal, enquanto não temos uma informatização a contento dos serviços de saúde, optamos pela modalidade de Coleta Simplificada de dados (CDS). Esta é uma realidade comum aos municípios brasileiros, pois como exige um aparato de informatização menor acaba sendo mais rápida sua implantação. A CDS se adapta as diferentes realidades no quesito informatização, porém quanto menos potencial de informática disponível no serviço maior a logística para operacionalização e envio dos dados. Com a decisão de governo municipal de utilização de sistema próprio (IPM) que interligará todos os órgãos da Prefeitura, se este também for opção na Saúde da Família, será necessário que este sistema alimente o e-SUS de maneira plena e sistemática. Dessa forma é necessário que a equipe responsável pelo desenvolvimento sistema próprio (IPM) faça a customização, por meio da ferramenta THRIFT, viabilizando o envio dos dados gerados na IPM para o SISAB.

A informatização da rede para utilização seja da plataforma e-SUS disponibilizada gratuitamente pelo Ministério da Saúde (MS) seja pela IPM, trata-se de um processo irreversível, pois como já anunciado pelo MS, todos os municípios da federação deverão utilizar o PEC em seus serviços de saúde. Não sendo assim, corre-se risco do município ser punido com suspensão de recursos financeiros advindos do PAB variável. Este sistema informatizado dará maior agilidade de acompanhamento, avaliação, transmissão de dados ao MS, elaboração de relatórios e autonomia, tanto para as equipes de saúde como também para a gestão no acompanhamento de seus serviços de saúde.

Todo este processo de informatização que se apresenta como desafio para a AB, principalmente na ESF, precisa ser acompanhado também da criação de um núcleo de





informática na própria SMS para suporte tanto na implantação do sistema como também na sua manutenção. Certamente as demandas para este setor serão crescentes e constantes e demandarão muita proximidade com as equipes para que não se tenha prejuízo tanto ao profissional servidor no atendimento ao usuário como também ao próprio usuário. Vale ressaltar ainda que um setor de informática lotado na própria SMS, além da proximidade com as equipes de saúde, ainda se justifica pela própria especificidade da SMS, do próprio sistema e também das demandas.

### **1.4.3 Atenção Especializada, Núcleos de Apoio Estruturados e Redes de Atenção**

#### ***1.4.3.1 Rede Cegonha***

##### **1.4.3.1.1 Organização**

- Política de Atenção Integral à Saúde da Criança, Adolescente (PAISCAD) e Mulher (PAISM): Compreende a gestão dos programas envolvidos diretamente com a saúde das crianças, adolescentes e mulheres. A partir de 2011, o município de Gravataí pactuou a implantação da Rede Cegonha, visando à promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade (Diretriz 3 do Plano Nacional de Saúde). A estruturação dessa rede envolve ações no âmbito da atenção primária – planejamento familiar, pré-natal, puerpério, atendimento integral à saúde da criança – e no âmbito da atenção especializada (pré-natal da gestante de risco, atenção ao parto e nascimento, atenção ao recém-nascido de risco, urgências e emergências, mulheres e crianças em situações especiais). Essa estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil está baseada na organização e desenvolvimento da Rede Cegonha através de um conjunto amplo de medidas do município voltadas a garantir:

- Acolhimento, ampliação de acesso e qualidade do pré natal;



- Vinculação da gestante à unidade de referência;
- Boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Atenção à saúde da criança de zero a 24 meses com qualidade e resolubilidade;
- Atenção à saúde da criança acima de 2 anos, adolescente e mulher

Em 2014, houve a formação do Grupo Condutor da Rede Cegonha Municipal, inicialmente com representantes da gestão municipal (DAS, DAB, Programa Bebê Saúde) e do Hospital Dom João Becker. Foi então constituído o Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, visando o planejamento e acompanhamento da linha de cuidado mãe-bebê, tendo como papel a discussão, a tomada de decisões e a verificação do andamento da saúde da mulher, da criança e do adolescente. O trabalho do grupo também tem o compromisso de organizar capacitações, matriciamentos e encontros com os profissionais da rede básica e do hospital para o estímulo ao conhecimento de assuntos pertinentes e ao aprimoramento do processo de trabalho, como exemplo valorizando o conceito do parto humanizado priorizado pela Rede Cegonha. O Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha é constituído pelos seguintes atores:

- Departamento de Atenção à Saúde - DAS: reunindo Política de Atenção Integral a Saúde da Criança e Adolescência - PAISCAD e Política de Atenção à Saúde da Mulher – PAIM;
- Divisão de Atenção Básica – DAB;
- Bebê Saúde – PIM;
- Vigilância em Saúde – VIEMSA;
- Central de Regulação;
- Serviço de Assistência Especializada – SAE;
- SAMU;
- Conselho Municipal de Saúde – CMS;
- CMDCA (Conselho Municipal dos direitos das crianças e adolescentes);
- Conselho Tutelar;



- HDJB (Hospital Dom João Becker);
- APPM (Assessoria de Políticas Públicas para Mulheres).

Em agosto de 2015, com a portaria 1130, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. Para fins da PNAISC, considera-se :

I – criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 120 (cento e vinte) meses; e II – primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) a 72 (setenta e dois) meses. Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, 192 (cento e noventa e dois) meses. A PNAISC se estrutura em 7 eixos estratégicos, com finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança:

I - Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto-nascimento e ao Recém-nascido

II- Aleitamento materno e alimentação complementar saudável

III- Promoção e Acompanhamento de crescimento e do desenvolvimento integralidade

IV- Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas

V- Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura da paz

VI- Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidades

VII- Vigilância e prevenção de óbito infantil, fetal e materno.

O conjunto total de diretrizes e indicadores da Rede Cegonha abrange:

**Grupo 1:** Diretrizes (Portaria GM/MS 1459/2011) e Indicadores estratégicos (Portaria GM/MS 650/2011):

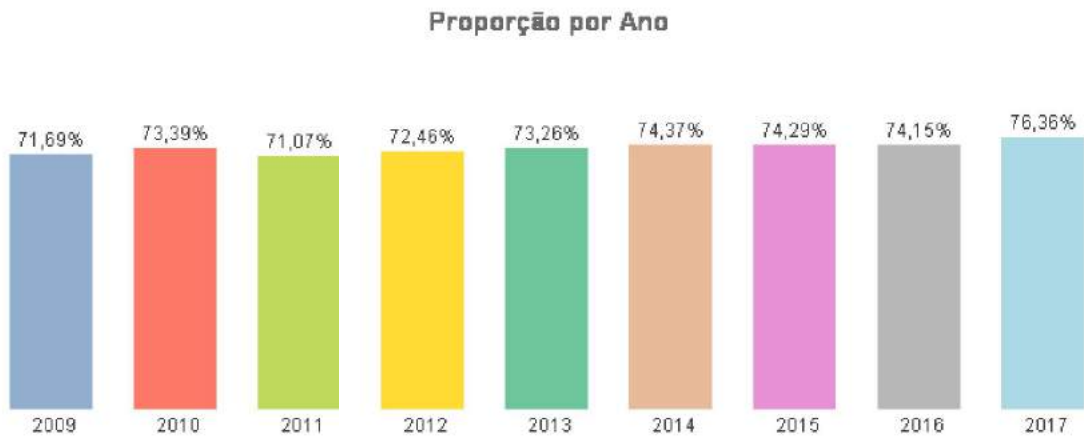


#### 1.4.3.1.2 Componente PRÉ NATAL:

O Atendimento primário à saúde da gestante acontece na rede municipal em todas as Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Tradicionais de Saúde (UBS), realizadas pelo Médico de Saúde da Família e Ginecologistas. Em 2014, as enfermeiras do município foram capacitadas, através de protocolos pré-estabelecidos, para o atendimento do pré-natal de baixo risco. O Pré-natal de baixo risco oferta teste rápido gestacional em todas as Unidades de Saúde da Atenção Básica para captação precoce das grávidas com primeira consulta antes de 16 semanas de idade gestacional, realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal e consulta de revisão puerperal antes de 42 dias pós-nascimento. São ofertados também testes rápidos de HIV e sífilis com meta de 100% das gestantes.

Historicamente, desde 2009, Gravataí tem se mantido com mais de 70% dos nascidos vivos com mais de sete consultas pré-natal, situação melhor que encontrada na região 10. A ampliação da Estratégia de Saúde da Família e a contínua capacitação dos pré-natalistas ajudará no vínculo de qualidade dessas gestantes às unidades. A garantia de atendimento e qualidade do parto de risco habitual no hospital de referência (HDJB) e a manutenção do curso de gestantes com a instituição da visita à maternidade de referência no pré-natal reforça o papel da rede municipal.

Gráfico 22: Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal



Fonte: SES/RS, JUL/2017



Gráfico 23: Indicador 14: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas



etárias 10 a 19 anos;

Fonte: SES/RS, JUL/2017

#### INDICADOR 14: PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS 10 A 19 ANOS

A proporção de gravidez na adolescência, compreendendo as faixas etárias 10 a 19 anos, no município de Gravataí demonstra uma diminuição de sua série histórica, desde 2009, mantendo-se desde 2015 entre 12 e 13 %, número de cerca de 500 gestantes adolescentes por ano.

##### 1.4.3.1.3 Componente Parto e Nascimento

O aumento importante da porcentagem de partos cesáreos, acima dos 25% preconizado pelo ministério da saúde, superando o de partos normais desde 2010, fez com que o município trabalhasse para a instituição da Rede Cegonha através do financiamento federal, com a adequação da ambiência do centro obstétrico e maternidade para “centro de parto normal” (salas PPP – pré parto, parto, puerpério) no hospital de referência. A prioridade tem sido a discussão da incorporação das “boas práticas” de atenção ao parto e nascimento e inserção contratual de indicadores estratégicos que indicam o monitoramento e avaliação da



implantação e qualificação da Rede Cegonha. A implantação do acolhimento de todas as gestantes, garantindo o acesso com classificação de risco em obstetrícia e neonatologia nas portas da maternidade é uma medida importante para o atendimento prioritário das gestantes. Outra meta são as capacitações para o conhecimento integral dos profissionais das unidades sobre a Rede Cegonha, visando a coesão de toda a rede.

Gráfico 24: Indicador 13: Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar



Fonte: SES/RS, JUL/2017

### INDICADOR 13: PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SUS E NA SAÚDE COMPLEMENTAR

A proporção de Parto Normal no município tem se mantido acima da meta estadual, a partir de 2014, com o estabelecimento do Grupo Municipal da Rede Cegonha. O Grupo mantém interlocução constante com o hospital de referência para manter o aumento constante do número de partos normais, qualificando o processo de trabalho dentro das práticas humanizadas de Rede Cegonha com adesão de protocolos de atendimento hospitalar do binômio mãe-bebê e realização da classificação de risco com os profissionais do hospital e da rede municipal. Assim como manter o Curso de gestante promovido pelo HDJB e a realização de cursos de gestante nas unidades, oportunizando o conhecimento do plano de parto. A manutenção da meta de partos normais passa pela avaliação e discussão da pactuação com o



hospital para redução de parto cesáreo em nível contratual(o HDJB realiza 70% de partos normais, dentro do preconizado pelo MS acima de 65%). No que se refere à taxa de nascidos vivos por tipo de partos, observa-se a supremacia da cesárea em relação ao normal a partir de 2010, desencadeando o processo de implantação da Rede Cegonha.

Quadro 1: Características dos nascidos vivos, residentes em Gravataí, 2008 a 2012.

| Condições                               | 008  | 009  | 010  | 011  | 012  | 013  | 014 | 015 | 016 |
|---|------|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|
| Nº de nascidos vivos                    | 499  | 416  | 285  | 533  | 562  | 582  | 588 | 733 | 570 |
| % com baixo peso ao nascer              | ,3   | ,22  | ,1   | ,65  | ,97  | ,54  | ,58 | ,65 | ,23 |
| % de nascidos vivos por partos cesáreos | 8,41 | 7,53 | 1,64 | 2,45 | 2,55 | 5,95 | 5   | 5   | 0   |
| % nascidos vivos por partos vaginais    | 1,59 | 2,47 | 8,36 | 7,55 | 7,45 | 4,05 | 5   | 5   | 0   |

Fonte: [www.tabnet.datasus.gov.br](http://www.tabnet.datasus.gov.br) e [www.bipublico.saude.rs.gov.br](http://www.bipublico.saude.rs.gov.br)

Ao parto e nascimento, os testes obrigatórios realizados no Hospital Dom João Becker às parturientes e aos RNs são:

- Teste Rápido HIV e VDRL para a mãe;
- Teste do Coraçãozinho: realização do Teste do Coraçãozinho, após 24h de vida do RN e antes de sua alta hospitalar, que detecta precocemente cardiopatia congênita crítica, considerando a Lei Estadual Nº 14.046 de 09 de Julho de 2012;
- Teste do Olhinho (teste do Reflexo Vermelho): realizado em todos os RNs antes de sua alta para diagnóstico precoce de doenças de visão como catarata



congenita, tumor, glaucoma ou estrabismo, considerando a Lei Estadual Nº 13.411 de 05 de Abril de 2010.

#### 1.4.3.1.4 Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

O Atendimento primário ao puerpério e à saúde da criança acontece na rede municipal em todas as USFs e UBSs, realizadas pelo Médico de Saúde da Família, Ginecologistas, Pediatras e Enfermeiros para garantir o acompanhamento da criança, com avaliação do crescimento e desenvolvimento em todas as consultas de rotina com estímulo de preenchimento adequado da caderneta da saúde da criança. A consulta deve garantir a promoção e prevenção à saúde, assim como a assistência à doença e sua reabilitação. A consulta de puerpério é agendada na unidade e deve ser realizada preferencialmente até 30 dias da data do parto. A primeira consulta pediátrica é agendada na unidade correspondente. Recomenda-se que o atendimento ambulatorial siga os critérios da Sociedade Brasileira de Pediatria(SBP) tendo a seguinte periodicidade conforme faixa etária: Lactente(0-2 anos): 1 semana, 1 mês, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses e 18 meses; Pré-escolar(2-4 anos): a partir 24 meses 6 em 6 meses; Escolar(5-10 anos) e Adolescentes(11-19 anos): anualmente.

#### FLUXO DE ATENDIMENTO EM ANEXO

Teste do pezinho: As unidades devem realizar o Teste do Pezinho, teste regulamentado no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2001, com a criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Ele vem sendo realizado gratuitamente nas unidades do município. Para a sua maior eficácia, a Secretaria Estadual da Saúde (SES) orienta que o exame seja feito entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê. A triagem neonatal permite o tratamento precoce e a diminuição ou eliminação das sequelas associadas a essas doenças. A maior parte das doenças diagnosticadas no Teste do Pezinho não apresentam sintomas no período neonatal. O risco em não se diagnosticar





precocemente é gerar sequelas graves, e até irreversíveis em alguns casos, no desenvolvimento da criança, que só serão perceptíveis tardiamente.

Dependendo da doença detectada, pode-se obter orientação sobre o tratamento nos Serviços de Referência em Triagem Neonatal, que contam com uma equipe multidisciplinar especializada, ou buscar apoio com especialistas. No Rio Grande do Sul, esse serviço existe no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre, local que recebe as coletas de sangue de todo o Estado para a análise.

O exame consiste na retirada de gotas de sangue do calcanhar do bebê. Por ser uma parte do corpo rica em vasos sanguíneos, o material pode ser colhido através de uma única punção, rápida e quase indolor. O teste faz o diagnóstico de fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística, anemia falciforme, hiperplasia adrenal congênita e deficiência da biotinidase.

Teste da Orelhinha (teste de emissões otoacústicas evocadas): Outro teste que deve ser encaminhado pelas unidades deve ser o Teste da Orelhinha (teste de emissões otoacústicas evocadas) teste de triagem que detecta déficit auditivo precocemente para todos os RNs antes de sua alta hospitalar. Lei Federal Nº 12.303 de 02 de Agosto de 2010. Realizado pela fonoaudióloga da SMS na policlínica municipal.

Vacinas: Garantia do acesso às vacinas disponíveis no SUS com aumento da cobertura e ampliação do elenco de imunobiológicos do Programa Nacional de Imunização. Em parceria com a VIEMSA.

Programa Bebê Saúde /PIM: Na busca ativa de crianças vulneráveis, o Programa Bebê Saúde /PIM atua com cuidados preventivos de saúde e incentivo ao aleitamento materno, aprimorando com atenção ao desenvolvimento intelectual e cognitivo das crianças de até 3 anos de idade, iniciando já na gestação.

Atenção à saúde da criança acima de 2 anos, adolescente e mulher: Dentro do município, a PNAISC está junto a Rede Cegonha e organiza suas ações através dos seguintes serviços e programas:

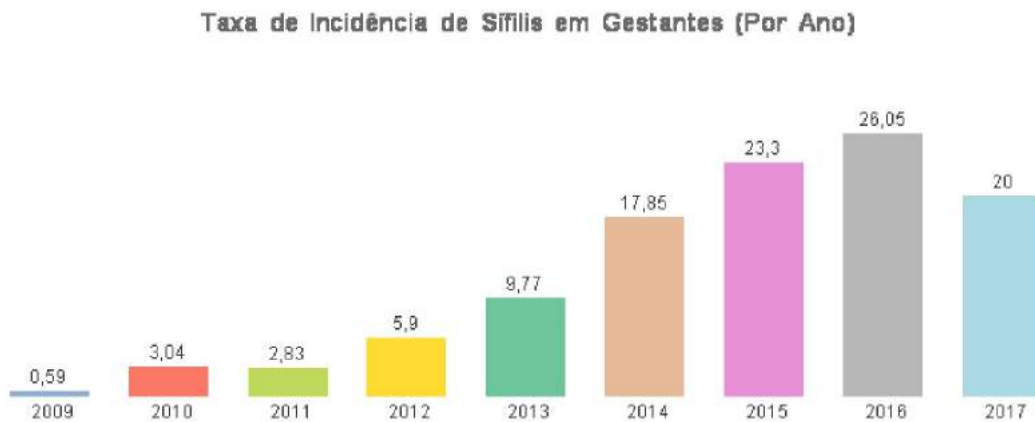


#### 1.4.3.1.5 Eixos Estratégicos

Eixo de Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto-nascimento e ao Recém-nascido:

Comitê municipal de investigação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: a Rede Cegonha junto com o Programa Bebê Saúde e o SAE Municipal faz a investigação e acompanhamento das gestantes e recém-nascidos notificados por sífilis. O comitê tem por objetivo investigar os casos de transmissão vertical de HIV e sífilis no município para subsidiar intervenções, visando à eliminação destes agravos como problema de saúde pública. Tem por objetivos específicos: identificar os determinantes da transmissão vertical do HIV e sífilis; propor medidas que possam corrigir falhas na prevenção, assistência e vigilância da transmissão vertical do HIV e sífilis no pré-natal, parto e puerpério; contribuir para o monitoramento das ações de prevenção e controle da transmissão vertical do HIV e sífilis; elaborar e divulgar relatórios.

Gráfico 17: Taxa de incidência de Sífilis em Gestantes



Fonte: SES/RS, JUL/2017



Gráfico 18: Indicador 8: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.

Fonte: SES/RS, AGO/2017

Atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento: Centro obstétrico HDJB.

Qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, seguimento do recém-nascido de risco, após alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica: Capacitações e matriciamento para os profissionais da rede: Qualificação Pré-natal na Atenção Básica: Ambulatório de egressos da UTI: Policlínica Municipal e Consultas de Puericultura/Puerpério: vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica.



Gráfico 19: Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer



Fonte: SES/RS, JUL/2017

Testes de triagens neonatais universais: Unidades de saúde/Centro de diagnóstico/Hospital Presidente Vargas.

Eixo do Aleitamento Materno e Alimentação complementar saudável:

Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC): HDJB.

Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB): **CENQ** - a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, além das orientações individuais e coletivas, é utilizado o SISVAN (Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional) como instrumento para a obtenção de dados de monitoramento do Estado Nutricional e de Consumo Alimentar das pessoas que frequentam as Unidades de Saúde do SUS. O SISVAN foi concebido sobre 3 eixos: formular políticas públicas, planejar, acompanhar e avaliar programas sociais relacionados à alimentação e nutrição e avaliar a eficácia das ações governamentais. Dessa forma, o Sistema cumpre seu papel de auxiliar os gestores públicos na gestão de políticas de alimentação e nutrição. Também a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil – EAAB- tem por objetivo qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para



crianças menores de dois anos de idade, capacitando os profissionais da rede envolvidos no atendimento desta faixa etária.

Mobilização social em Aleitamento Materno: Programa Bebê-Saúde/PIM – Rede Cegonha.

Eixo de Promoção e Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral:

Disponibilização da “Caderneta de Saúde da Criança” e da “Caderneta de Saúde do Adolescente”: HDJB/Núcleo de Imunizações/Serviços de Saúde.

Qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde: Puericultura/Matriciamiento/Capacitações dos profissionais das unidades.

Programa Bebê-Saúde/PIM.

Eixo de Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas:

Atendimento de saúde/puericultura: unidades de saúde e estratégias de saúde da família.

Atendimento de urgência e emergência: PAM24 HORAS e HDJB.

Atendimento saúde mental: Centro de Atenção Psicossocial Infanto–Juvenil (CAPSI): Serviço com equipe multidisciplinar, composta de psicólogos, psiquiatra infantil, terapeuta ocupacional e assistente social, responsáveis pela porta de entrada e acolhimento das crianças e adolescentes com patologias mentais e psiquiátricas. Responsáveis pelos casos mais complexos, bem como pela triagem e encaminhamento dos casos aos demais especialistas da Policlínica Central bem como contra referência para a rede. Em 2014, o CAPSI organizou o seu fluxo e iniciou o matriciamiento de saúde mental com reuniões para discussão de casos



trazidos pelas unidades de saúde, visando abrangência e agilidade na resolução da demanda de saúde mental, e melhora no encaminhamento adequado para o serviço especializado.

Especialidades Pediátricas: Ambulatórios de Especialidades (Policlínica Municipal): pneumologia, neurologia, otorrinolaringologia, fonoaudiologia, demais especialidades: GERCOM.

Matriciamento de pediatria e de saúde Mental: DAS (PAISCAD E PAISM) e CAPSi.

Construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado: PAISCAD/Rede Cegonha.

Acompanha crianças com HIV e com outras doenças infectocontagiosas: SAE Municipal.

Comitê de investigação de transmissão vertical de sífilis e HIV.

Eixo de Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção de Cultura da Paz

Organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual; implementação da "Linha de cuidado para a Atenção Integral à saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência"; articulação de ações intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz e apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não-governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos: PAM 24 horas/CAPSi/unidades.



#### Programa Saúde na Escola(PSE)

Rede da Infância: grupo técnico das Secretarias de Saúde, Assistência Social e Educação que realizam reuniões intersetoriais para discussão de casos vulneráveis

#### Plano de medidas sócio-educativas(PENSE)

Eixo de atenção à saúde de crianças com deficiências ou em situações de vulnerabilidades

Programa Bolsa Família: Programa de transferência direta de renda com condicionalidades, do Governo Federal, que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. A condicionalidade da saúde baseia-se no acompanhamento de crianças de 0 a 7 anos, gestantes e nutrízes. O acompanhamento realizado nas Unidades de Saúde são encaminhados para o CENQ para a realização da digitação dos dados no sistema.

Articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiência e situações de vulnerabilidades: Rede Cegonha Municipal

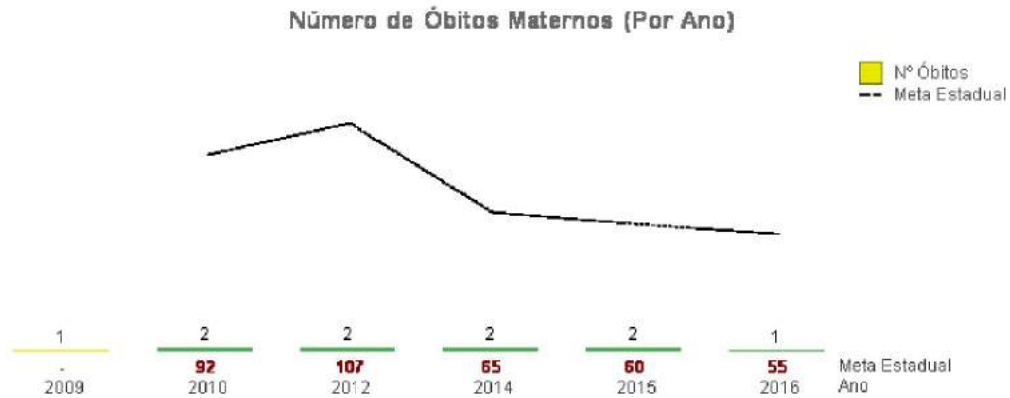
Apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil: PETI CREAS (Programação de Erradicação do Trabalho Infantil – Centro de Referência Especializado de Assistência Social)

#### Eixo de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno

Comitê de redução de mortalidade materno, infantil e fetal (COREMMIF): comitê reativado no município em 2014 de ordem interssetorial com a finalidade de identificar as causas dos óbitos em mulheres em idade fértil, assim como mortalidade materna, infantil e fetal ocorridos em pacientes moradoras no município de Gravataí, e discutir o estabelecimento de medidas preventivas através da vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

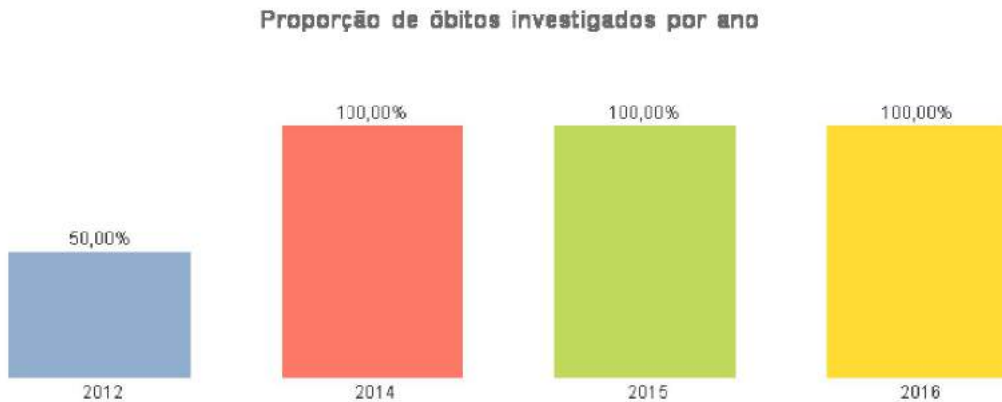


Gráfico 20: Indicador 16: Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência



Fonte: SES/RS, JUL/2017

Gráficos 21 e 22: Proporção de óbitos







Fonte: SES/RS, JUL/2017

#### INDICADOR 15: TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.

O gráfico abaixo apresenta uma série histórica com informações sobre mortalidade infantil em crianças menores de um ano no município de 2009 a 2017, mantendo-se com 2 dígitos, e abaixo da meta estadual, assim como abaixo dos municípios que compreendem a região 10 de saúde(Capital e Vale do Gravataí).

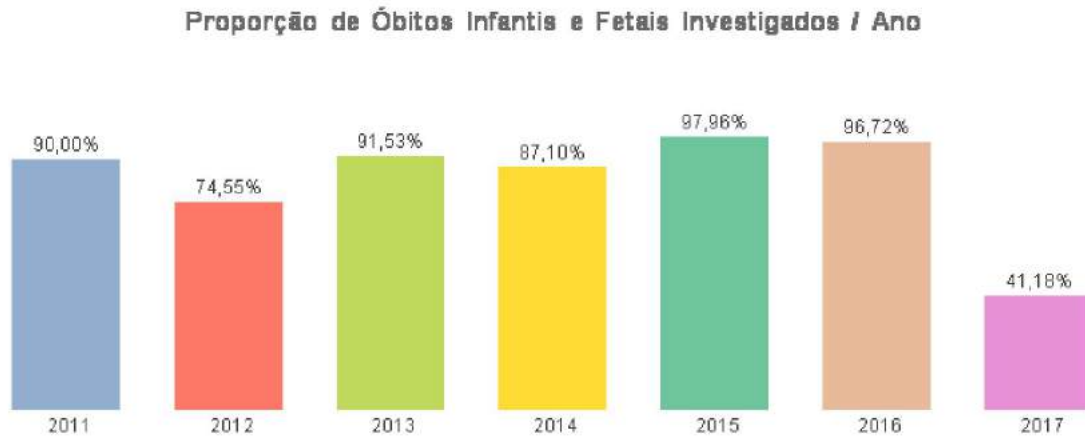
Gráfico 23: Indicador 15: Taxa de mortalidade infantil



Fonte: SES/RS, JUL/2017



Gráfico 24: Proporção de óbitos infantis e fetais investigados



Fonte: SES/RS, JUL/2017

#### 1.4.3.1.6 Atenção à saúde da mulher

As consultas ginecológicas são realizadas nas unidades básicas de saúde pelo ginecologista e nas estratégias de saúde da família pelos médicos de saúde da família, no mínimo 1x/ano. As consultas de urgência são feitas no PAM 24 horas e no HDJB.

#### 1.4.3.1.7 Planejamento Familiar

Aconselhamento e cobertura contraceptiva para todos os usuários em idade reprodutiva e com vida sexual ativa que tenham desejo de realizar anticoncepção nas unidades de atenção primária em saúde (UBS e ESF's). Fornecimento de Anticoncepcional oral e/ou injetável, Dispositivo Intra-Uterino (D.I.U), preservativo masculino e feminino e Vasectomia. Realização de procedimentos de vasectomia é feito no Centro Diagnóstico.

#### 1.4.3.1.8 Prevenção do Câncer de colo uterino e de mama

**INDICADOR 11:** O município disponibiliza o exame citopatológico em livre demanda e/ou livre agendamento nos postos da rede básica de saúde para mulheres iniciadas



sexualmente até 59 anos. Os casos com lesão demonstrada no CP são encaminhados para serviço de patologia cervical via central de marcação.

Gráfico 25: INDICADOR 11: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária



Fonte: SES/RS, JUL/2017

**INDICADOR 12:** Disponibilidade do exame de mamografia bianual para mulheres entre 40 e 50 anos e anual a partir dos 50 anos e para população de risco.

Gráfico 26: Indicador 12: Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em



mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária

Fonte: SES/RS, JUL/2017



Fortalecimento, ampliação e qualificação das redes de atenção integral às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violências e sofrimento psicossocial através dos serviços:

#### 1.4.3.1.9 Serviço de Referência de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual (PAM)

Conforme a portaria nº 485, de 1 de abril de 2014, que redefine o funcionamento do serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do sistema único de saúde(SUS), abrangendo os usuários da Rede Cegonha com atendimento específico para mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência sexual. Esse serviço funciona no Pronto Atendimento Municipal(PAM) realizando as seguintes ações: acolhimento, atendimento humanizado, escuta qualificada, atendimento clínico e psicológico, dispensação e administração de profilaxias e uso de métodos de anticoncepção de emergência indicadas conforme Ministério da Saúde, exames laboratoriais necessários, preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência, orientação e encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial, orientação às pessoas e/ou aos seus responsáveis a respeito dos seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual. O serviço de referência foi organizado conforme o funcionamento do Pronto Atendimento Municipal com regime integral, 24 horas por dia, 7 dias por semana, composto por equipe já disponível: pediatra, enfermeiro, técnico em enfermagem, psicólogo, assistente social e farmacêutico. As unidades de saúde assim como o CAPS i e o serviço de especialidades da Policlínica Municipal também compõe a rede ambulatorial de cuidado a pessoas em situação de violência sexual.

Serviço composto por equipe multidisciplinar, com psicóloga, assistente social, pediatra e ginecologista, estruturada para compor o atendimento da criança e adolescente, vítimas de violência. Esse serviço está sendo reestruturado com plano de acolhimento no PAM (Pronto Atendimento Médico) para um atendimento clínico se esse for necessário, com uso de protocolo para profilaxia de abuso sexual e uso de métodos de anticoncepção de



emergência. Assim como encaminhamentos para outros setores visando o atendimento integral da vítima e sua família.

#### 1.4.3.1.10 Aspectos positivos relevantes da Rede Cegonha

- Reforma e inauguração do Centro Obstétrico – HDJB.
- Estabelecimento de prioridade de investimento no programa Bebê Saúde.
- Manutenção do grupo condutor com discussões semanais com presença da intersectorialidade com discussões de fluxos e condutas da linha de cuidado mãe-bebê.
- Formação e implementação do Comitês de redução de Mortalidade Materno Infantil(COREMMIF) e de investigação de Transmissão Vertical de Sífilis Congênita, HIV e Hepatites.
- Implantação e manutenção do matriciamento nas áreas da ginecologia e pediatria.
- Eventos de educação continuada com realização de encontros de capacitação, seminários e fóruns(Seminário Rede Cegonha, Fórum Perinatal).
- Formação e manutenção de grupos de gestantes na atenção básica e HDJB.

#### 1.4.3.1.11 Levantamento e identificação de problemas prioritários

Dificuldade de realização de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos: existe oferta de agendamento de citopatológicos do colo do útero, mas o absenteísmo das mulheres às consultas é elevado; oferta do exame em horário comercial dificulta o acesso das mulheres trabalhadoras ao exame; falta de publicização e sensibilização da importância da coleta do CP e informações sobre o câncer de colo de útero e material educativo para distribuir às pacientes; falta de adscrição de clientela para o território de UBS o que dificulta a busca ativa das mulheres nesta faixa etária e falta de recursos humanos para realização dos exames.



Dificuldade em manter a realização de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos: falta de material educativo para distribuir às pacientes e falta de adscrição de clientela para o território de UBS o que dificulta a busca ativa das mulheres nesta faixa etária.

Dificuldade na realização de investigação de óbitos de mulher em idade fértil, fetal, materno e infantil: falta de profissionais e carga horária para a realização das investigações, equipe que é restrita aos profissionais do Departamento de Atenção à Saúde e Atenção Básica(DAS) e falta de transporte para realização de entrevista domiciliar.

Dificuldade de conter o aumento do número de sífilis congênita no município, seguindo uma tendência nacional e mundial, evidenciando a demora dos serviços em identificar, a pouca adesão ao tratamento das parcerias e as reinfecções por falta de uso de preservativos. Também existe a dificuldade de recursos humanos para testagem rápida nos serviços de saúde.

Manter o aumento da proporção do parto normal, podendo refletir a dificuldade de acesso e qualificação do pré-natal e ao parto.

Dificuldade de atendimento qualificado, visando a atenção integral à saúde do adolescente, priorizando a prevenção de gravidez e infecções sexualmente transmissíveis. Dificuldades da busca ativa das gestantes adolescentes, defrontando-se com a baixa procura e seguimento de consultas pela faixa etária. O atendimento nas unidades básicas é realizado pelo clínico sem uma abordagem específica da saúde sexual e planejamento familiar para a faixa etária;

#### 1.4.3.1.12 Soluções

Manter o “dia do CP” nas unidades, pelos profissionais de saúde, com publicização enfática, realização do exame com demanda livre e sem agendamento prévio; formular cartazes informativos, para encaminhar às unidades de saúde; incentivar os agentes comunitários de saúde para busca ativa das mulheres de 25 a 64 anos para coleta de CP; estimular/incentivar coleta de CP na consulta ginecológica; discutir a realização de ações relacionadas ao tema em finais de semana; manter o protocolo de enfermagem para acompanhamento de leucorréias; manter oferta de campo de estágio de enfermagem nas



unidades de saúde com foco em saúde da mulher; propor horário alternativo para realização do exame; manter as rodas de conversar sobre a prevenção do câncer do colo de útero e manter ações coletivas em outubro para aumentar a realização do exame.

Manutenção do protocolo do INCA/MS para a saúde da mama; manter oferta de campo de estágio de enfermagem nas unidades de saúde com foco em saúde da mulher; manter fluxo de acesso facilitado; manter rodas de conversar sobre a prevenção do câncer de Mama e manter realização de ações coletivas em outubro (Outubro Rosa) para aumentar a realização do exame.

Manter Comitê de Redução da Mortalidade Materna Infantil e Fetal (COREMMIF) com discussão dos casos de óbito principalmente do HDJB; proposta de ações para realização das investigações nos prazos e encaminhar pelo menos uma parte das investigações e a digitação dos óbitos para a VIEMSA.

Manter capacitações e rodas de conversa para notificação e investigação de sífilis latente e congênita, bem como a sensibilização quanto a adesão ao tratamento adequado da mãe e seu parceiro. A Rede Cegonha iniciou a implantação desde 2015 do Comitê de investigação de transmissão vertical de Sífilis para o estabelecimento de fluxos e protocolos clínicos de diagnóstico e de tratamento das gestantes e das crianças expostas, além da produção de material informativo e da realização de campanhas de prevenção. Manter o plano de trabalho juntamente com o SAE através das ações: capacitações para profissionais de saúde para realização da testagem, notificação e tratamento adequado da doença; estimular a realização de testagem para sífilis entre as gestantes e seus parceiros durante o pré-natal, nas consultas; realização de eventos sobre o tema e elaborar material informativo voltado para gestante e seu parceiro, divulgando a importância da realização da testagem para HIV, Sífilis e hepatites no pré-natal. Manter Programa Bebê-Saúde para o acompanhamento das gestantes e crianças notificadas com sífilis. Estimular que parceria da gestante participe das consultas de Pré Natal. Iniciar discussão do pré natal do Homem conforme preconizado pelo MS.

Manutenção do Grupo Condutor da Rede Cegonha para interlocução entre o hospital de referência (HDJB) e o município para discussão sobre a abordagem das práticas da rede cegonha, a adesão de protocolos de atendimento hospitalar do binômio mãe-bebê e a classificação de risco com os profissionais do hospital e da rede municipal. Manter avaliação e discussão da pactuação com o hospital Dom João Becker da redução de parto cesáreo em



nível contratual (o Hospital realiza 70% de partos normais, sendo que o preconizado pelo Ministério da Saúde é acima de 65%). Manter a vinculação da gestante após a 28ª semana de gestação ao hospital Dom João Becker, através de visitas guiadas no hospital. Manter participação no Grupo Condutor da Rede Cegonha Regional para discussão desse indicador e melhor definição para aquisição das informações para o cálculo (Saúde Complementar). Incentivar a manutenção do Curso de gestante promovido pelo hospital e incentivar a realização de cursos de gestante nas unidades. Qualificar o pré-natal com identificação precoce das gestantes para o início imediato do acompanhamento pré-natal; estimular o acompanhamento e realização dos exames e tratamentos para prevenção e doenças específicas; estimular e capacitar os profissionais para preenchimento do cadastro da gestante com preenchimento correto da ficha de cadastramento do SisPreNatal, assim como o preenchimento adequado do cartão da gestante, caderneta da criança e do prontuário da unidade; estimular a busca ativa.

Capacitar e qualificar a rede municipal para o atendimento da saúde do adolescente. O Grupo Condutor tem procurado cada vez mais capacitar-se, discutir e monitorar sobre esses dados, buscando aprimorar a capacidade dos profissionais na abordagem sobre saúde sexual na consulta da criança e adolescência. Pretende-se uniformizar o atendimento nas unidades básicas na faixa etária pediátrica até os 15 incompletos se adequando a faixa etária de atendimento da PNAISC. Além disso, mensalmente são realizadas capacitações em assuntos de pediatria e ginecologia para a rede. Matriciamentos para as equipes de saúde estão disponíveis e são realizados rotineiramente conforme demanda das unidades de saúde. O programa Saúde na Escola (PSE) tem um calendário de formações com a temática de "Sexualidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos, prevenção das IST (Infecções sexualmente transmissíveis)/AIDS e doenças da infância" que contam com profissionais de várias áreas para capacitação de profissionais da educação e saúde.

#### ***1.4.3.2 Bebê Saúde - PIM***

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) tem o objetivo de proporcionar o acompanhamento familiar às gestantes e crianças de até três anos de idade, que se encontram





em situação de risco de morbimortalidade e vulnerabilidade social, através de ações de promoção à saúde, orientações de cuidados e de nutrição. Atua nas áreas onde o risco de saúde e de vulnerabilidade social se apresentam de forma a colocar em risco a saúde desta população mais sensível em suas necessidades de cuidados, através de visitas domiciliares mensais, quinzenais ou semanais, conforme suas demandas e possibilidades, realizadas por estagiários de enfermagem, nutrição e psicologia. O governo municipal implantou no ano de 2013, o Programa Bebê Saúde – Primeira Infância Melhor/ PIM (vale salientar que a SMS já tinha implantado, com recursos próprios, o Programa Crescer Bem em 2003, com o mesmo objetivo de acompanhamento, e a adesão ao Programa Primeira Infância Melhor/SES com a mudança do nome para Bebê Saúde se deu devido à necessidade de ampliação e qualificação do atendimento) o qual visa a acompanhar crianças com risco de morbimortalidade até os três anos de idade; acompanhar gestantes em situação de risco, tanto para mãe quanto para a criança; estimular o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e continuado até os dois anos de idade; promover o vínculo entre as famílias atendidas e os serviços da rede de referência; estimular o vínculo entre mãe-pai-bebê; orientar quanto aos cuidados com a criança e prevenção de acidentes; estimular o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, através de estímulos e orientações para mãe/cuidador; orientar quanto à saúde reprodutiva e sexual; promover o aumento da cobertura vacinal; reduzir a mortalidade infantil.

O Bebê Saúde – Primeira Infância Melhor – PIM (Programa Bebê Saúde/PIM) se faz presente com a participação dos estagiários de enfermagem, nutrição e psicologia acompanhados por tutoras das respectivas áreas, as quais realizam a supervisão, discussões de caso em equipe, monitoramento e planejamento das visitas, participam de eventos e capacitações que enriquecem o saber sobre os cuidados com a criança e sua família, além de oferecer aos visitantes Educação continuada com assuntos pertinentes ao Bebê saúde/PIM quinzenalmente com uma pediatra.

Outras ações fazem parte do Programa Bebê Saúde/PIM, como o fornecimento do Cartão de transporte coletivo TEU para mães que tenham seus filhos internados em UTI Neonatal em outro município (em hospitais em Porto Alegre, por exemplo) e que necessitam do acompanhamento materno para a manutenção do Aleitamento Materno e recuperação deste bebê, assim como, para gestantes com encaminhamento para pré-natal de risco nos hospitais de Porto Alegre e que se encontram em situação de vulnerabilidade social e sem condições de



manter o acompanhamento. Além de fazer o acompanhamento dos casos de Sífilis na gestação e congênita, sendo acompanhadas por acadêmicas de Enfermagem, com orientações de cuidados referentes à patologia, vinculação ao serviço de Atendimento Especializado (SAE) e à Unidade de Saúde de referência. As visitas domiciliares são realizadas respeitando a distritalização sanitária, organizada pela Atenção Básica da SMS, no qual os visitantes são separados e responsáveis pelas famílias de seu distrito sanitário. Em cada Distrito Sanitário tem um técnico de referência para planejar, orientar e dar suporte para as Unidades de saúde relacionados às famílias vinculadas a estas.

Vale salientar que a manutenção do Programa Bebê Saúde/PIM justifica-se pelo impacto positivo dos indicadores de saúde nas áreas por ele atendidas, como pode-se observar na tabela a seguir:

Tabela 16: Número absoluto de óbitos em crianças menores de 1 ano nos últimos 8 anos

| Ano  | Número absoluto |
|------|-----------------|
| 2008 | 33              |
| 2009 | 32              |
| 2010 | 34              |
| 2011 | 30              |
| 2012 | 23              |
| 2013 | 28 7,8/1000     |
| 2014 | 27 6,4/1000     |
| 2015 | 26 6,9/1000     |

Fonte: Rede Cegonha - 2017

#### 1.4.3.2.1 O Programa Bebê Saúde

Critérios para acompanhamentos do Programa Bebê Saúde/PIM de famílias em situação de vulnerabilidade:



- Famílias com gestantes, priorizando gestantes adolescentes e de alto risco;
- Gestantes com diagnóstico de Sífilis;
- Crianças com diagnóstico de Sífilis Congênita;
- Gestantes e crianças com diagnóstico de HIV+;
- Crianças portadoras de alguma síndrome que comprometa seu desenvolvimento e crescimento, portadoras de mal formação congênita, portadoras de patologias que comprometem o desenvolvimento e crescimento;
- Famílias com membros em privação de liberdade;
- Famílias com existência de situações de violência doméstica, abandono, negligência e maus tratos, suspeita ou confirmada.
- Famílias com crianças com mais de uma hospitalização no primeiro ano de vida;
- Famílias com mães em depressão pós-parto;
- Famílias com indivíduos dependentes de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas);
- Famílias com indivíduos em atendimento especializado e/ou tratamento psiquiátrico.

É fundamental aprofundar a discussão sobre três conceitos-chave: Vulnerabilidade social, risco e território.

Para o PIM, compreende-se o aspecto multidimensional presente no conceito de vulnerabilidade social, não o restringindo à percepção de pobreza, ou seja, à falta de recursos financeiros.

“Fatores como a fragilização dos vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência) ou vinculadas à violência, [...] à representação política, dentre outros, também afetam as pessoas”, ou seja, também as vulnerabilizam (ALMEIDA, 2006).



A identificação de diferentes situações de vulnerabilidade e risco social devem levar em conta os recursos acumulados (ou sua ausência) por indivíduos, famílias e comunidades, somadas às oportunidades acessíveis para empregá-los.

Assim, partindo da compreensão de que a vulnerabilidade social decorre de fenômenos diversos, com causas e consequências distintas, obtém-se uma visão mais abrangente das condições de vida e dos riscos sociais que atingem os vários segmentos populacionais, bem como das possibilidades de sua superação ou minimização.

Como afirmaram Nussbaun e Sen (1998), “necessitamos saber não só do dinheiro que (as pessoas) possuem ou de que carecem, mas também se são capazes de conduzir suas vidas”. Ou seja, para se abordar o tema da qualidade de vida, faz-se necessário incorporar à análise os outros elementos que permitem a um indivíduo viver com dignidade e segurança.

#### 1.4.3.2.2 Mapeamento

Distribuição de visitantes conforme Distrito Sanitário, atendendo os critérios acima citados.

#### 1.4.3.2.3 Objetivo do Programa

Visitas domiciliares realizadas pelos visitantes do Programa Bebê Saúde/PIM, respeitando os Distritos Sanitários e de inclusão conforme critérios, com orientações e promoção à saúde, a fim de proporcionar pleno desenvolvimento de cuidados e vinculação entre seus membros.

#### Objetivos específicos

- Promover o vínculo mãe/pai/bebê;
- Realizar orientações à gestante sobre pré-natal, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido;



- Promover a vinculação da família à sua Unidade de Saúde de referência, bem como à rede de serviços do município quando necessário;
- Encaminhar gestante e/ou criança para acompanhamento nos Centros Especializados da rede pública de saúde, quando necessário;
- Acompanhar gestantes e crianças acometidas com Sífilis (na gestação e congênita).
- Acompanhar Prematuros a partir de sua alta hospitalar;
- Controlar e administrar o benefício do Cartão TEU para acompanhante de crianças internadas em UTI Neonatal e UTI pediátrica, assim como para gestantes de alto risco em acompanhamento em Hospitais de Porto Alegre;

Todas as ações realizadas são cadastradas semanalmente no Sistema de Informações do PIM (SisPIM), que é o sistema de informações estadual online responsável por fornecer dados referentes às crianças menores de três anos, famílias, mães/gestantes, profissionais e visitantes participantes do Programa.

#### 1.4.3.2.4 Pontos Positivos

- Entendimento e apoio da Gestão, oportunizando o acesso aos acompanhamentos das famílias conforme critérios de inclusão.
- Disponibilização de um carro, facilitando as visitas domiciliares (o carro comporta 4 visitantes por turno e isso é um nó crítico também).
- Apesar do número reduzido de estagiários, temos facilidade de contratação para as substituições quando do término do contrato do estagiário vigente.
- Participação no Grupo condutor da Rede Cegonha, com discussões semanais de fluxos e condutas na linha de cuidado materno infantil.
- Participação no Comitê de Redução da Mortalidade Materno infantil e fetal (COREMMIF) e de Investigação de Transmissão Vertical de Sífilis Congênita, HIV e Hepatites.
- Normativa do fluxo do cartão TEU;
- Participação em Grupo de gestantes das USF;
- Distribuição dos visitantes conforme Distritos Sanitários;



- Participação nas reuniões do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA)
- Maior vinculação do usuário à Rede de serviços municipal;
- Participação na Comissão do Programa de Erradicação do trabalho Infantil (PETI).

#### 1.4.3.2.5 Levantamento e identificação de problemas prioritários

Disponibilização de saídas de apenas 4 visitantes por turno, limitando a abrangência de famílias acompanhadas, por termos somente um carro com 4 lugares disponíveis por turno;

Necessidade de aumento do número de estagiários para a ampliação do atendimento;

Necessidade de disponibilização de um veículo maior ou de mais um carro e um motorista para ampliação dos atendimentos;

Impossibilidade de entrevista realizada pela equipe técnica do Programa Bebê Saúde/PIM, de visitantes para escolha de melhor perfil para a função.

#### ***1.4.3.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE***

As Políticas da urgência e emergência têm respaldo legal a partir do Ano de 2011 com a promulgação das seguintes Portarias Ministeriais:

- [Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.](#)
- [Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto-Atendimento \(UPA 24h\) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.](#)
- [Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência \(SAMU 192\) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.](#)
- [Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS.](#)



A Rede de Atenção a Saúde é caracterizada pela formação de relações horizontais entre todos os pontos de atenção, e constituem-se em três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

A rede de urgência e emergência tem a finalidade de integrar e articular todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

A implantação da rede de atenção à saúde, para provocar uma mudança radical no SUS, exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e as agudas e os eventos agudos decorrentes de agravamento das condições crônicas.

O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado.

A estruturação da rede de atenção a urgência e emergência integrando os serviços em rede pode determinar um fluxo pactuado pelos serviços.

O sistema de classificação de riscos é potente ferramenta de comunicação, corresponsabilização e regulação na rede, das condições agudas para acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços.

Um modelo de atenção à saúde, que tenha uma atenção primária resolutive, levando-se em consideração as estratégias de prevenção e promoção da saúde em todos os níveis de complexidade da rede, conjugando a uma política de atenção às urgências baseada na conformação de uma rede de cuidados, funcionando de forma integrada, se consolida uma nova estrutura para o enfrentamento da situação atual.

Redes em essência correspondem a articulação entre serviços e sistemas de saúde, e as relações entre atores que atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da rede.

Os usuários do SUS “caminham” nestas redes para buscar atenção a sua saúde, e dependem da eficácia desta articulação para ter suas necessidades atendidas.

Com base na situação de saúde do estado, com elevada morbimortalidade por causas externas e por doenças crônicas, definiu-se como estratégia para o enfrentamento deste problema, a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em todas as regiões de saúde conforme as portarias/MS preconizam, estabelecendo uma atenção integrada com encaminhamento correto dos pacientes, considerando a unidade adequada para cada caso e que promova a assistência mais eficaz no menor tempo possível.

Para que todas as portas de entrada da Rede de Urgências e Emergências atuem adequadamente é essencial uma estrutura de atendimento e processo de classificação de risco em todas as unidades de saúde.



Há necessidade de novo desenho do fluxo de encaminhamento após a classificação de risco, atribuindo tempos de espera para atendimento médico, definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída, avaliando a necessidade de estrutura física do atendimento, modificando os fluxos e processos de trabalho e mensurando os resultados obtidos.

Como proposta de organização da Rede de Urgência e Emergência para Gravataí, o pressuposto fundamental é garantir que em todas as regiões a população tenha acesso a um dos pontos de atenção da rede, seja este um ponto de atenção fixo (unidade de atenção primária à saúde, unidade de pronto atendimento), ou móvel (SAMU), na menor distância e tempo possíveis.

No ano de 2015, em 08 de Dezembro, foi assinado Decreto nº 14630 que instituiu o Comitê Condutor da Rede de Urgência e Emergência do Município de Gravataí constituído da seguinte maneira :

- Um representante do SAMU
- Um representante do DAB
- Um representante do DAS
- Um representante da Regulação
- Um representante da VIEMSA
- Um representante da Direção Médica do PAM
- Um representante do HDJB
- Um representante do CMS

Na situação de atendimento de urgência em unidade de atenção primária de saúde sem possibilidade de resolução pela gravidade do caso trabalhamos com pactuação prévia de referenciamento à unidade de Pronto Atendimento através do transporte realizado pela Central de Ambulâncias conforme Anexo 1.

Estudos mostram que a regionalização da resposta ao trauma, é o maior fator de redução de mortalidade: redução de 50% de mortalidade em alguns estudos. Sistemas “maduros” reduzem em 15% a 20% a mortalidade em relação a sistemas incipientes. (WHO, 2004).

Para isso, a organização de um sistema de reposta se baseia em algumas premissas: gravidade, tempo de resposta, concentração de recursos (escala) e descentralização de transporte e um potente sistema de regulação assistencial que permitirá a gestão de casos e o encaminhamento dos pacientes para o ponto de atenção mais adequado de acordo com as suas necessidades.

Diante disto, como deve ser a rede de urgência e emergência de Gravataí quanto às necessidades de serviços de saúde? Sendo que temos um sistema único e público de atenção à saúde que deverá atender toda a população em sua integralidade.





Para organizar esta rede buscamos saber o perfil epidemiológico, a capacidade hospitalar instalada, a cobertura da atenção básica através das ESF e Unidades de Saúde, Central de Ambulâncias, SAMU e seu complexo regulador, os Caps, o CEO e o serviço de pronto atendimento 24 horas, sendo estas as portas de entrada, se constituem os serviços de atendimento integral a saúde, conforme anexo 2 e de onde elas originaram a rede de urgência e emergência de Gravataí.

Sabidamente a atenção básica através das ESF's trabalha com território fechado , da mesma maneira que os serviços especializados através do contra referenciamento. Porém , no âmbito da emergência hospitalar , Pronto Atendimento municipal e SAMU temos algumas peculiaridades tais como a pactuação de atendimento no PAM dos pacientes de Glorinha , pactuação de atendimento móvel de urgência básico e avançado aos pacientes de Glorinha e atendimento móvel de urgência avançado de Cachoeirinha. Da mesma forma temos a porta do Hospital aberta sem referenciamento territorial de restrição.

Sendo assim , levamos em consideração para planejamento de ações , em alguns casos , a totalidade da população atendida compreendida em 405.750 Habitantes , sendo assim dividida entre os municípios vizinhos:

População estimada 2015 de Gravataí – 272.257 habitantes

População estimada 2015 de Glorinha – 7.518 habitantes

População estimada 2015 de Cachoeirinha - 125.975 habitantes

A Rede de Urgência e Emergência de Gravataí pode nominalmente ser identificada de acordo com suas características conforme a seguir:

Hospital Dom João Becker: Atendimento dos casos mais Graves por ser o nível mais especializado, complexo do sistema Municipal de saúde.

Conta com:

Emergência Adulta aberta nas 24 horas do dia, todos os dias da semana.

Emergência Pediátrica das 20h as 07h.

As Emergências pediátricas, nas 24 horas devem ser encaminhadas ao Pronto Atendimento Municipal (PAM), pois lá a SMS centraliza os especialistas garantindo o atendimento ininterrupto.

Plantão Clínico, Pediátrico, Cirurgião, Traumatologista e Neurocirurgião.

Exames de Radiologia simples e contrastada, Ecografias e Tomografia

113 Leitos de internação SUS e 8 Leitos de UTI

20 Leitos de Observação Adulto na Emergência, 6 Leitos de Observação Pediátrica e 8 Leitos de Sala de Recuperação Pós Anestésica.



Considerado o nível Terciário de complexidade o HDJB serve de referência ao nível secundário que hoje é representado pelo Pronto Atendimento Municipal (PAM) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Localizado na Avenida Brasil, o PAM conta com:

Plantonistas Clínicos e Pediatras que atendem nas 24 horas do dia, todos os dias da semana.

Plantonista Cirurgião Geral nas 24 horas de Segunda a Sexta Feira.

Plantonista Traumatologista das 07h as 23h todos os dias da Semana

8 Leitos de Observação Pediátrica.

15 Leitos de Observação Adulto.

3 Boxes de Atendimento de Urgências e Emergências.

Localizada na Avenida Dorival Cândido, a UPA (Inaugurada em 15/02/2017) conta com:

Plantonistas Clínicos que atendem nas 24 horas do dia, todos os dias da semana.

14 Leitos de Observação Adulto.

3 Boxes de Atendimento de Urgências e Emergências.

Ambas têm papel secundário na Rede pois deve ser referência para as urgências de baixa e média complexidade da atenção primária. Os pacientes em atendimento no PAM e UPA identificados com necessidade de cuidados mais específicos são encaminhados para internação no HDJB.

Ainda dentro da Rede de Urgência Municipal temos o SAMU, com base sediada ao Lado do PAM onde temos 3 equipes para atendimento das urgências acionadas via 192.

Uma unidade de Suporte Avançado (Tripulada por Médico, Enfermeiro e Condutor).

Duas unidades de Suporte Básico (Técnico de Enfermagem e Condutor).

Cabe esclarecer que o solicitante munícipe de Gravataí ao acionar o 192 irá relatar sua situação de urgência ao Médico Regulador do Estado (Complexo Regulador do SAMU localiza-se em Porto Alegre, no Sanatório Partenon). Portanto, é indispensável que o solicitante esteja junto à vítima e que tente dar o máximo de informações sobre a localização do chamado para facilitar a chegada da Equipe.

Ainda importante temos a Central de Ambulâncias do Município que conta com seguintes recursos para realizar Transportes de Urgência de baixa complexidade entre os serviços de saúde:



- 3 Ambulâncias Terceirizadas tripuladas por Técnico de Enfermagem e Condutor
- 2 Ambulâncias Terceirizadas tripuladas apenas por Condutor
- 1 Ambulância Própria
- 1 Carro Próprio

Cabe também aqui esclarecer que estes veículos não atendem a chamados da População e sim dos serviços para transportes de pacientes que já se encontram em atendimento.

Capacidade instalada em urgência e emergência:

Tabela 17: Capacidade RUE

| <b>UPA</b>               |                  | Consultas/Dia | Consultas/Mês | Consultas/Ano |
|--------------------------|------------------|---------------|---------------|---------------|
| 2 Clínicos               | Clínica em 24h   | 176           | 5280          | 63360         |
| <b>PAM</b>               |                  |               |               |               |
| 3 Clínicos dia e 2 Noite | Clínica em 24h   | 220           | 6600          | 79200         |
| 2 Pediatras              | Pediatria em 24h | 176           | 5280          | 63360         |
| <b>HDJB</b>              |                  |               |               |               |
| 2 Clínicos               | Clínica em 24h   | 176           | 5280          | 63360         |
| 1 pediatra               | Pediatria em 11h | 44            | 1320          | 15840         |
| <b>GRAVATAI</b>          |                  |               |               |               |
| 7 Clínicos               | Clínica em 24h   | 572           | 17160         | 205920        |
| 3 Pediatras              | Pediatria em 24h | 220           | 6600          | 79200         |

Fonte: RUE – 2017

Total de atendimentos do Pronto Atendimento Municipal 24h (PAM):

Tabela 18: Total de atendimentos PAM 24h

|      | Jan  | Fev  | Mar  | Abr  | Mai   | Jun   | Jul  | Ago  | Set  | Out  | Nov  | Dez  | Total  |
|------|------|------|------|------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|--------|
| 2014 |      |      |      | 5708 | 8860  | 7475  | 9268 | 8819 | 9134 | 8398 | 8398 | 8049 | 74109  |
| 2015 | 8014 | 7448 | 8996 | 8425 | 8864  | 8952  | 9401 | 8897 | 8047 | 8349 | 8670 | 8871 | 102934 |
| 2016 | 8786 | 8016 | 8981 | 8125 | 8875  | 8548  | 9300 | 9936 | 9938 | 9168 | 9818 | 9513 | 109004 |
| 2017 | 9475 | 7922 | 8930 | 8208 | 10781 | 10526 |      |      |      |      |      |      | 55842  |

Fonte: RUE – 2017

Total de atendimentos da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h);

Tabela 19: Total de atendimentos UPA



|      | Jan | Fev  | Mar  | Abr  | Mai  | Jun  | Total |
|------|-----|------|------|------|------|------|-------|
| 2017 |     | 2320 | 6035 | 4898 | 5691 | 4894 | 23838 |

Fonte: RUE – 2017

Total de Atendimentos da Urgência e Emergência do Hospital Dom João Becker:  
Tabela 20: Total de atendimentos HDJB

| 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------|------|------|------|------|------|
| 3776 | 2589 | 3816 | 5318 | 4466 | 6117 |

Fonte: RUE - 2017

Total de Atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):

Tabela 21: Total de atendimentos SAMU

| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------|------|------|------|
| 5770 | 6228 | 6329 | 6234 |

Fonte: RUE – 2017

#### 1.4.3.3.1 Perspectivas para Urgência e Emergência nos próximos anos

Inauguração da Unidade de Pronto Atendimento da Morada do Vale Acimar Silva em Março de 2018.

Descontinuação do Pronto Atendimento Municipal com realocação de outros serviços para área física, após análise das informações do funcionamento das duas UPAS pelo CMS (**alterado Resolução CMS 10/2017**);

Alinhamento da rede de atenção básica com as unidades de Pronto Atendimento e Porta de Entrada da Emergência do HDJB.

Estruturação da Central de Ambulâncias de acordo com as especificações legais.

Descentralização da Base do SAMU com deslocamento das Unidades de Suporte Básico para Junto das Unidades de Pronto Atendimento.

Despactuação do Atendimento da Unidade de Suporte Avançado para o Município de Cachoeirinha.

Definir prioridades der ações de urgência e emergência para a região do Barro Vermelho, seja pelo projeto de implantação de uma Unidade de Pronto Atendimento, seja pela implantação de uma base descentralizada do SAMU (**Inserido pela Resolução CMS 10/2017**)



#### ***1.4.3.4 Rede de Atenção Psicossocial***

##### **1.4.3.4.1 Serviços Disponíveis**

Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i): Tem como objetivo articular a rede de cuidados e atender crianças e adolescentes com transtorno mental grave e persistente em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O tratamento é oferecido nas modalidades individual e em grupo, com equipe multiprofissional, incluindo grupos para familiares. Os grupos oferecidos são: acolhimento de usuários, acolhimento dos familiares responsáveis, terapia ocupacional, psicoterapia de adolescentes, orientação de pais e assessoria de saúde mental. As oficinas realizadas são: lúdica, da terra, de desenvolvimento de habilidades sociais e de jogos e brincadeiras. Realiza também ações de apoio matricial para a Atenção Básica. Integra também a rede de cuidados da Infância e Adolescência.

Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II): Tem como objetivo articular a rede de cuidados e atender pacientes com idade acima de 18 anos com transtorno mental grave e persistente em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O tratamento é oferecido nas modalidades individual e em grupo, com equipe multiprofissional, incluindo grupos para familiares. Os grupos oferecidos são: convivência, autoestima, acolhida, misto de psicoterapia, egressos de internação, grupo de homens, grupo de mulheres, psicoterapia para jovens adultos, socialização, horta, atividade física, grupo de familiares, reinserção, continuidade e violeta. As oficinas realizadas são: artes manuais, EVA, costura e customização. Realiza também ações de apoio matricial para a Atenção Básica, assim como 20 grupos de psicologia nas unidades de saúde da Atenção Básica.

Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD): Tem como objetivo articular a rede de cuidados e atender pacientes com dependência de substâncias psicoativas em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O tratamento é oferecido nas modalidades individual e em grupo, com equipe multiprofissional, incluindo grupos para familiares. Os grupos oferecidos são: terapêutico, tabagismo, integração, prevenção e recaída de álcool, prevenção e recaída de múltiplas drogas, grupo mulheres,



grupo de adolescentes e grupo de familiares, além de oficinas. Realiza também ações de apoio matricial para a Atenção Básica.

**Internação Psiquiátrica:** Quando existe a necessidade de internação psiquiátrica, o município dispõe de 18 leitos contratados na Clínica Libertad (clínica psiquiátrica) e 6 leitos no Hospital Dom João Becker. Esses leitos são regulados pelos psiquiatras do Pronto Atendimento 24 horas.

**Residencial Terapêutico:** Moradias temporárias para atender as necessidades de usuários que possuam transtornos mentais graves e persistentes, com históricos de longa permanência em hospitais psiquiátricos e de custódia, que não possuem vínculos familiares. O município disponibiliza 24 vagas divididas em 2 Residenciais Terapêuticos (1 Tipo I, 1 Tipo II).

**Comunidades Terapêuticas:** O encaminhamento para o tratamento da dependência química em Comunidades Terapêuticas é realizada através do CAPS AD. Após realizada a etapa de desintoxicação, o usuário pode ser encaminhado para uma das 30 vagas contratadas pelo município em 5 Comunidades Terapêuticas, com tempo máximo de permanência de 9 meses.

**AssusCaps (Associação de Usuários do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas):** Associação conveniada – consiste em um projeto de reinserção social. Realiza ações voltadas à reabilitação psicossocial de usuários com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Além dos serviços específicos da Política de Saúde Mental, reforçamos que a assistência em saúde mental perpassa pelos diferentes níveis de atendimento da rede de saúde do município, se fazendo presente desde o acolhimento pela equipe da atenção básica até os serviços especializados, incluindo a rede de urgência e emergência.

#### 1.4.3.4.2 Ações

**Capacitações em Saúde Mental:** ações mensais voltadas para Educação em Saúde. De forma sistemática são abordados temas gerais de saúde mental, dependência química e saúde mental na infância e adolescência. Estas capacitações são voltadas para os servidores da



Saúde do município, com a possibilidade da participação dos profissionais da Assistência Social.

Combate ao Tabagismo: grupos semanais realizados no CAPS AD buscando estimular a cessação ao tabagismo, com a oferta de grupos terapêuticos e medicações específicas.

Fiscalização de Comunidades Terapêuticas: o serviço do CAPS AD realiza a supervisão e fiscalização do funcionamento das Comunidades Terapêuticas.

Fiscalização de Residenciais Terapêuticos: o serviço do CAPS II é responsável por monitorar o processo de trabalho e adequar o funcionamento dos Serviços de Residenciais Terapêuticos.

Grupos de Saúde Mental: grupos com diferentes psicólogos são realizados em 20 unidades de saúde da Atenção Básica. A frequência do grupo em cada unidade é mensal, mas o usuário pode participar de mais de um grupo, pois os mesmos são abertos à comunidade.

Matriciamento: as equipes dos 3 CAPS realizam ações de matriciamento para a Atenção Básica, através de reuniões semanais para discussões de casos, assim como interconsultas. Conforme a complexidade da situação do usuário, diferentes componentes da rede de saúde e da assistência social podem participar, como Programa Bebê Saúde, Casa do Idoso, Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Serviço de Acolhimento Institucional, entre outros.

Programa Saúde na Escola: pactuação 2017-2018 com a participação de 40 escolas nos vários territórios. Ações mensais pactuadas com a participação da saúde mental, com ênfase na promoção da saúde mental, assim como prevenção de uso de drogas e diferentes tipos de violências no ambiente escolar.

#### 1.4.3.4.3 Levantamento e Identificação de Problemas Prioritários e Necessidades / Soluções Propostas

Resistência de alguns profissionais da atenção básica de realizarem o atendimento da demanda de saúde mental. / Sensibilizar equipes de atenção básica para o atendimento em saúde mental, assim como estimular a sua participação fortalecendo as ações de matriciamento e capacitação sistemática em Saúde Mental.



Aumento da demanda de atendimento e de participação em ações intersetoriais do CAPS AD, associado às dificuldades apresentadas em função de sua estrutura física restrita, localização não centralizada e equipe reduzida. A estrutura atual não possui número de salas e o serviço também não dispõe de profissionais suficientes para o atendimento da alta demanda apresentada. / Mudança de casa do CAPS AD, assim como solicitação de ampliação da equipe multiprofissional e implementação de 3º turno.

Ampliação e diversificação das atividades realizadas no CAPS. / Chamamento de oficineiros para implementação de oficinas e retomada do Plano Terapêutico Singular a ser realizado nos 3 CAPS do município.

Resistência no atendimento de casos saúde mental por clínicos gerais nos serviços de Pronto Atendimento Municipal e Unidade de Pronto Atendimento. / Sensibilizar equipes da emergência para o atendimento em saúde mental, assim como realizar capacitações sobre esta temática.

Aumento na demanda de pacientes que necessitariam residir em Residenciais Terapêuticos. / Monitorar e adequar público de Residenciais Terapêuticos, assim como realizar convênio para a ampliação de vagas ou contratação de mais um Serviço de Residencial Terapêutico.

Dificuldades de comunicação e de fiscalização da organização do trabalho dos Coordenadores de Comunidades Terapêuticas. / Combinar reuniões semestrais com os Coordenadores de Comunidades Terapêuticas, visando discutir o planejamento terapêutico dos usuários.

Casos de pacientes considerados de gravidade intermediária ficam situadas em um "limbo" de atendimento, pois não preenchem critérios para atendimento em CAPS, mas os profissionais da atenção básica também não se consideram capazes de atendê-los. / Criação NASF para auxiliar forma mais próxima a equipe da atenção básica nesta modalidade de atendimento.

Dificuldades de acesso aos leitos de internação do Hospital de Sapucaia do Sul. / Retomar tratativas junto ao Estado RS, buscando reassumir os leitos do Hospital de Sapucaia do Sul.

Dificuldades apresentadas pelos profissionais de diferentes áreas (saúde, assistência social, jurídico) na compreensão dos fluxos e critérios relativos aos serviços de saúde mental,





em função de sua elevada complexidade, e por perpassar por diferentes áreas intersetoriais. / Promover um maior diálogo e elaboração conjunta de fluxos e critérios dentro da própria saúde, como com a Atenção Básica e Serviços de Urgência e Emergência, assim como com os demais setores envolvidos, como CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, Abrigos.

Dificuldades nos registros relativos aos diferentes tipos de atividades e atendimentos em saúde mental nos CAPS. / Sensibilizar e capacitar as equipes dos CAPS para o registro adequado das atividades realizadas.

#### ***1.4.3.5 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas***

O Ministério da Saúde propõe a construção de Redes de Atenção, como uma alternativa organizativa da linha de cuidado. Agrupar, associar e constituir “linhas de cuidado”, aproximando e sistematizando os processos de trabalho mais produtivos para obter os melhores resultados. As linhas de cuidado exigem um processo de participação amplo. Ouvir os atores envolvidos no processo é fundamental para construção dos caminhos percorridos no processo de desenvolvimento do cuidado humanizado em saúde pública. O município de Gravataí vem constituindo a lógica de construção das Redes de Atenção como estratégia organizativa das linhas de cuidado no município.

Para pensar a implementação e contextualização das Redes de Atenção encontramos como principais características: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado profissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso sanitário.

A portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção (RAS), no âmbito do SUS no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

O município de Gravataí vem trabalhando na constituição e formalização das Redes de Atenção. Nos últimos anos o Departamento de Atenção a Saúde – DAS mantém reuniões ordinárias com periodicidade mensal, agrupando discussões em torno da atenção primária,



políticas de saúde, estratégias de ação e ações intersetoriais. Foram pactuadas 4 Redes de Atenção: Rede Cegonha, Rede de Atenção a Urgência e Emergência – RUE, Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e Rede das Pessoas portadoras de Doenças Crônicas – RAS-DC.

A RAS-DC foi reestruturada no ano de 2017 com a nova composição e retomada dos encontros periódicos. Essas reuniões com representação dos serviços e políticas de saúde tem o intuito de discutir e construir as linhas de cuidado ao doente crônico, seguindo os objetivos de: realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção à saúde; estimular a prevenção de agravos, os diagnósticos, os tratamentos, as reabilitações, as reduções de danos e a manutenção da saúde; além de fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para a promoção de saúde da população.

A composição do grupo contém as seguintes representações: Atenção básica, Atenção especializada (Centro do Idoso, Centro de Nutrição e Qualidade de vida, Política de Atenção à Saúde do Negro), Rede de Urgência e Emergência (SAMU e Pronto Atendimento Municipal – PAM 24h), Policlínica Municipal, Serviço de Atenção Especializada (SAE) e Hospital Dom João Becker. O Sistema de Apoio conta ainda com o Centro de Diagnóstico, a Farmácia Popular e a Regulação para qualificação da demanda e da assistência prestada, auxiliando no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores.

As ações propostas desse grupo são direcionadas aos componentes da Rede de Atenção à Saúde, conforme sua participação na solução do problema em questão, no intuito de contemplar a resolução plena aos usuários. As orientações partem do consenso desse grupo, seguindo após a ciência e a autorização dos setores e seus gestores envolvidos, e então são repassadas ao seu destino pelo DAS.

#### 1.4.3.5.1 Levantamento e Identificação de problemas prioritários e necessidades

No Sistema Logístico temos como visão a necessidade de soluções em saúde, principalmente relacionada às tecnologias de informações, ao registro eletrônico e ao sistema de transporte sanitário. Também identificamos barreiras importantes como a carência de



recursos humanos e materiais. Contamos também com a Regulação para qualificação da demanda e da assistência prestada, auxiliando no monitoramento dos fluxos de encaminhamentos e da prestação dos serviços terceirizados.

Avaliando as doenças crônicas de nosso Município, temos as doenças neoplásicas e doenças do aparelho circulatório como as principais causas de mortalidades na população de 30 a 69 anos, além das causas relacionadas com a diabetes e as doenças respiratórias. Todas essas geralmente são multifatoriais e necessitam de mudanças em diversos setores da atenção à saúde para sofrerem a esperada redução. Portanto, ainda temos os desafios de: manter a construção das redes de atenção com formato intersectorial aprimorando discussões acerca das linhas de cuidado, construir o cuidado compartilhado com a atenção primária e a atenção secundária e rediscutir o modelo de matriciamento e a implantação de fato do Programa Melhor em Casa.

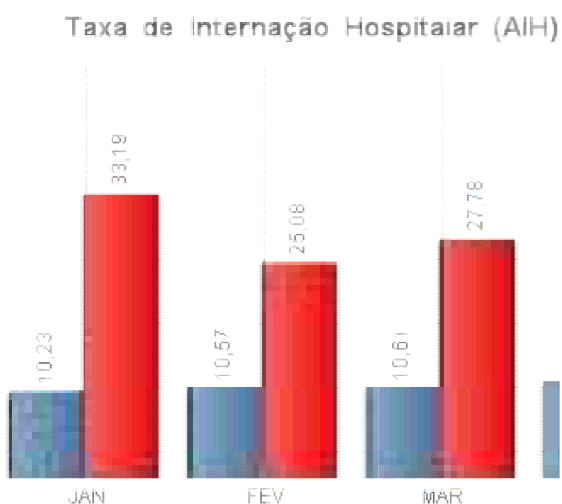
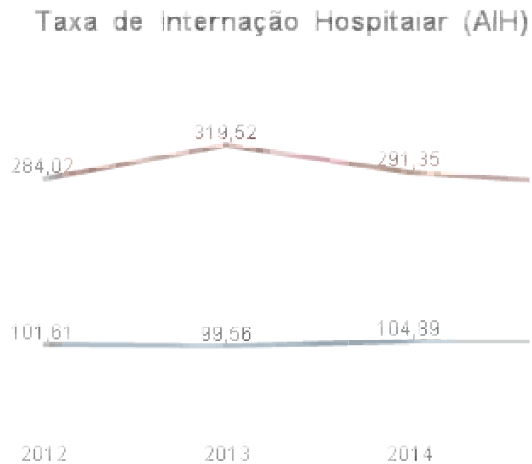


Gráfico 27: Taxa de Internação Hospitalar x Coeficiente de Mortalidade

Fonte: BI Saúde/RS



Gráfico 28: Taxa de Internação Hospitalar x Coeficiente de Mortalidade



Fonte: BI Saúde/RS

Total de Internações Hospitalares: 1.617

Total de Óbitos por doenças do aparelho respiratório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas: 479

Taxa de Internação Hospitalar: 62,4

Coeficiente de Mortalidade: 184,84

Hoje o acesso aos serviços especializados é obtido através das unidades de atenção primária, sendo que o município nos últimos quatro anos conseguiu dobrar a cobertura de estratégia de saúde da família, o que melhora consideravelmente o cuidado. Porém temos ainda 50% de unidades básicas de saúde em regiões de grande concentração populacional. Nessas, o acesso é obtido por tele-agendamento, o que impede a priorização conforme a patologia do paciente. Esses doentes crônicos que têm dificuldade de acesso acabam procurando os serviços de urgência e emergência do município, necessitando muitas vezes de cuidados e referências especializadas, leitos de retaguarda e/ou avaliação no próprio domicílio.



Atualmente o município contabiliza setenta usuários que recebem oxigenoterapia domiciliar e aproximadamente setecentos usuários que retiram fitas e aparelhos de glicosímetro nas unidades de saúde. Este número indica uma parte dos doentes crônicos que necessitam de cuidados contínuos. O município conta com a retaguarda dos atendimentos de Urgência e Emergência efetuados por uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um PAM 24h e com a previsão de instalação de mais uma UPA. Contudo sem leitos de retaguarda além dos contratados no Hospital Dom João Becker. É nesse panorama que precisam estar focados o planejamento e a avaliação da demanda que ocupa hoje as portas dos nossos serviços de urgência e emergência para que sejam realizadas as escolhas que poderão melhorar a linha de cuidado do doente crônico do município.

#### 1.4.3.5.2 Soluções

Manter a vigilância nas necessidades de contratações para repôr ou ampliar os profissionais e exames das diversas áreas especializadas.

Acompanhamento dos encaminhamentos via sistema IPM e GERCON com a consultoria constante de um médico para urgencializar os casos do primeiro sistema e auxiliar na rápida inclusão dos casos oncológicos no segundo.

Manter os grupos de Tabagismo e sensibilizar os médicos da rede para novas capacitações.

Manter a realização de espirometrias no Centro de Diagnóstico conforme convênio com o Estado/Telessaúde.

Aumento do número de exames de ultrassom e ampliação dos tipos ofertados no Centro de Diagnóstico.

Manter o Grupo Viva Mais Leve no CENQ.

Criação do ambulatório de doenças crônicas na Policlínica Municipal.

Manter as rodas de conversas entre médicos da atenção especializada e da atenção básica.

Propor a adesão ao Programa Melhor em Casa do governo federal.



Manter como meta a diminuição anual em 2 o número da taxa de óbitos prematuros (30-69 anos) das doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

#### ***1.4.3.6 Serviço de Assistência Especializada – SAE***

O Serviço de Assistência Especializada (SAE), antes chamado Centro de Ações Coletivas (CEAC), foi implantado em dezembro de 1999. Na época, o serviço surgiu da necessidade de descentralização dos pacientes oriundos do município que estavam em acompanhamento em Porto Alegre, nos serviços de referências dos grandes hospitais. Assim, se instituiu o Ambulatório de Infectologia para atendimento dos pacientes com diagnóstico de HIV/Aids. Neste mesmo ano e local foram implantados o Programa Municipal de Controle da Tuberculose e iniciaram-se as atividades do Laboratório Municipal de Análises Clínicas, cujos exames realizados eram baciloscopia de escarro e testagem HIV.

Em dezembro de 2012, o serviço passou por uma reestruturação e em novo espaço físico adotou a denominação oficial de SAE (Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS e Tuberculose). Em junho de 2016 houve nova mudança, com a ampliação do espaço físico, reestruturação e qualificação dos processos de trabalho, sendo que as ações do Laboratório Municipal passaram a ser realizadas novamente junto ao SAE, qualificando ainda mais o atendimento às pessoas vivendo com HIV. O ambulatório de hepatites virais passou a compor as especificidades médicas do serviço e, com a inauguração em setembro de 2016, o SAE passou a ser denominado Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV-Aids, Hepatites Virais e Tuberculose.

##### **1.4.3.6.1 Objetivo/missão**

O SAE tem como objetivo prestar assistência médica, psicológica, social e ações de enfermagem voltadas a indivíduos com IST/ HIV, Hepatites Virais e Tuberculose no município. O Programa Municipal de IST/HIV, Hepatites Virais e Tuberculose é executado



pela equipe do SAE. Assim, como o Programa Nacional, têm a missão de reduzir a incidência de IST, HIV, Hepatites Virais e Tuberculose e a vulnerabilidade da população a esses agravos; promover a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV, Hepatites Virais e Tuberculose; reduzir o estigma e os demais impactos negativos do HIV/AIDS e outras IST's, por meio de políticas públicas pautadas pela ética, pelo respeito à diversidade sexual, racial, étnica, social, econômica e cultural, à cidadania e aos direitos humanos e pelo compromisso com a promoção à saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, contribuindo para a resposta global a epidemia.

#### 1.4.2.3.2 Equipe e ações realizadas

Atualmente o SAE é composto pelos seguintes ambulatórios: infectologia adulto, infectologia pediatria, dermatologia sanitária, tisiologia, gastroenterologia com ênfase em hepatites virais. O serviço é composto pela seguinte equipe multidisciplinar: três médicos infectologistas, um médica pediatra, um médico tisiologista, uma médica dermatologista e um médico gastroenterologista; duas psicólogas; uma assistente social; uma farmacêutica; um enfermeiro; duas bioquímicas; quatro auxiliares de enfermagem; duas técnicas de enfermagem; seis auxiliares de laboratório; uma auxiliar administrativa; uma atendente de unidade de saúde; uma auxiliar de farmácia; dois estagiários de nível superior; um motorista; duas auxiliares de higienização.

A equipe do SAE é responsável pelas seguintes ações: testagem rápida para HIV, sífilis e hepatite B e C com aconselhamento; aconselhamento para casais sorodiferentes; aconselhamento reprodutivo; acolhimento dos pacientes para primeira consulta após diagnóstico, após abandono de tratamento e transferências por assistente social, enfermeiro ou psicóloga; notificação dos casos de Pessoa Vivendo com HIV (PVH), gestante e acidente ocupacional; atendimento médico com infectologia para adultos e crianças; atendimento psicológico individual para PVH, profissionais do sexo, portadores de IST, hepatites virais e tuberculose; atendimento pelo serviço social de PVH, profissionais do sexo, portadores de IST, hepatites virais e tuberculose, bem como visita domiciliar; priorização do atendimento psicossocial para crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência e gestantes;



dispensação de medicamentos, como: antirretrovirais, para tratar infecções oportunistas e controle de efeitos colaterais e tuberculostáticos; ambulatório de coinfeção TB/HIV; Ambulatório de tisiologia para pacientes de esquema básico e também pacientes MDR, inclusive com a disponibilização de esquema especial de tratamento; atendimento dermatológico para PVA com a possibilidade de realização de biopsia, aplicação de nitrogênio e ambulatório de lipoatrofia facial; tratamento de IST, principalmente o HPV; distribuição da fórmula láctea para crianças expostas ao HIV, mediante acompanhamento social; realização de campanhas de testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites B e C para população em geral em eventos em parceria com a AB; fluxo e atendimento da Profilaxia Pós-exposição (PEP); fornecimento de preservativos e gel lubrificante para profissionais do sexo e para casas noturnas; palestras para empresas com fornecimento de material informativo e preventivo; parceria com o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do Programa Saúde na Escola (GTIM-PSE) nas formações das equipes de saúde e educação para trabalhar a sexualidade, uso de álcool e outras drogas, IST/HIV, Hepatites Viriais e gravidez na adolescência.

#### 1.4.3.6.3 Análise de dados epidemiológicos, problemas e soluções

Em dezembro de 2015 Gravataí, juntamente com mais 14 municípios do estado, assinaram a Carta de Paris, documento de 2014 que marcou o Dia Mundial de Luta contra a Aids, quando, na capital francesa, gestores do mundo inteiro buscavam soluções para a epidemia da doença do mundo.

Entre os compromissos assinados está o alcance das metas 90-90-90 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Unaid), que significa ter, até 2020, 90% das pessoas que vivem com HIV sabendo que têm o vírus; 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebendo tratamento antirretroviral; e 90% das pessoas em tratamento antirretroviral com carga viral indetectável.

A "Cascata" do cuidado contínuo das pessoas que vivem com HIV (PVH) serve para elucidar o contexto epidemiológico e caracterizar o cuidado dos indivíduos com HIV/AIDS



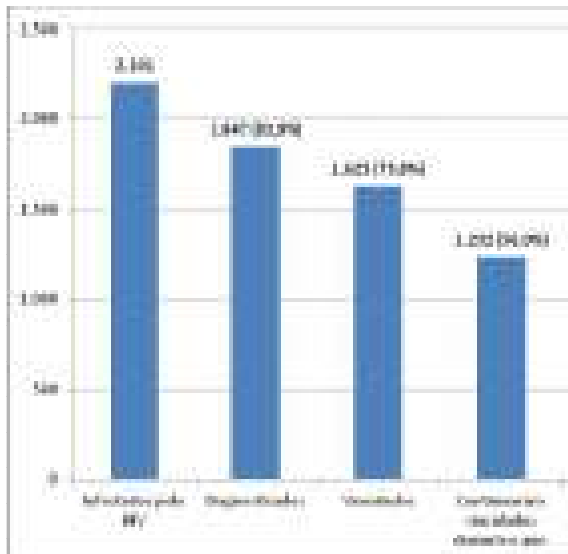


em um período específico. Esta ferramenta também tem o intuito de auxiliar nas discussões dos processos de trabalho dos serviços de saúde dos municípios.

É possível identificar com a cascata de PVH a estimativa de pessoas diagnosticadas, vinculadas, retidas, em tratamento antirretrovirais e com carga viral indetectável. Em uma situação ideal essas seis colunas devem estar alinhadas. A cascata é a representação que permite identificar lacunas neste contínuo cuidado e que podem comprometer a resposta esperada. A análise desta cascata pode contribuir para nortear os esforços necessários a fim de otimizar os efeitos das intervenções e implementar ações para conter o avanço da epidemia.

O gráfico da “cascata” de PVH do município de Gravataí, referente ao ano de 2013, apresenta uma estimativa de 2.201 pessoas infectadas pelo HIV. O número total de indivíduos diagnosticados para o vírus HIV foi de 1.847. Observa-se que 73,8% do total de pessoas com o HIV estão vinculadas em um serviço de saúde no ano de 2013. O contingente de pacientes que continuaram vinculados (retidos) no serviço de saúde ao longo do ano foi de 56%. Os indivíduos em TARV representam 42% do total. Os pacientes com carga viral indetectável constituem 30,6% de todas as pessoas com HIV. Também verifica-se que 72,6% dos indivíduos em TARV possuem carga viral indetectável.

Gráfico 29: “Cascata” de PVHA do município de Gravataí, referente ao ano de 2013.



Fonte: SAE - 2017



A estratégia atual do MS para o controle da epidemia e o alcance da meta de 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus (90% diagnosticados) é a descentralização das testagem anti-hiv dos serviços especializados para a Atenção Básica. As unidades de saúde podem oferecer a primeira oportunidade para se realizar o diagnóstico de HIV em pessoas assintomáticas ou que já apresentem sintomas e podem reduzir a transmissão vertical através do oferecimento de testagem a todas as gestantes e seus parceiros no âmbito da Rede Cegonha.

Visando o alcance da meta no município de Gravataí o Serviço de Assistência Especializada (SAE) e a coordenação da Atenção Básica descentralizaram o diagnóstico do HIV para a Atenção Básica com a estabelecimento de meta de testagens. Neste sentido, desde janeiro de 2017, o SAE e o DAS monitoram a realização de testagens rápidas para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, através do estabelecimento de meta individualizada por unidade de saúde.

Outra ferramenta que potencializará o enfrentamento da Aids no município é a implantação e implementação da Linha de Cuidado (LC) para as pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras IST é uma outra estratégia, que deve ser tratada como prioritária, considerando que ser um instrumento norteador para os municípios na organização das redes de atenção à saúde, apresentando diretrizes e recomendações gerais para subsidiar a definição das atribuições entre os níveis de atenção, com enfoque para o compartilhamento do cuidado entre Atenção Básica (AB) e Serviço Especializado (SAE).

Assim, durante o ano de 2015 a equipe do SAE, juntamente com o Departamento de Atenção a Saúde (DAS) e o Departamento e Atenção Básica (DAB) iniciaram a sensibilização da equipe de médicos na temática do atendimento as pessoas que vivem com HIV (PVH). Esta aproximação entre a Atenção Básica (AB) e a atenção especializada teve como fruto a implantação da "Linha de Cuidado para PVH" que ocorreu em 2016 (anexo).

Novas estratégias de prevenção foram surgindo ampliando o leque de opções para a prevenção do HIV, não limitando-se apenas ao preservativo. Neste leque de possibilidades para a prevenção da transmissão do HIV destacam-se o uso da Profilaxia Pós-exposição (PEP), que é o uso de uma medicação antirretroviral após qualquer situação em que exista o risco de contato com o vírus HIV que deverá ser utilizada em até 72 horas, sendo o tratamento mais eficaz se iniciado nas duas primeiras horas após a exposição.



Em 2016, o fluxo de atendimento da PEP foi estabelecido e aprovado pelo Secretário Municipal da Saúde (anexo) e encontra-se em funcionamento. Além da disposição desta medicação é de extrema importância o investimento em divulgação da estratégia, dos locais para atendimento da PEP e a ampliação da rede para atendimento.

O abandono do tratamento é a grande dificuldade enfrentada pela equipe do SAE, através do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT), e estratégias são adotadas visando minimizá-lo e necessitamos que os incentivos para melhorar a adesão ao tratamento, tais como o auxílio transporte e alimentação, sejam contínuos para os pacientes.

A tuberculose continua a avançar no município, principalmente nos segmentos mais vulneráveis da população, crescendo acentuadamente entre as pessoas vivendo com HIV/AIDS, usuários de drogas, em especial entre os usuários de crack, e na população em situação de rua.

Ao longo dos anos as estratégias estabelecidas pelo PMCT primaram pela descentralização de suas ações, em especial do diagnóstico, que é uma das grandes potencialidades. Assim, todas as unidades de saúde da família e as unidades básicas de saúde realizam a busca de sintomático respiratório e a coleta do exame de escarro. Existe um fluxo estabelecido de recolhimento dos exames realizados nas unidades de saúde e entrega no Laboratório Municipal para a realização de teste rápido molecular para a tuberculose, baciloscopia de escarro e semente a cultura que é encaminhada para o LACEN realizar a análise.

No ano de 2014 o município foi contemplado com um equipamento para a realização do teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), tecnologia que passou a ser utilizada a partir de outubro de mesmo ano. O TRM-TB utiliza a técnica de reação em cadeia de polimerase (PCR) em tempo real para extração, amplificação e detecção do DNA do *Mycobacterium tuberculosis* e triagem de cepas resistentes à rifampicina. O tempo de execução do teste do laboratório é de duas horas e o exame fornece resultados com risco mínimo de contaminação, qualificando ainda mais o diagnóstico da tuberculose no município.

Em 2011, através da Resolução 507/11 – CIB/RS, o Estado do Rio Grande do Sul aprovou a criação do incentivo para o controle da tuberculose no valor de R\$ 150,00 por cada doente curado a ser pago ao município de residência do caso tratado com êxito. Tal incentivo



visa facilitar o acesso aos serviços e dar continuidade ao tratamento e deve ser utilizado em ações que promovam a qualificação do serviço de tuberculose.

Assim, visando qualificar o acesso ao tratamento da tuberculose e diminuir o abandono foi apresentado o projeto “Oferta de incentivos aos pacientes em tratamento da tuberculose”, onde está sendo disponibilizado o Cartão TEU com direito a até 8 (oito) passagem mês para os pacientes, atendendo os seguintes critérios pré-estabelecidos: avaliação pela equipe técnica do PMCT para verificação da necessidade do auxílio; pacientes em tratamento regular para tuberculose com renda de até 4 (quatro) vezes o salário mínimo vigente; o auxílio não será concedido aos pacientes que possuem veículos automotores.

Em conjunto a disponibilização do vale transporte temos o fornecimento de lanche para acompanhar a tomada de 3 (três) vezes por semana dos medicamentos para a tuberculose a todos os pacientes em tratamento no PMCT, em especial aos pacientes pulmonares com baciloscopia positiva, grupos vulneráveis ao abandono (usuários de drogas, alcoolistas, população vivendo em situação de rua, pessoas vivendo com HIV e aids) e pacientes com abandono prévio.

Tais iniciativas visam minimizar as dificuldades enfrentadas pelos doentes na acessibilidade ao tratamento, devido às despesas com transporte, e um aporte nutricional para a tomada da medicação, atenuando assim os gastos do doente durante o período de tratamento, bem como um apoio alimentar.

A adoção de medidas incentivadoras ao tratamento (auxílio alimentação e auxílio transporte) pode ser útil no alcance das metas pactuadas pelo Ministério da Saúde de cura de no mínimo 85% dos casos em tratamento e um abandono inferior a 5%, demonstrado na análise da série histórica, onde nos anos de oferta de tais incentivos os indicadores foram melhores.

A elevada taxa de coinfeção é uma preocupação nacional visto que a tuberculose ativa é a condição de maior impacto na mortalidade por aids e por tuberculose no país. Assim, intervenções são preconizadas pelo Ministério da Saúde para o controle da coinfeção TB-HIV, tais como: testagem oportuna para HIV em todos os pacientes que iniciam tratamento para a tuberculose; diagnóstico precoce da tuberculose ativa e da infecção latente, bem como o início oportuno da terapia antirretroviral. Frente à taxa tão elevada de coinfeção Tuberculose/HIV nos pacientes em tratamento no município e o aumento de resistências ao



tratamento básico a gestão disponibilizou um médico infectologista para o atendimento dos pacientes coinfectados no ambulatório de tuberculose e a implantação do ambulatório de referência secundária.

#### 1.4.3.6.4 Financiamento

As ações realizadas a partir de 1999 foram pactuadas através de convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde, com recursos oriundos do acordo de empréstimo BIRD 4392/BR e do Governo Federal, através de projetos como o Plano Operativo Anual – POA, 1999 a 2002 e a Programação Anual de Metas – PAM, 2003 a 2013. No momento atual as ações são financiadas através de repasse financeiro estabelecido na Resolução 143/14 e, anualmente, é elaborado plano de trabalho com o estabelecimento de ações de vigilância, prevenção e controle das IST/Aids, hepatites virais e tuberculose.

#### ***1.4.3.7 Centro de Nutrição e Qualidade de Vida – CENQ***

##### 1.4.3.7.1 Organização

O apoio matricial é realizado pelas nutricionistas através da participação em grupos, visitas domiciliares e reuniões de equipe das Unidades de Saúde.

As consultas individuais de nutrição ocorrem no CENQ, para os pacientes encaminhados das Unidades de Saúde, de acordo com critérios preestabelecidos.

Os grupos de alimentação saudável são realizados nas Unidades de Saúde e CENQ, abordando temas referentes à nutrição para todos os ciclos de vida, visando a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

As capacitações com temas relacionados à nutrição são realizadas pelas nutricionistas para os profissionais do município, como também a elaboração de materiais educativos e informativos voltados aos usuários.



O Programa Municipal Viva Mais Leve de intervenção na obesidade é realizado no CENQ para pacientes encaminhados pelas unidades de Saúde, que permanecem em atendimento pela equipe multidisciplinar (educador físico, nutricionista, médica e psicóloga), durante um ano.

O CENQ também desenvolve os seguintes programas federais:

- Programa Saúde na Escola (PSE): participação nas ações de promoção à alimentação saudável e capacitações para os profissionais da SMS e SMED. Através das avaliações antropométricas dos alunos, são identificados os casos de desvio nutricional e posteriormente encaminhados à nutricionista de referência.
- Programa Bolsa Família: responsável pela condicionalidade da saúde que baseia-se no acompanhamento de crianças de 0 a 7 anos, gestantes e nutrizes, realizado pelas Unidades de Saúde e encaminhados para o CENQ para a digitação dos dados no sistema. São realizadas reuniões com as equipes de saúde para capacitar os profissionais e discutir ações para qualificar o acompanhamento das condicionalidades da saúde, com o objetivo de atingir o indicador pactuado.
- Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: instrumento do Ministério da Saúde utilizado para a obtenção de dados de monitoramento do estado nutricional e de consumo alimentar das crianças de 0 a 10 anos e gestantes que frequentam as Unidades de Saúde. Os dados antropométricos são coletados pelas Unidades de Saúde e encaminhados para o CENQ para a digitação dos dados no sistema. Os desvios nutricionais identificados são encaminhados para atendimento clínico.
- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil – EAAB: capacitação dos profissionais da rede envolvidos no atendimento de crianças menores de dois anos de idade, com o objetivo de qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. No mês de agosto de 2014, foram formados 26 tutores em oficina de imersão de 4 dias, com o objetivo de implementar a Estratégia nas Unidades de Saúde do município e no ano de 2016, ocorreu a certificação de 4 Unidades de Saúde.



A equipe de Nutrição está inserida nas Redes Cegonha e de Doenças Crônicas, no Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional de Gravataí – CONSAGRA e reuniões mensais da Política de Alimentação e Nutrição da CRS. Estes espaços são importantes ferramentas de planejamento e avaliação de ações em saúde.

#### 1.4.3.7.2 Dados Epidemiológicos

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a obesidade é uma doença de caráter multifatorial com influências genéticas, sociais e ambientais. Considera-se que a obesidade é uma doença crônica que está associada ao desenvolvimento de outras. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é uma questão prioritária na saúde. Em 2011, o Ministério da Saúde, lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022).

De acordo com dados do SISVAN de 2015, o nosso município apresenta os percentuais de sobrepeso e obesidade acima da média do Estado do Rio Grande do Sul, conforme segue:

Tabela 21: Crianças de 0 a 2 anos, segundo peso para idade

| Avaliação Nutricional | Quantidade | Percentual | Média do Estado |
|-----------------------|------------|------------|-----------------|
| Muito Baixo Peso      | 22         | 0,95       |                 |
| Baixo peso            | 32         | 1,39       |                 |
| Eutrófico             | 2.011      | 87,21      |                 |
| Peso Elevado          | 241        | 10,45      | 8,92            |
| Total                 | 2.306      |            |                 |

Fonte: CENQ - 2017



Tabela 22: Crianças de 2 a 10 anos, adolescentes e gestantes, segundo IMC para Idade

|                    | Criança 2 – 5 anos |       | Criança 5 – 10 anos |       | Adolescente |       | Gestante |       |
|--------------------|--------------------|-------|---------------------|-------|-------------|-------|----------|-------|
|                    | Qtde.              | %     | Qtde.               | %     | Qtde.       | %     | Qtde.    | %     |
| Magreza acentuada  | 37                 | 1,11  | 48                  | 1,25  | 27          | 1,4   |          |       |
| Magreza            | 34                 | 1,02  | 31                  | 0,79  | 34          | 1,76  | 259      | 13,27 |
| Eutrófico          | 1894               | 56,95 | 2.185               | 55,97 | 1.027       | 53,07 | 602      | 30,84 |
| Risco de sobrepeso | 814                | 24,47 | 831                 | 21,29 | 467         | 24,13 |          |       |
| Sobrepeso          | 314                | 9,44  | 519                 | 13,29 | 308         | 15,92 | 565      | 28,94 |
| Obesidade          | 233                | 7,01  | 290                 | 7,43  | 72          | 3,72  | 526      | 26,95 |
| Média do Estado    |                    | 7,94  |                     | 6,94  |             | 2,52  |          | 25,51 |
| Total              | 3.326              |       | 3.904               |       | 1.935       |       | 1.952    |       |

Fonte: CENQ – 2017

Segundo dados do Vigitel, 2014, cresce o número de pessoas com excesso de peso no país:

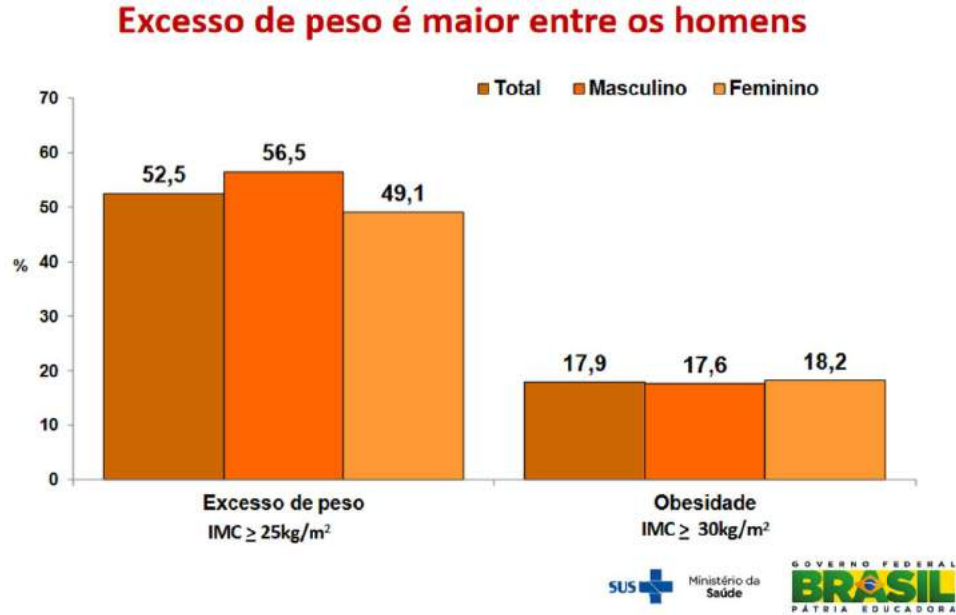
52,5% dos brasileiros estão acima do peso – índice era 43% em 2006

17,9% da população está obesa

O excesso de peso é um fator de risco para doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer. As doenças crônicas respondem por 72% dos óbitos no país.

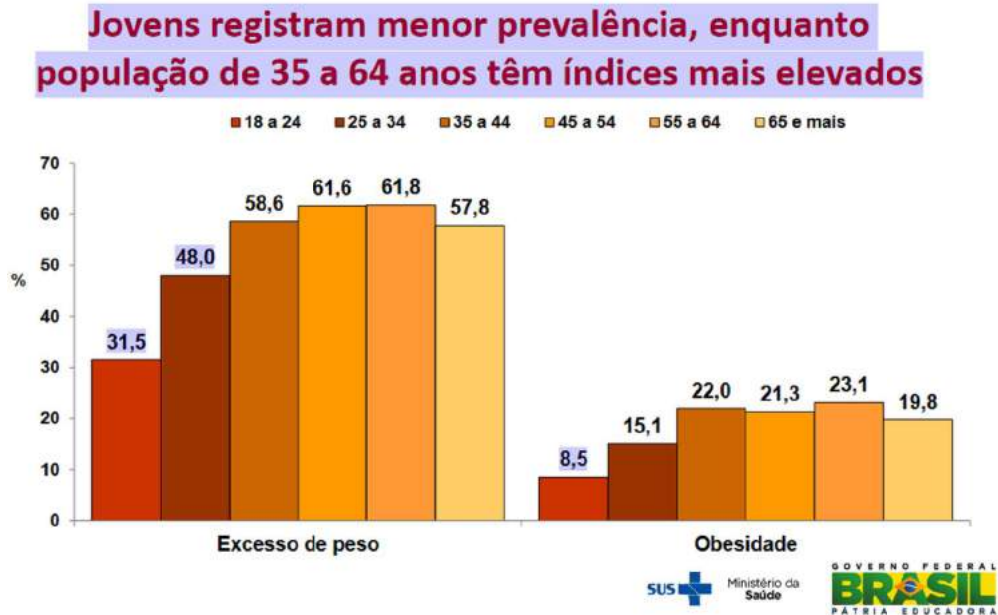


Gráfico 30: Prevalência de excesso de peso e obesidade por sexo



Fonte: Ministério da Saúde

Gráfico 31: Prevalência de excesso de peso e obesidade por faixa etária



Fonte: Ministério da Saúde



#### 1.4.3.7.3 Levantamento e identificação de problemas prioritários e necessidades

Programa Bolsa Família (PBF): Dificuldade na cobertura de acompanhamento da condicionalidade da Saúde, devido ao grande número de famílias compostas só por mulheres, descrédito do programa para desvincular uma família, na saúde leva 2 anos e meio, a condicionalidade não permite associar outras ações, como CP, chamadas em sábados, etc., falta de cooperação de algumas equipes em preencher o mapa, falta de material de divulgação das condicionalidades e divulgação por parte do Ministério da Saúde, equipe pequena para realizar o acompanhamento necessário.

Número reduzido de profissionais nutricionistas: dificuldade de atuação com foco preventivo, o que implica a necessidade de encaminhamento dos casos para outro nível de atenção em saúde, impossibilidade de ampliação dos critérios de atendimento, impedimento da realização de novas ações em saúde, sobrecarga dos profissionais que atuam impossibilidade de atendimento nos Centros Especializados.

Quantidade insuficiente de estagiários de nutrição: Anteriormente, contávamos com 1 estagiário para cada Nutricionista dos Distritos que auxiliavam na confecção e elaboração de materiais para o desenvolvimento de trabalhos de educação alimentar e a digitação dos dados do SISVAN e Programa Bolsa Família por distrito.

Local de atendimento: existem poucas salas para o atendimento clínico de Nutrição e do Programa Viva Mais Leve. São 3 consultórios que são utilizados por 5 nutricionistas, 1 médica e 1 psicóloga.

#### 1.4.3.7.4 Soluções (ações propostas para os próximos 4 anos)

Criação do NASF.

Informatização das unidades de Saúde, permitindo o acompanhamento local do SISVAN, Programa Bolsa Família e Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

Ampliação do quadro de nutricionistas, através de concurso público com chamada efetiva, para mais 2 profissionais.

Manter um número mínimo de 4 estagiários de Nutrição.



Ampliação do espaço físico do CENQ, o que possibilitará ampliar os atendimentos em consultório.

Instalar rampa de acesso para cadeirantes.

#### 1.4.3.7.5 Recursos financeiros disponíveis para enfrentar o problema

O CENQ conta com o Fundo de Alimentação e Nutrição – FAN, recurso do Ministério da Saúde, incentivo de custeio para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição.

De acordo com o Artigo 2º da Portaria 1738, o incentivo financeiro deverá ser utilizado exclusivamente no custeio de serviços e despesas relacionadas à efetiva implementação de ações de alimentação e nutrição nas Redes de Atenção à Saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica, observadas as diretrizes e responsabilidades definidas na PNAN às Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e aos Municípios, priorizando-se:

- I – a promoção da alimentação adequada e saudável;
- II – a vigilância alimentar e nutricional;
- III – a prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, especialmente sobrepeso e obesidade, desnutrição, anemia por deficiência de ferro, hipovitaminose A e beribéri;
- IV – a qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição.

A portaria esclarece que se tratando de incentivo exclusivamente de custeio, voltado às ações estabelecidas no artigo 2º, fica vedada sua utilização para fins diversos aos ora previstos, tais como despesas de capital, tratamento de doenças ou reabilitação de pacientes, aquisição de alimentos, suplementos alimentares, fórmulas alimentares, de vitaminas ou minerais.



#### ***1.4.3.8 Centro de Atenção Especializado em Saúde do Idoso (Inserido pela Resolução CMS 10/2017)***

##### **1.4.3.8 1. Organização:**

Além dos serviços que compõe a Atenção Básica e os serviços de Urgência e Emergência, a rede de saúde do município conta com um Serviço Especializado. A Casa do Idoso, como é conhecida pela população, é um Centro de Atenção Especializado em Saúde do Idoso, de composição multiprofissional, que atua no município desde 2005. Situada na Rua Quintino Bocaiúva, 183, Bairro São Geraldo, Parada 74.

O público-alvo para atendimento na Casa do Idoso são os idosos frágeis, caracterizados como os que apresentam perda ou redução da capacidade funcional e/ou cognitiva, impactando negativamente na sua autonomia e independência.

A forma de ingresso ao serviço é o acolhimento, realizado pela equipe técnica. A demanda provém, prioritariamente, da Atenção Básica em Saúde, com pelo menos 70% do público encaminhado. Os outros 30% são provenientes de demanda espontânea, Serviço de Urgência e Emergência, serviços de Assistência Social, dentre outros.

No acolhimento os idosos são avaliados globalmente, conforme o risco de fragilização e probabilidade de agravos, e podem seguir ou não em acompanhamento continuado no serviço. Os idosos com perfil de baixo risco seguem vinculados às Unidades de Saúde de referência, conforme seu local de residência, e são convidados a participar dos grupos de promoção de saúde do Serviço.

Na Casa do Idoso, são oferecidas as seguintes atividades profissionais e terapêuticas:

1. Triage com equipe de enfermagem;
2. Consultas médicas;
3. Consultas com enfermagem;
4. Consultas com nutricionista (individual e em grupo);
5. atendimentos com fisioterapeuta;
6. atendimentos com psicóloga;
7. atendimentos com Assistente social;



8. Visitas Domiciliares;
9. Grupo de apoio para familiares Cuidadores;
10. Grupo de fortalecimento de prevenção de quedas e fortalecimento de membros inferiores com Fisioterapeuta;
11. Academia do Cérebro, para idosos com queixas de prejuízo de memória.
12. Grupos de promoção de Saúde (Grupos de Convivência e de Atividade Física)

Quanto à Linha de cuidado Integral do Idoso é importante salientar que esta faz parte da Rede de Doenças crônicas devido ao fato de que alguns agravos como Diabetes e hipertensão Arterial são bastante recorrentes na população idosa.

Uma Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social.

Embora entendamos que a rede das doenças crônicas é adequada para direcionar ações em saúde do idoso, identificamos que existem intersecções importantes com outras redes, as quais precisam ser consideradas para o atendimento das necessidades da Linha de cuidado Integral do idoso. São elas: rede de Urgência e Emergência e rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

#### 1.4.3.8.2. Ações propostas para os próximos 4 anos

1) Criar a Política Municipal de Saúde do Idoso conforme sugestão de Minuta do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa - CMDPI, incluindo as seguintes linhas de ações governamentais:

a) Garantir a universalidade do acesso e acolhimento da pessoa idosa nos serviços e ações de saúde do Município, buscando atendimento integral e em *rede organizada* por fluxos e protocolos específicos, que contemplem ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, visando à manutenção da sua capacidade funcional e autonomia;

b) Realizar estudos para detectar o perfil demográfico e epidemiológico das pessoas idosas, com vistas à identificação das reais necessidades de saúde desta população;



c) Organizar linhas de cuidado de longa duração e de assistência à pessoa idosa na rede municipal de saúde, nos níveis primário, secundário e terciário;

d) Capacitar e atualizar os profissionais de saúde através da *educação permanente*, visando à atenção humanizada, integral e eficaz às pessoas idosas;

e) Buscar e fazer adesão às modalidades de *incentivo* existentes junto à Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde para desenvolver a Educação Permanente das equipes multiprofissionais que atuam junto à população idosa.

## 2) Ações Específicas para o período 2018 - 2021

a) Capacitar continuamente a Atenção Básica sobre o Envelhecimento e Avaliação do Idoso/Entrevista de Anamnese, com utilização de instrumentos específicos para melhorar o acolhimento;

b) Capacitar a Rede sobre doenças e agravos que acometem a população idosa, incluindo transtornos mentais, demências, AVCs, doenças crônicas, dentre outros;

c) Sensibilizar os profissionais da Atenção Básica para a necessidade de “olhar integral” às necessidades do idoso, através de oficinas vivenciais;

d) Realizar, anualmente, 02 (dois) seminários teóricos: um para o corpo técnico dos serviços (Saúde, Assistência Social, Controle Social, dentre outros) e outro para os próprios usuários idosos atendidos nos serviços, com o objetivo de fomentar a discussão e debater sobre as necessidades da população atendida.;

e) Estruturar a linha de cuidado de atendimento de saúde do idoso, a partir da Atenção Básica como porta de entrada. Nesse sentido, definir estes serviços como os identificadores do grau de vulnerabilidade/fragilidade do idoso, através do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável/Vulnerable Elders Survey (VES 13);

f) Definir uma linha de cuidado em saúde mental para o idoso frágil, incluindo acesso à profissional médico psiquiatra;

g) Melhorar a interlocução entre as RAS (Redes de Atenção em Saúde), nas quais faz parte a linha de cuidado integral em saúde do idoso;

h) Implantar a prática do Apoio Matricial do Serviço Especializado para a Atenção Básica utilizando o espaço formal da Rede Integrada de Ações à Pessoa Idosa. Sendo esta Rede composta por profissionais da Saúde, Assistência Social, CMDPI, dentre outros.



i) Prestar por parte da Rede Hospitalar e Rede Urgência e Emergência, Apoio Matricial às equipes de Atenção Básica, conforme disposto na Portaria Nº 483/2014, que dispõe sobre a rede de Atenção às Pessoas portadoras de Doenças Crônicas;

j) Aumentar a oferta de propostas terapêuticas para o idoso Frágil (escala VES 13 - de nota 07 à 10) no Serviço Especializado de Saúde do Idoso, como por exemplo: grupo terapêutico para idosos demenciados; atendimento domiciliar para idosos frágeis vinculados ao serviço, crônicos com critérios adversos ao Programa Melhor em Casa;

l) Implantar o Programa Melhor em Casa, garantindo o atendimento domiciliar para pacientes com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, visando a desospitalização e redução das reinternações hospitalares;

m) Criação de um Grupo Gestor Intersetorial de Atenção à Pessoa Idosa - composta por gestores, trabalhadores e Controle Social, com objetivo de tomar decisões, pactuações de fluxos e atendimento das necessidades das equipes de trabalho;

n) Revisar as estruturas físicas para garantir a acessibilidade dos idosos a todos os serviços de saúde;

o) Fortalecimento das ações de promoção e atenção da saúde para reduzir as internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde;

p) Aumentar em 20% as ações educativas dos grupos operativos nos territórios sobre HAS, DM, osteoporose, obesidade, causas externas, saúde bucal, saúde mental e alimentação saudável, com a supervisão e apoio de profissionais de nível superior;

q) Implantar acolhimento consulta de enfermagem às pessoas adultas e idosas portadoras de doenças crônicas degenerativas;

r) Criar o Fórum Municipal do envelhecimento saudável e longevidade para a discussão de suas temáticas e linhas de cuidados de longa duração às pessoas idosas com a participação das instituições da sociedade envolvidas com a velhice de Gravataí;

s) Atender os usuários do SUS na Atenção Básica que residem nas ILPIs do município;

t) Fortalecimento da atenção e as ações educativas do Centro de Referência Especializada do idoso – Casa do idoso, ampliando as competências dos profissionais e da equipe;

u) Ampliar o acolhimento, avaliação e consultas especializadas na Casa do Idoso;



v) Cadastrar os grupos operativos ofertados aos adultos e idosos na Atenção Básica, capacitar e supervisionar os profissionais responsáveis pelos mesmos mediante apoio matricial, visando que os próprios idosos e cuidadores assumam os cuidados de sua saúde;

x) Cadastrar, acolher, avaliar e atender os idosos portadores de demências (Alzheimer), Parkinson e transtornos mentais de 6 em 6 meses;

z) Atender os usuários do SUS na atenção especializada que residem nas ILPIs do município.

A SMS deverá somar forças juntamente com as demais secretárias, como Secretaria da família, Cidadania e Assistência Social (SMTCAS), Secretaria de Governança (SGCOM), Assessoria das Políticas Públicas das Pessoas Idosas e Conselho Municipal da pessoa idosa, com o objetivo de resgatar e implantar o cartório da pessoa idosa vítima de violência junto a Delegacia de polícia com uma equipe especializada de profissionais para o seu atendimento.

#### ***1.4.3.9 Política de Atenção Integral à Saúde Bucal – PAISB***

A Política de Saúde Bucal (PAISB) tem como propósito apoiar, planejar, organizar e monitorar as ações, programas e serviços que envolvem direta ou indiretamente a saúde bucal, no âmbito das unidades de saúde, atendimentos de urgência, centro de especialidades odontológicas e outros espaços sociais.

A atenção em saúde bucal é constituída pelo conjunto de ações que incluem assistência odontológica individual e ações de alcance coletivo, com o objetivo de promover saúde bucal na sua integralidade. A atenção implica atuar concomitantemente sobre todos determinantes do processo saúde-doença, de forma que envolve não apenas o âmbito da odontologia, mas interfere em ações multisetoriais e interdisciplinares desenvolvidas no conjunto da sociedade. Os conceitos aqui apresentados apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando as ações programáticas de uma





forma mais abrangente, desenvolvendo ações intersetoriais, que perpassam por todas as Políticas de Atenção à Saúde e ciclos de vida.

Para a Política de Saúde Bucal esta forma de conduzir as ações representa um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando um novo modelo de se produzir o cuidado em saúde bucal com maior alcance.

#### 1.4.3.9.1 Aspectos relativos à assistência em odontologia no município

A assistência odontológica na atenção básica é realizada nas seguintes Unidades de Saúde: Águas Claras, Barro Vermelho, Centro, Cohab A, Cohab C, Costa do Ipiranga, Érico Veríssimo, Granville, Itacolomi, Itatiaia, Morada do Vale I, Morada do Vale II, Morungava, Nova Conquista, Parque dos Eucaliptos, Parque dos Anjos, Princesa Isabel, Santa Cecília, São Geraldo, São Marcos, São Judas Tadeu, Vera Cruz e Vila Branca. Além do atendimento de urgência no Pronto Atendimento Municipal (PAM) e atendimento especializado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

O trabalho realizado em odontologia nas unidades de saúde corresponde à atenção básica, sendo executados os seguintes procedimentos em crianças e adultos: restaurações com amálgama e resinas fotopolimerizáveis, extrações, curativos, pequenos procedimentos cirúrgicos, suturas, raspagens dentárias, profilaxias, remineralizações dentárias, aplicações de flúor, atendimentos de urgências. As unidades de saúde são estratégicas no desenvolvimento de programas e projetos que envolvam a atenção odontológica nas ações de prevenção, através de procedimentos em caráter coletivo ou individual.

Os agendamentos dos pacientes nas unidades de saúde são realizados na lógica do acolhimento pela equipe de saúde bucal. O objetivo principal do acolhimento em odontologia é escutar e avaliar os pacientes, proporcionando agendamento de consultas até finalizar o



tratamento odontológico, assim não há necessidade de permanecer em filas diariamente. O acolhimento pode iniciar em um grupo de orientação sobre cuidado em saúde bucal e pactuação sobre as particularidades do atendimento odontológico. Assim ocorre a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). A periodicidade em que ocorre o acolhimento depende da demanda e das características da comunidade.

No PAM são realizados procedimentos visando cessar a dor dos pacientes, que após, são encaminhados às suas unidades de saúde de referência para dar seguimento ao tratamento.

No Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) são realizados os atendimentos nas especialidades de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, endodontia (tratamento de canal), estomatologia (prevenção e tratamento de lesões bucais), periodontia (tratamento das gengivas), atendimento a pacientes com necessidades especiais e odontopediatria. Os encaminhamentos são realizados através de documentos de referência e contra-referência emitidos pelas unidades de saúde, e o agendamento é feito pela Central de Marcação de Consultas da SMS. Após o atendimento no CEO, os pacientes são contra-referenciados para prosseguir o acompanhamento junto à sua unidade de saúde de referência. O CEO está localizado na área anexa do PAM.

#### 1.4.3.9.2 Aspectos relativos a programas e projetos de âmbito coletivo em saúde bucal realizados no município

Programa Saúde na Escola: Este projeto busca a realização de atividades coletivas realizadas periodicamente, visando promover saúde bucal junto à comunidade escolar através de palestras, atividades didáticas com o uso de macro-modelos, teatros, escovação supervisionada, aplicação de flúor e distribuição de escovas dentárias. Também é realizado exame bucal dos alunos, para conhecimento por parte dos responsáveis da condição de saúde bucal do escolar e norteamto da conduta por parte da equipe de saúde bucal. A SMS disponibiliza uma equipe volante de saúde bucal para realizar atividades de promoção em saúde bucal nas instituições que não possuam unidade de saúde com equipe de saúde bucal de referência.



Projeto Escovação Diária: Em determinadas escolas, principalmente nas de educação infantil e no ensino fundamental é incentivada a escovação dentária diária, após as refeições no ambiente escolar. Desse modo é reforçada a introdução do hábito de escovar os dentes na rotina do escolar, e a criança poderá ser um multiplicador dessa conduta em casa. As equipes de saúde bucal distribuem escovas e cremes dentais para as escolas, e realizam o monitoramento da atividade.

Projeto de Incentivo à Troca de Escova Dental: Consiste no fornecimento de escovas dentais aos usuários que procurem os serviços de saúde, para juntamente ser realizada ação de promoção de saúde bucal, no incentivo à escovação com escovas adequadas. Essa ação também é realizada em espaços coletivos como ações em praças, empresas, reuniões de comunidade, etc.

Saúde Bucal no Pré-natal: Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento aprendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. São realizadas ações coletivas e é garantido o atendimento individual da gestante. Este projeto prevê o trabalho conjunto com a equipe de saúde, no qual a gestante é inserida nas ações de saúde bucal.

Ações de Prevenção em Saúde Bucal na Primeira Infância: Considerando a necessidade de organizar o ingresso precoce de crianças no programa de saúde bucal, são utilizadas as campanhas de vacinação, consultas de puericultura e atividades em espaços sociais. São desenvolvidas atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual.

Projeto Prevenção ao Câncer Bucal: Considerando a incidência significativa do câncer de boca, o projeto consiste no desenvolvimento de um trabalho permanente de educação e prevenção ao câncer de boca, junto aos profissionais de saúde e a população. É direcionado para toda população adulta com atenção especial para os pacientes considerados de risco. Visa incentivar os profissionais a tornar rotina o exame dos tecidos moles bucais e o encaminhamento de lesões suspeitas. São realizadas ações junto a grupos da comunidade abordando esse assunto. Rotineiramente no mês de maio as ações são intensificadas com



ações de maior visibilidade, como atividades em praças, empresas, repartições públicas e outros, seguindo as diretrizes do projeto Maio Vermelho, da Secretaria Estadual da Saúde.

Ações de Educação Comunitária: Consiste na participação das equipes de saúde bucal realizando ações de promoção de saúde bucal em grupos das unidades de saúde, em atividades com outras políticas, em grupos comunitários e em eventos de parceiros da Prefeitura.

1.4.3.9.3 Indicador em Saúde Bucal preconizado pelo Ministério da Saúde (fonte: pactuação interfederativa 2017-2021)

Este indicador mede a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal sendo utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tem como diretriz a ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde relativos a qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

O objetivo é medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica. Possibilitar a análise da situação atual dos serviços ofertados, estimar a necessidade de melhorias e onde devem ser realizadas. Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde.

O Método de cálculo é:  $(n^{\circ} eSB * 3.450) + (n^{\circ} eSB \text{ equivalentes} * 3.000) * 100 /$   
*Estimativa populacional*

Reconhecemos que estamos abaixo da meta proposta pelo estado, mas temos um crescente investimento na implementação de novas equipes de saúde bucal.

1.4.3.9.4 Aspectos positivos relevantes da Política Municipal de Saúde Bucal



A execução de ações coletivas em promoção de saúde bucal em diversos espaços e eventos, buscando a transversalidade da saúde bucal junto às demais redes tem a tornado uma temática conhecida. Exemplos: Ações do Maio Vermelho, ações de promoção de saúde bucal em asilos, creches, escolas, abrigos e atividades com parceiros em eventos públicos.

O Programa Saúde na Escola (PSE), promovido pelo Ministério da Saúde e da Educação, tem sido uma estratégia importante de consolidação e motivação das atividades de promoção e prevenção em saúde bucal tanto para a comunidade escolar quanto para as equipes de saúde das unidades.

O apoio técnico da PAISB para o almoxarifado na elaboração dos pedidos de compra descrevendo as especificações e descritivos dos materiais e equipamentos odontológicos, recebimento desses insumos, montagem das requisições das unidades, bem como todos os registros relativos a essas operações têm apresentado resultados positivos.

A permanência de um profissional de saúde bucal trabalhando dentro do almoxarifado tem sido de extrema importância para possibilitar um melhor controle do recebimento dos materiais odontológicos dos fornecedores bem como a dispensação desses materiais para as unidades de saúde e controle do estoque, já que esses são considerados muito específicos.

A não ocorrência da falta de materiais de consumo e instrumentais nas unidades, bem como equipamentos tem permitido que as unidades de saúde não interrompam os atendimentos por falta de insumos.

A participação ativa da PAISB na comissão de materiais tem possibilitado escolhas técnicas de qualidade quanto aos materiais que são adquiridos, viabilizando a desclassificação de produtos de qualidade reconhecidamente ruim e a aquisição de equipamentos e materiais de consumo de alta qualidade, que atendam às solicitações que indicamos nos memoriais descritivos. Tal fato possibilita também a economia com melhor utilização dos recursos disponíveis.

A manutenção dos equipamentos odontológicos através de empresa de assistência técnica terceirizada de qualidade tem sido efetiva, de forma que as unidades têm respostas ágeis para as suas demandas, o que gera poucas interrupções nos agendamentos de pacientes.

O alinhamento da PAISB com o Departamento de Atenção Básica em relação ao aproveitamento e otimização dos recursos (PMAQ), no qual boa parte das equipes de saúde



bucal tiveram avaliação MUITO ACIMA DA MÉDIA, tem possibilitado a compra de equipamentos e mobiliários novos para os consultórios odontológicos.

A execução de trabalho conjunto com a central de marcação de consultas na regulação e avaliação dos casos de odontologia enviados pela rede de atenção básica para atenção especializada (Centro de Especialidades Odontológicas - CEO) tem permitido uma maior resolutividade dos casos de média e alta complexidade em odontologia.

O CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) vem recebendo avaliação MUITO ACIMA DA MÉDIA (melhor classificação) no PMAQ CEO, ampliando assim o recurso repassado para o serviço e possibilitando o pagamento de incentivo aos servidores, o que motiva a equipe, que é composta por um quadro qualificado e completo de profissionais especialistas que desenvolvem um trabalho de resolutividade importante. Além disso, esse recurso viabiliza a aquisição de equipamentos novos de alta qualidade.

A execução do cronograma das capacitações previstas da equipe CEO com as equipes de saúde da atenção básica, as reuniões administrativas e a implementação do matriciamento prático em saúde bucal para os profissionais da atenção básica sendo dirigido pelos profissionais do CEO resulta em uma interface que agrega consideravelmente os conhecimentos técnicos, possibilitando um adequado alinhamento nas condutas clínicas e de encaminhamento para o serviço especializado.

A implementação da esterilização dos materiais odontológicos realizada por empresa terceirizada reduziu as interrupções dos atendimentos nas unidades, pois as autoclaves demandavam grande aporte de manutenções e estabilidade da rede elétrica nos locais, o que nem sempre era possível. Além disso, dessa forma foi ampliada a segurança garantindo uma esterilização efetiva, um maior controle das infecções cruzadas e regulamentação nas unidades, uma vez que, em muitas, não havia o espaço físico adequado para esse processo.

O acompanhamento e monitoramento de dados de produção e indicadores de saúde bucal tem permitido avaliações periódicas das ações curativas e preventivas em saúde bucal realizadas no município.



#### ***1.4.3.10 Política Integral da Saúde da População Negra***

A Política de Saúde da População Negra está em fase de implantação no Município e estará localizada no Departamento de Atenção a Saúde.

É uma resposta às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País.

Para a construção dessa política, o Município recorrerá a estudos que evidenciem essas desigualdades e estabelecerá de forma adequada a coleta do quesito raça/cor como forma de criar um banco de dados dos pacientes atendidos.

Atuará de forma inicial na Estratégia de Saúde da Família para verificar as principais doenças que acometem a população negra no Município a partir da autodeclaração de raça/cor.

Também, estabelecerá processos de formação/capacitação da sociedade civil relacionada às doenças de agravos de saúde da população negra. **(inserido Resolução CMS 10/2017)**

#### ***1.4.3.11 Núcleo de Vigilância em Saúde – VIEMSA***

A Constituição Federal de 1988 implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) no país, sendo posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Sabe-se que o SUS tem como princípios e diretrizes a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 1990b).

Segundo Eduardo e Miranda (1995), a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o município é o espaço de ação das práticas em saúde. Sendo tarefa deste o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente à saúde (BRASIL, 1990a).



Entende-se que a proposta da Vigilância em Saúde se constrói nesse movimento de implantação do SUS, visando à construção de um novo modelo de atenção à saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

A proposta da Vigilância em Saúde pretende ir além de uma simples mudança de denominação, sendo uma abordagem mais ampla que as práticas tradicionais adotadas até então e operacionalizar os princípios do SUS (BRASIL, 2007). A Vigilância em Saúde é considerada um dos pilares de sustentação do princípio da integralidade, pois essa visa à integração das ações e dos serviços de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

São entendidas como ações da Vigilância em Saúde: integrar intra-institucionalmente as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador; analisar a situação de saúde de grupos populacionais; identificar e gerenciar os riscos dos diversos ambientes do convívio humano; planejar a saúde com enfoque estratégico-situacional; organizar tecnologicamente o trabalho em saúde, estruturar práticas articuladas de prevenção de doenças e agravos, bem como de promover, recuperar e reabilitar a saúde de grupos populacionais, em suas dimensões coletivas e individuais (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

Todas as vigilâncias (Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador) participam e informam as suas ações na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST – CMS). **(Inserido pela Resolução CMS 10/2017)**

A Vigilância Sanitária do Município de Gravataí foi criada através do Decreto nº 3.391 de 13 de novembro de 1997. A partir da municipalização, o município assumiu as ações consideradas estruturantes em Visa (Resolução nº 30/2004). Através da Resolução nº 169/2009 – CIB RS assumiu as ações estruturantes e estratégicas, preconizada pela Resolução nº 250/07 – CIB/RS.

A Vigilância em Saúde, com esta denominação e estrutura, passou a existir em Gravataí a partir de 1º de janeiro de 2000, com a realização da Programação Pactuada Integrada entre Estado e Município para o desenvolvimento de ações de Vigilância de certificação nível III. A partir de então, a Vigilância em Saúde (VIEMSA) incorporou a Divisão de Vigilância Sanitária (VISA), as ações de Vigilância Epidemiológica (VIEP), as ações de Vigilância Ambiental em Saúde (VIAM) e em 2011 foi incorporado a Vigilância do Trabalhador as quais juntas compõem a Vigilância em Saúde Municipal, aos moldes recomendados pelo Estado/União.





O Departamento de Vigilância em Saúde foi instituído no ano de 2016, através do Decreto Municipal n.º 14.741 (Gravataí, 2016).

#### 1.4.3.11.1 divisões, conceitos, identificação dos problemas e situação desejada

### **Vigilância Epidemiológica (VIEP)**

Segundo a Lei 8.080/90 (19 de setembro de 1990) o conceito de vigilância epidemiológica é o “conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; divulgação das informações; investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos; e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

O desencadeamento do processo de vigilância tem início com a informação do problema de saúde que se destina a tomada de decisões e, por essa razão define-se a vigilância epidemiológica por meio da tríade informação – decisão – ação. A VIEP constitui-se em importante instrumento de prevenção e controle de doenças e fornece importantes subsídios para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

Os propósitos da VIEP são fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Sua operacionalização compreende um ciclo completo de funções específicas e inter-complementares, que devem ser desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo escolhido como alvo das ações, para que as intervenções pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e efetividade.



### **Núcleo de Vigilância de Doenças Transmissíveis**

As ações e atividades desenvolvidas por este Núcleo estão baseadas na Portaria n.º 204 de 17 de fevereiro de 2016 definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (BRASIL, 2016a) e no Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2016b).

### **Núcleo de Imunizações**

O Núcleo de Imunizações coordena as ações e atividades relacionadas ao programa Nacional de Imunizações. Realiza o controle, distribuição e avaliação dos imunobiológicos, além de insumos e materiais de campanha.

Avalia e realiza o apoio técnico nas investigações de notificações de Eventos adversos pós-vacinais; Erro Programático, Imunobiológicos Sob Suspeita e Encaminhamento das solicitações dos Imunobiológicos Especiais.

É responsável pela capacitação de recursos humanos, com a formação de multiplicadores, imprimindo caráter homogêneo à execução das ações programáticas.

Realiza a supervisão e assessoramento no uso do sistema de informação do programa nacional de imunizações - SIPNI.

Das 28 unidades, 27 atendem a demanda vacinal nas Salas de Vacinação, aplicando os 19 Imunobiológicos dos Calendários Básicos de Vacinação (Criança, Adulto, Adolescente e Idoso), além de Imunobiológicos para Grupos Especiais articulando os esquemas com o CRIE/RS, das 7:30h às 17h30min nas Unidades tradicionais e das 8h às 16h30min na Estratégia Saúde da Família.

O município conta com 1 ponto de vacinação antirrábica, situado na UBS Centro, mediante avaliação criteriosa. Conforme orientação da 2ºCRS, mantemos as doses centralizadas, a fim de diminuir o desperdício, otimizando o número de doses e assim conseguindo atender a toda demanda do Município.

Em Gravataí, todos os recém-nascidos no Hospital Dom João Becker são vacinados com a vacina BCG e contra a Hepatite B ainda na maternidade, por profissional da Rede de



saúde do Município. Os nascidos em outros municípios também têm a vacinação garantida nas Unidades de Saúde.

### **Sistema de informação de mortalidade (SIM)**

Criado em 1975, este sistema de informação iniciou sua fase de descentralização em 1991 e, dispõe de dados informatizados a partir do ano de 1979. Seu instrumento padronizado de coleta de dados é a Declaração de Óbito (DO), impressa em três vias coloridas e em séries pré-numeradas, cuja emissão e distribuição para os Estados é de competência exclusiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b). A distribuição, para os municípios, fica a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde, devendo as Secretarias Municipais se responsabilizar pelo controle e distribuição, entre profissionais médicos e instituições que a utilizem, bem como pelo recolhimento das primeiras vias em hospitais e cartórios.

As DO's são digitadas no município de Gravataí e uma vez ao mês (até o décimo dia de cada mês) é realizado um consolidado dos dados, sendo estes enviados ao nível superior por meio de exportação à Secretaria Estadual de Saúde.

### **Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC)**

O número de nascidos vivos constitui-se em relevante informação para o campo da saúde pública, pois a partir do mesmo podem-se construir inúmeros indicadores voltados para avaliação de riscos à saúde do segmento materno-infantil, representando o denominador dos coeficientes de mortalidade infantil e materna, dentre outros. O SINASC tem como instrumento padronizado de coleta de dados a declaração de nascido vivo (DNV), cuja emissão, a exemplo da DO, é de competência exclusiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b). Tanto a distribuição da DNV, como o seu registro em cartório, são realizados no município de ocorrência do nascimento. Deve ser preenchida nos hospitais e em outras instituições de saúde que realizam partos e, nos Cartórios de Registro Civil, quando o nascimento da criança ocorre no domicílio.

Sua implantação ocorreu no país, de forma gradual, desde o ano de 1992 e, atualmente vem apresentando, em muitos municípios, um volume maior de registros do que o publicado



em anuários do IBGE, tendo como base os dados de Cartórios de Registro Civil (BRASIL, 2016b). Também aqui, as primeiras vias das DNV's, deverão ser recolhidas ativamente pelas Secretarias Municipais de Saúde que, após digitá-las, envia o consolidado para as Secretarias Estaduais de Saúde, onde os dados são processados e distribuídos, segundo município de residência.

### **Identificação dos Problemas – VIEP**

Subnotificação de doenças de notificação compulsória, ficha de investigação de doenças e agravos de notificação compulsória, declarações de óbito (DO) e nascidos vivos (DNV) com informações desqualificadas, necessitando instituir o Núcleo de Informação em Saúde, o Núcleo de Controle de Infecção e o Núcleo de Doenças Não Transmissíveis.

### **Situação desejada (objetivos)**

Ampliar o quadro de recursos humanos: um médico epidemiologista, um estatístico, um profissional de educação física e 4 técnicos de enfermagem.

Sensibilizar a atenção básica e os serviços de saúde do município quanto a importância das notificações das doenças e agravos de notificação compulsória, bem como seu correto preenchimento. E, sensibilizar os profissionais de saúde quanto ao preenchimento e qualidade das informações contidas nas DNV's e DO's.

Em relação às doenças transmissíveis, deverão ser empreendidas frentes de atuação voltadas ao diagnóstico e tratamento precoce bem como ao controle e a eliminação de agravos na ampliação da taxa de cura da tuberculose na redução da incidência de AIDS, no diagnóstico e eliminação da hanseníase e no diagnóstico precoce das hepatites virais.

Educação continuada e permanente são fundamentais para manter a qualidade nos processos operacionais e assistenciais visando a redução de doenças imunopreveníveis.

Realizar capacitações periódicas aos servidores municipais da saúde de assuntos que envolvam imunizações: Capacitação em Sala de Vacinas, Capacitação Técnica em Aplicação de BCG, Capacitação em SI-PNI, Capacitação em Rede de Frio.

Ampliar estratégias de divulgação do calendário básico de vacinação infantil,



adolescente, adulto e idoso.

### **Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)**

A Vigilância em Saúde do Trabalhador caracteriza-se por ser “uma atuação contínua e sistemática no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-lo ou controlá-los.”

A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas.

A ação da VISAT deve ter caráter proponente de mudanças e de intervenção sobre fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

A Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador é responsável por organizar e centralizar as informações dos agravos relacionados ao trabalho, utilizando para tanto, os instrumentos de notificação do Sistema de Informação em Saúde do trabalhador (SIST/RS – Decreto Estadual 40.222) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para obtenção do perfil epidemiológico da região assistida pela rede.

### **Identificação dos problemas – VISAT**

A Vigilância em Saúde do Trabalhador encontra-se com dificuldades para implantar o Núcleo de Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador e o Núcleo de Vigilância dos Ambientes de Trabalho, e de realizar atividades de educação permanente e continuada devido à carência de profissionais. Atualmente o setor conta apenas com uma psicóloga.

Durante o ano de 2017, vem se observando uma diminuição do número de notificações de agravos relacionados ao trabalho em comparação com o ano de 2016. Em parte, deve-se ao fato de que no ano de 2016 foi realizado um evento em Saúde do Trabalhador juntamente com a que contou com a participação das equipes profissionais de



todas as unidades de saúde. Também foram visitados pela VISAT 60% destes serviços, reforçando a importância de notificar acidentes e doenças do trabalho.

No ano de 2017, houve reuniões técnicas com o hospital do município a fim de estabelecer um fluxograma para a realização das notificações que deixaram de ser realizadas em sua totalidade. Segundo o hospital, a demanda de atendimentos foi diminuída em decorrência de um novo serviço de pronto atendimento prestado pelo município (UPA). Também foi realizada uma capacitação em agravos do trabalho no 1º Fórum de Vigilância em Saúde, que contou com a participação dos enfermeiros das unidades de saúde bem como de profissionais da SAMU.

Ainda, a VISAT realiza vigilância em ambientes de trabalho, investigação de óbitos do trabalho e informa as ações realizadas à Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST-CMS) com envolvimento dos trabalhadores na busca de ambientes saudáveis de trabalho. **(alterado pela Resolução CMS 10/2017)**

#### **Situação desejada (objetivos)**

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) tem como propósito implantar dois núcleos de trabalho: Núcleo de Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador e Núcleo de Vigilância dos Ambientes de Trabalho, sob a capacitação da UREST. **(alterado pela Resolução CMS 10/2017)**

Necessitando aumento no quadro de profissionais, ou seja, um técnico em segurança do trabalho.

Produzir materiais para divulgação das informações e atividades de estudo, pesquisa e formação em Saúde do Trabalhador, os quais devem ser apresentados na CIST-CMS. **(alterado pela Resolução CMS 10/2017)**

Realizar capacitações para os serviços de saúde quanto às notificações dos agravos à saúde dos trabalhadores, salvo competência da UREST. **(alterado pela Resolução CMS 10/2017)**

Garantir o transporte para a VISAT, inclusive para uso da CIST-CMS. **(Inserido pela Resolução CMS 10/2017)**



### **Vigilância Sanitária (VISA)**

A vigilância sanitária (VISA) é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse à saúde. Abrange o controle de bens de consumo e controle da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas de processo, produção e consumo. Este conceito denota a abrangência das ações de vigilância sanitária e sua natureza essencialmente preventiva e educativa (BRASIL, 1990).

A Vigilância Sanitária do município de Gravataí divide-se em Núcleo de Alimentos; Núcleo de Estabelecimentos de Interesse à Saúde; e Núcleo de Produtos de Interesse à Saúde.

As inspeções nos estabelecimentos são realizadas através de dois tipos de expediente: expediente de viabilidade (solicitação de alvará sanitário ou renovação de alvará sanitário) e expediente interno (rotina ou denúncia). No ano de 2016, foram abertos 542 expedientes internos de denúncia para a Vigilância Sanitária.

Os estabelecimentos são definidos através dos regulamentos técnicos, tais como, Resolução 30/04-CIB/RS, Resolução 250/07-CIB/RS e Resolução 89/12-CIB/RS e no risco sanitário envolvido em cada atividade. Semanalmente, a equipe é organizada através de uma tabela que contempla a divisão das equipes por turno, carro e tipo de estabelecimento, procurando abranger todos os núcleos e levando em conta o risco sanitário de cada expediente. Algumas ações resultam na apreensão de alimentos, interdição cautelar de produtos e/ou interdição cautelar de estabelecimentos. A equipe compartilha as responsabilidades, independente do seu núcleo de atuação. Conta com infraestrutura adequada, com máquinas fotográficas digitais, termômetros, computadores, equipamentos de proteção individual, uniformes como coletes, jaquetas e capas de chuva e veículos para deslocamento. Devido à complexidade, alguns ramos de atividade demandam mais de um turno de vistoria. Cabe ressaltar que as vistorias demandam envolvimento dos servidores além do momento da inspeção, com o estudo da legislação, a avaliação do risco, a elaboração de relatórios e documentos.

Quando necessário, são realizadas ações conjuntas com as demais vigilâncias que compõem o departamento de Vigilância em Saúde (epidemiológica, ambiental e saúde do



trabalhador) e com outras secretarias e órgãos como EMATER, Secretaria Municipal de Educação (SMED), Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Turismo (SMDDET), Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano (SMDUR), Ministério Público, Delegacia do Consumidor, Corpo de Bombeiros, Brigada Militar, Conselhos Regionais Profissionais, entre outros.

A vigilância sanitária municipal também é responsável pela liberação de licença veicular para veículos que transportam alimentos. As vistorias são realizadas conforme a demanda, diariamente entre 13h e 14h, com um profissional do núcleo de alimentos.

Os técnicos possuem uma agenda de atendimento disponibilizando um turno da semana para atendimento aos contribuintes, com hora marcada. Esses horários são utilizados para entrega de relatórios de vistorias, esclarecimentos de dúvidas e orientação quanto às legislações sanitárias.

A equipe participa de capacitações promovidas pelo Centro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS) sempre que são disponibilizadas, além de palestras, congressos, simpósios e jornadas com temas pertinentes ao trabalho.

Além das orientações prestadas aos estabelecimentos durante as vistorias, a vigilância sanitária realiza atividades de educação em saúde tanto para o setor regulado quanto à população em geral. Essas atividades são realizadas no intuito de orientar e aproximar os estabelecimentos à vigilância sanitária. Entre elas destaca-se:

- Projeto Pequenos Vigilantes e Semana da Água de Gravataí junto a escolas municipais e estaduais;
- Palestras ao comércio de alimentos para feiras e eventos como, Feira do Peixe e Rodeio Internacional do Mercosul de Gravataí;
- Palestras em cursos da área da saúde como Curso Técnico em Nutrição e Curso de Graduação em Farmácia;
- Eventos para o setor regulado como palestras para administradores e/ou responsáveis técnicos de Comunidades Terapêuticas, Instituições de Longa Permanência para Idosos e Salões de Beleza, em parceria com outros setores da Prefeitura, Ministério Público e Senac;
- Projeto Dialogando com a VISA, que mensalmente vem realizando um encontro educativo com assunto pré-determinado;
- Participação de feiras e eventos de interesse à saúde;





### **Identificação dos problemas - VISA**

A equipe apontou itens que dificultam o andamento do trabalho e, que se resolvidos, poderiam contribuir na qualificação e agilidade das ações realizadas pela Vigilância Sanitária. Entre eles destaca-se:

- Falta de um cadastro consistente dos estabelecimentos, que contemple todas as informações, incluindo seu histórico junto à Vigilância Sanitária. A equipe possui uma tabela simples com algumas informações, mas não conta com um banco de dados informatizado, que possibilite a realização de estatísticas e cruzamento de informações.

- Ausência de um sistema integrado de Vigilância em Saúde (software e hardware) para preenchimento dos documentos, informações sobre os estabelecimentos e busca das legislações, para abertura de denúncias, acompanhamento de processos e estabelecimentos, antes, durante e após as inspeções.

- Ausência da gratificação pelo exercício de atividade de fiscalização aos servidores que a exercem;

- Insuficiência de capacitações oferecidas pelo Centro Estadual de Vigilância Sanitária;

### **Situação Desejada (objetivos)**

- Aumentar a equipe de fiscalização: 02 fiscais sanitários de nível médio;

- Possuir um sistema de informação (banco de dados) de todos os estabelecimentos do município que desempenhem atividades sujeitas à Vigilância Sanitária;

- Ampliar o número de palestras e ações educativas à população e aos servidores da Prefeitura;

- Ampliar ações de comunicação em saúde (Ex: disponibilizar links úteis e informações referentes à Vigilância Sanitária no site da Prefeitura; divulgação em jornais);

- Possuir equipamentos eletrônicos e sistema informatizado que possibilitem a emissão de documentos, consulta a informações sobre o estabelecimento e busca das legislações, inclusive no momento da inspeção;



- Dispor da gratificação pelo exercício de atividade de fiscalização aos servidores que a exercem (estender aos servidores da vigilância sanitária, designados através de portaria municipal para a atividade de fiscal sanitário);
- Produzir relatos de experiência das ações realizadas pela VISA.

### **Vigilância Ambiental em Saúde (VIAM)**

A Vigilância Ambiental em Saúde visa ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferem na saúde humana; recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo; desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, e ambiente de trabalho.

A Vigilância Ambiental em Saúde de Gravataí é composta por dois núcleos: Núcleo de Riscos e Agravos Ambientais Não Biológicos e Núcleo de Riscos e Agravos Ambientais Biológicos.

Os profissionais possuem portaria de poder de polícia. Esses realizam orientação técnica e fiscalizações atendendo a denúncias referente a lixo em residências ou terrenos baldios; criação de suínos e outros animais com falta de higiene; esgoto que escorre em via pública; água parada com possível foco de *Aedes aegypti*; proliferação de animais sinantrópicos inoportunos, dentre outras reclamações.

A partir dessas denúncias são abertos expedientes internos, sendo estes atendidos por ordem de chegada ou pela urgência da demanda.

A seguir serão descritos os programas desenvolvidos, conforme protocolos do Ministério da Saúde, por cada núcleo da Vigilância Ambiental:

#### **Núcleo de Riscos e Agravos Ambientais Não Biológicos**

##### **VIGIAGUA- Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano**

A água consumida no município de Gravataí é monitorada através de 34 coletas mensais, em pontos fixos do sistema de abastecimento do município (CORSAN) e nas



soluções alternativas coletivas e individuais: poços artesianos, poços cavados e vertentes. Também é distribuído solução de hipoclorito de sódio a 2,5%, fornecida pelo Estado, nas regiões sem sistema de abastecimento público de água, para tratamento da água contaminada com *Escherichia coli*. É realizada uma vistoria anual na ETA Passo dos Negros (SAA) em conjunto com a 2ªCRS.

#### VIGIAR – Vigilância da Qualidade do Ar

O ar é monitorado através dos agravos respiratórios dos menores de cinco anos que são atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde Sentinelas selecionadas pela Vigilância Ambiental em Saúde. No município de Gravataí participam desse monitoramento as unidades de saúde: USF São Marcos, USF Cohab C, USF Águas Claras e USF Parque dos Anjos.

#### VIGISOLO - Vigilância da Qualidade do Solo

O solo é monitorado através da identificação de áreas com populações sob risco de exposição a solo contaminado ou sob suspeita de contaminação. No município de Gravataí foram identificadas dez áreas que merecem atenção. Essas áreas foram cadastradas e informadas ao Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). Em algumas ocasiões, busca-se a ajuda do órgão ambiental do município e do estado.

#### **Núcleo de Riscos e Agravos Ambientais Biológicos**

Este Núcleo é responsável pelo controle de vetores e zoonoses:

Programa Nacional de Combate a Dengue (PNCD): monitora os índices do vetor *Aedes aegypti* para subsidiar a execução das ações apropriadas de eliminação dos criadouros do mosquito e diminuição da população do vetor, minimizando os riscos de transmissão viral e realizando o bloqueio de transmissão do caso de circulação viral, de acordo com as Diretrizes Nacionais.

Programa de Controle à Doença de Chagas: monitora-se quatro (04) PIT's (Ponto de Informação de Triatomíneo), com 03 (três) visitas por ano em cada um deles.

Raiva: Realiza-se o acompanhamento de animais agressores a humanos; envia-se ao Instituto de Pesquisas Veterinárias Desidério Finamor (IPVDF) cérebros de animais suspeitos



para diagnóstico de raiva; realiza-se bloqueio vacinal a cães e gatos peri focal em caso positivo de Raiva animal, além disso, capacitação de Agentes de Saúde e de Endemias quanto a prevenção da Raiva.

**Leishmaniose:** Coleta-se sangue do animal suspeito para diagnóstico no IPB/LACEN - Laboratório Central do Estado, caso resultado for positivo é orientado a necessidade de eutanásia do animal. Investiga-se os comunicantes, se houver, conforme orientação técnica do CEVS. Se o caso for autóctone, investiga-se 100 cães do entorno, sendo que a pesquisa e captura dos vetores é realizada pelo CEVS.

**Leptospirose:** Realiza-se visita a humanos com diagnóstico de Leptospirose; investiga-se os possíveis locais de contágio, orienta-se quanto ao controle de roedores para prevenção da doença.

### **Identificação dos Problemas – VIAM**

A água potável disponível para consumo da população é sem dúvida um dos principais problemas de Saneamento Básico nos centros urbanos em expansão. O Sistema de Abastecimento de Água (SAA) oficial não acompanha em investimentos o crescimento e a necessidade de consumo da população. Com isso se proliferam perfurações de poços, muitos destes contaminados na origem.

Quanto ao VIGIAR coleta de dados não está sendo efetiva, as unidades de saúde não estão enviando o relatório mensal das notificações de agravos respiratórios em menores de 5 anos.

Ausência de local (sala) e equipamento para necrópsia e retirada de amostras de encéfalos de cães e gatos suspeitos de raiva para serem analisados no laboratório.

Referente ao Programa Municipal de Combate a Dengue o município pactua proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue, entretanto esta meta não está sendo atingida. Sendo assim acredita-se que isso seja decorrente de:

Imóveis fechados, sem manutenção, terrenos baldios sem identificação dos proprietários são responsáveis pela alta pendências nas visitas domiciliares;

Existe grande quantidade de atestados médicos justificando afastamento dos



servidores de suas funções;

Pneus- O recolhimento dos pneumáticos das borracharias é insuficiente e não atende a demanda;

Número de Agentes de Combate a Endemias inferior ao preconizado pelo PNCD;

Falta de um cadastro imobiliário atualizado e consistente dos imóveis, que contemple todas as informações do proprietário; Ausência da gratificação pelo exercício de atividade de fiscalização aos servidores que a exercem;

Insuficiência de capacitações oferecidas pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde.

### **Situação desejada (objetivos)**

Responsabilizar a empresa contratada pelo município quanto à maior cobertura de Água Tratada para a população urbana.

Realizar reuniões trimestrais nas unidades sentinelas do VIGIAR, para discussão dos resultados e avaliação do trabalho, bem como efetivar uma parceria e integração com o órgão ambiental municipal.

Realizar uma visita anual aos locais cadastrados no VIGISOLO, para avaliar e discutir a situação que se apresenta e possível envio de relatório técnico ao órgão ambiental municipal ou estadual.

Construir de modo intersetorial estratégias eficazes para o recolhimento e destinação dos pneus, de modo que cada setor envolvido compreenda e assuma sua responsabilidade.

Dispor da gratificação pelo exercício de atividade de fiscalização aos servidores que a exercem (estender aos servidores da vigilância ambiental), designados através de portaria municipal para a atividade de fiscal sanitário.

Ampliar o número de palestras e ações educativas à população e ao servidor público, e publicizar a atividades referentes às ações do Núcleo de Vigilância em Riscos e Agravos Ambientais e Biológicos (UBVs, teatro, visitas domiciliares). **(Inserido pela Resolução CMS 10/2017)**

Possuir um sistema de informação atualizado (banco de dados), que esteja interligado ao cadastro imobiliário, para facilitar a consulta aos imóveis abandonados no município e notificar o proprietário.



#### 1.4.3.11.2 composição atual da Vigilância em Saúde (2017)

- Direção de Departamento
  - 1 Enfermeiro
  - 1 Agente Administrativo de Nível Médio
  - 1 Agente Administrativo de Nível Fundamental
  - 1 Atendente Especial
  - 1 Estagiário de Direito
  - 1 Recepcionista de empresa terceirizada
  - 2 Motoristas
- Vigilância Epidemiológica:
  - Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos de Notificações (NVDAN):
    - 1 Enfermeiro
    - 2 Técnicos de Enfermagem
    - 1 Auxiliar de Enfermagem
    - 1 Estagiário de Enfermagem
  - Núcleo de Imunizações:
    - 1 Enfermeiro
    - 2 Técnicas de Enfermagem
    - 3 Auxiliares de Enfermagem
  - Sistema de Informações em Saúde (SIS)
    - 1 Médico
    - 1 Técnico de Enfermagem
- Vigilância em Saúde do Trabalhador:
  - 1 Psicólogo
- Vigilância Ambiental em Saúde:
  - 2 Biólogos
  - 2 Médicos Veterinários



- 2 Fiscais Sanitários de Nível Médio
- 3 Auxiliares de Laboratório
- 66 Agentes de Combate a Endemias
- Vigilância Sanitária
  - Núcleo de Alimentos:
    - 2 Médicos Veterinários
    - 1 Nutricionista
    - 1 Engenheiro de Alimentos
  - Núcleo de Estabelecimentos de Interesse à Saúde:
    - 1 Enfermeiro
    - 1 Técnico de Enfermagem
    - 1 Arquiteto
  - Núcleo de Produtos de Interesse à Saúde:
    - 1 Farmacêutico
    - 3 Farmacêuticos Bioquímicos
    - 1 Estagiário de Biomedicina

A Vigilância em Saúde possui frota veicular, conforme segue:

- Próprios:
  - veículo Chevrolet S10
    - 1 veículo Chevrolet Celta
    - 1 veículo Ford Ranger
    - 1 veículo Peugeot Boxer
- Locado sem motorista
  - 1 Chevrolet Classic
- Locado com motorista
- Chevrolet SPIN
- Peugeot Boxer
- Chevrolet Ônix



Quanto à estrutura física, o Departamento conta com uma sede própria que vem passando por reformas para melhoria dos espaços e com uma sede alugada para o Núcleo de Vigilância dos Riscos e Agravos Ambientais Biológicos da Vigilância Ambiental em Saúde.

#### 1.4.3.11.3 Atividades De Educação Em Saúde

O Departamento de Vigilância em Saúde vem desenvolvendo ao longo dos anos diversas atividades de Educação em Saúde, articulando as divisões do Departamento (VIAM, VISA, VISAT e VIEP) e desempenhando um trabalho intersetorial com outras Secretarias, Conselhos, Autarquias e demais órgãos dentro e fora da Prefeitura Municipal de Gravataí.

Dentre os trabalhos realizados, destacam-se:

- Pequenos Vigilantes

Consiste em um projeto que resulta da parceria entre Secretaria Municipal da Saúde / Vigilância em Saúde, Centro Estadual de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal da Educação e setor regulado do município de Gravataí.

Neste projeto, os fiscais da Vigilância Sanitária trabalham junto a uma turma dos Anos Iniciais do Ensino Fundamental de uma Escola da Rede Pública Municipal ou Estadual, desempenhando uma série de atividades, tais como: palestras, dinâmicas em grupo e jogos que abordem a temática "Boas Práticas de Manipulação de Alimentos", na própria escola.

Após a abordagem inicial, os alunos são levados pela Vigilância a um supermercado no intuito de conhecerem o processo de trabalho, armazenamento e temperatura dos alimentos, boas práticas de manipulação de alimentos. No encerramento do projeto, os alunos apresentam para a comunidade escolar (alunos, professores, pais, servidores, entre outros) os conhecimentos construídos através das atividades desenvolvidas.

O Projeto Pequenos Vigilantes foi criado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) e adaptado à realidade do município de Gravataí, tendo sido desenvolvido na cidade nos anos de 2014 e 2015.

- Semana da Água de Gravataí

A Semana da Água foi instituída no município através da Lei Ordinária n.º 1230 de





1998, e as atividades alusivas à temática acontecem durante o mês de outubro, tendo sido desenvolvidas nos anos de 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016.

O tema central da Semana da Água no município vai de acordo com a Semana Estadual da Água e Semana Interamericana da Água, tendo abordado do ano de 2012 ao ano de 2016, respectivamente "Para onde vai a água que usamos?"; "Cuidar do arroio é proteger a água"; "Água com Qualidade é Garantia de Vida"; "Água é tudo"; "Água Parada, Resíduos Acumulados, Saúde em Risco – A responsabilidade é de todos".

Durante a Semana da Água no município, são desenvolvidas diversas atividades, quais sejam, jogos com trilha, dados, perguntas e respostas alusivas à temática; palestras para o setor regulado e população do município; apresentação de peça teatral "Arroio Barnabé e Sua Turma" e paródia musical; distribuição de folders, adesivos e demais materiais educativos; limpeza do Arroio Barnabé em parceria com a Secretaria Municipal de Educação através de escolas da Rede Municipal de Ensino.

- Fórum Municipal de Vigilância em Saúde

O 1º Fórum Municipal de Vigilância em Saúde aconteceu no ano de 2017 e seu objetivo do evento foi reunir propostas para a 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde.

O evento reuniu, em média, 500 pessoas do setor regulado e Rede Municipal de Atenção à Saúde de Gravataí, que assistiram palestras em diversas temáticas relacionadas à Vigilância em Saúde, as quais foram ministradas pelos servidores da Secretaria Estadual da Saúde, Centro Estadual de Vigilância em Saúde, 2ª Coordenadoria Regional de Saúde, Ministério Público, Conselhos Regional de Medicina Veterinária, Conselho Regional de Farmácia e Secretaria Municipal da Saúde.

Os participantes receberam certificado de participação no evento e nas atividades específicas de cada área.

- Conferência Municipal de Vigilância em Saúde

A 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde foi convocada pelo Conselho Municipal de Saúde e aconteceu no ano de 2017. Seu objetivo foi desenvolver a Política Municipal de Vigilância em Saúde em conjunto com a população e setor regulado do



município e angariar propostas para as Conferências Estadual e Nacional de Vigilância em Saúde, a fim de construir a política de Vigilância em Saúde em nível Estadual e Nacional.

- Dialogando com a VISA

Trata-se de um encontro com o setor regulado que visa abordar uma temática pré-estabelecida que pode ser demandada pelo público ou pelos servidores da Vigilância Sanitária. Os encontros foram realizados no ano de 2014 e abordaram as temáticas "Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 44 de 2009"; "Autorização de Funcionamento Especial - AFE e Autorização Especial - AE"; e "Regularização de Indústrias de Cosméticos e Saneantes".

Os encontros foram mediados pelos servidores da Vigilância em Saúde e os ouvintes receberam certificado de participação nos eventos.

- Teatro e Cinema

Os servidores da Vigilância em Saúde desenvolveram atividades artísticas para atingir, principalmente, o público infantil, a fim de que multipliquem informação e promovam a saúde na família e comunidade.

Peça "Chapeluda Vermelha na Luta Contra o Mosquito" - peça teatral criada, desenvolvida e interpretada pelos Agentes de Combate a Endemias da Vigilância Ambiental em Saúde e pela médica da Vigilância Epidemiológica (2010), cuja temática aborda a prevenção à Dengue, Zika e Chikungunya, sintomas e tratamento das doenças;

Peça "Arroio Barnabé e Seus Amigos" - criada, desenvolvida e interpretada pelos servidores da Vigilância Ambiental em Saúde (2012), aborda a preservação dos arroios, o consumo consciente da água, e a qualidade da água para consumo humano;

Paródia musical "Show das Poderosas" (Original: Larissa de Macedo Machado - *Anitta*) - criada, desenvolvida e interpretada pelas servidoras da Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, gravada e editada pelos Agentes de Combate a Endemias da Vigilância Ambiental em Saúde, a paródia aborda de maneira lúdica e divertida a lavagem de mãos e dos alimentos e a qualidade da água para consumo humano;

Peça "Lepo, Leptospirose" - criada, desenvolvida e interpretada e pelos Agentes de Combate a Endemias da Vigilância Ambiental em Saúde, trata-se de esquete que aborda a prevenção, sintomas e tratamento da leptospirose;



Curta metragem "Que bicho me mordeu?" - trabalho em construção que aborda a prevenção, sintomas e tratamento da leptospirose.

- Corrida Contra as Hepatites

Realizada nos anos de 2014, 2015 e 2016, e com previsão de realização no dia 11 de dezembro do corrente ano, a Corrida Contra as Hepatites é um evento educativo esportivo, que visa a prevenção das Hepatites Virais no Município de Gravataí, e é organizado em parceria com a Secretaria Municipal de Esporte, Cultura e Lazer. O último evento contou com a participação de 1000 pessoas.

Durante o dia do evento, outros serviços ficam disponíveis à população, tais como teste rápido para detecção de Hepatites; vacina contra Hepatite A e B; distribuição de preservativo; massoterapia; brinquedos infláveis; distribuição de frutas e água; dentre outros.

- Gravataí no Jogo Contra o Mosquito *Aedes Aegypti*

No ano de 2015, a Secretaria Municipal da Saúde / Vigilância em Saúde lançou, em parceria com a Secretaria Municipal de Esporte, Cultura e Lazer e a Secretaria Municipal de Educação, o 1º Gravataí no Jogo Contra a Dengue.

Trata-se de um torneio de futebol realizado com os times formados pelos alunos das Escolas Municipais de Ensino Fundamental, que visa sensibilizar a população através público infantil, pois estes multiplicam a informação e promovem a saúde na família e comunidade, quanto ao controle da Dengue e do mosquito *Aedes aegypti*.

Com o surgimento dos casos de microcefalia associados à Febre do Zika Vírus, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, no ano de 2016, o nome do torneio foi alterado e foi, então, realizado o 1º Gravataí no Jogo Contra o Mosquito *Aedes aegypti*. Nesse ano, o torneio contou com a participação de alunos e alunas das Escolas Municipais de Ensino Fundamental de Gravataí.

- Participação dos servidores em eventos e capacitações externas

Periodicamente, os servidores da Vigilância em Saúde participam de capacitações externas, organizadas pelos Conselhos de Classe, Centro Estadual de Vigilância em Saúde, 2ª Coordenadoria Regional de Saúde, dentre outros órgãos. Essas capacitações permitem a



atualização dos servidores, bem como a interação com outros municípios e outras realidades, o que contribui para aprimorar os processos de trabalho.

- Comitê de Combate ao Mosquito da Dengue, Zika e Chikungunya

No ano de 2015, devido aos casos de microcefalia associados ao Zika Vírus no Brasil, transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*, cujo índice de infestação é alto no município de Gravataí e devido, também, à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional por alteração do padrão de ocorrências de microcefalias, declarada no mesmo ano, a Prefeitura Municipal de Gravataí, no dia 24 de fevereiro de 2016, criou o "Comitê de Combate ao Mosquito da Dengue, Zika e Chikungunya" e instituiu o "Estado de Alerta Contra a Infestação por Mosquito *Aedes aegypti* na cidade de Gravataí".

A partir do Comitê, a Secretaria Municipal da Saúde / Vigilância em Saúde passou a realizar atividades específicas do Comitê, voltadas para o combate ao mosquito *Aedes aegypti*, quais sejam, ampliação da visitação dos imóveis através de agentes públicos (servidores da prefeitura) e Agentes Comunitários de Saúde ligados à Estratégia de Saúde da Família; palestras em escolas, associações comunitárias, empresas e outros; criação de canais de atendimento para recebimento de denúncias voltadas, exclusivamente, para o controle da dengue (telefone 0800; e-mail; *Atende.net*; *WhatsApp*).

- Capacitações para os Servidores da Rede Municipal de Atenção à Saúde

Periodicamente são desenvolvidas capacitações e atualizações para os servidores da Rede Municipal de Atenção à Saúde, tais como atualização em sala de vacinas para enfermeiros e vacinadores; Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica – Vigiar para os servidores das unidades de saúde sentinelas do programa; Combate ao *Aedes aegypti* para Agentes Comunitários de Saúde; Doenças e agravos de notificação compulsória; Notificações à Vigilância em Saúde do Trabalhador; Declarações de Óbito e de Nascido Vivo; Qualidade da Água Para Consumo Humano; dentre outros.

- Palestras

A Vigilância em Saúde desenvolve palestras voltadas para diversas temáticas sempre que solicitado pela população ou setor regulado e quando é percebida a necessidade em



determinado local ou comunidade pelos servidores da VIEMSA.

São ministradas palestras sobre: Dengue, Zika, Chikungunya e combate ao mosquito *Aedes aegypti*; Qualidade da água para consumo humano; Doenças e agravos de notificação compulsória; Vacinas; Saúde do Trabalhador; Boas Práticas de Manipulação de Alimentos; Zoonoses; dentre outras temáticas.

#### ***1.4.3.12 Unidade de Referência Regional de Saúde do Trabalhador – UREST – CIB/RS 61 de 2012. (alterado pela Resolução CMS 10/2017)***

Com a proposta da regionalização da Vigilância em Saúde do Trabalhador, definida nacionalmente de acordo com as diretrizes da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS, foi criada a Unidade de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Região de Gravataí/RS, conforme Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS) 611 de 22 de Outubro de 2012, tendo como área de abrangência os municípios Gravataí e Glorinha.

Cabe a UREST, conforme Portaria nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012 do Ministério da Saúde que Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

Desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;

Dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;

Atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica;

As ações a serem desenvolvidas pela UREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em conformidade com a CIB 227/15; **(alterado Resolução CMS 10/2017)**

Apoio matricial, através da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática



da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador, observando, também, a autodeclaração através do quesito raça/cor; **(alterado pela Resolução CMS 10/2017)**

Prover o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS;

Capacitar os profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários.

A UREST não é porta de entrada do sistema, constituindo-se como centro articulador e organizador no seu território de abrangência, das ações intra e intersetoriais de Saúde do Trabalhador, assumindo uma função de retaguarda técnica e polos irradiadores de ações e ideias de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica e de apoio à realização das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador.

Atua em consonância com os princípios do SUS da equidade, integralidade e universalidade, visando a articulação e a integração de todos os setores da saúde para as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores.

São assistidos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho, além da atenção integral à saúde do trabalhador em todos os serviços de saúde. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados, trabalhadores domésticos, avulsos, rurais, autônomos, temporários, servidores públicos, trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micros e pequenas unidades de produção e serviços, além daqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar, o aprendiz ou estagiário e aqueles afastados do mercado de trabalho.

#### 1.4.3.12.1 Capacitações - Educação Permanente

Foram capacitados, em 2016, 86 profissionais de saúde e 1025 usuários (trabalhadores).



A UREST teve participação efetiva junto à atenção básica da sua área de abrangência, na articulação dos fluxos de atendimentos, orientação sobre os conceitos saúde trabalhador, entre outros temas relacionados às questões da área.

A UREST implantou o trabalho junto à população, em áreas públicas centrais, denominado **Diálogo Aberto**, nos quais os profissionais da Unidade levam informações sobre assuntos relacionados à Saúde do Trabalhador nos temas assistencial, preventivo e de vigilância.

#### 1.4.3.12.2 Assistência

Os atendimentos ao trabalhador na UREST ocorrem por encaminhamento de um serviço de saúde da rede SUS, por meio de documento de referência/contra-referência, quando houver suspeita de doença do trabalho de maior complexidade ou acidente do trabalho. Com esse documento o trabalhador pode agendar o atendimento direto na UREST. Os sindicatos encaminham através da Ficha Individual de Notificação de Suspeita de Agravamento (FIS), de acordo com o Decreto Estadual Nº 40.222, de 02 de agosto de 2000. O trabalhador também pode ser encaminhado pela Superintendência Regional do Trabalho e Ministério Público do Trabalho.

A UREST presta atendimento individual e coletivo nas seguintes áreas: consulta médica nas especialidades do trabalho, traumatologista/ortopedista e acupunturista, fonoaudióloga, enfermagem e fisioterapia. Quanto às demandas temos o seguinte panorama: Atualmente a unidade possui três médicos do trabalho sem demanda reprimida. Um médico traumatologista/ortopedista sem demanda reprimida. Fisioterapia foi realizada por serviço terceirizado até o momento – existe uma demanda reprimida em elaborar estratégias de ações educativas, preventivas e assistenciais no atendimento especializado por profissional fisioterapeuta. Acupuntura – um médico realizando este atendimento e com uma lista de espera de 70 usuários.

As modalidades de atendimento na UREST requerem um atendimento mais extenso devido às particularidades envolvidas em cada nexos causal gerador de adoecimento do



trabalhador, havendo na maioria dos trabalhadores atendidos a necessidade de várias sessões com um tempo de alta imprevisível, ou seja, uma baixa rotatividade de usuários.

Psicologia - demanda reprimida pela saída da profissional da equipe. Não há lista de espera que possibilite quantificar esta demanda, porém, a equipe recebe com frequência as solicitações dos encaminhadores e usuários.

Enfermagem - não há demanda reprimida.

#### 1.4.3.12.3 Promoção e Vigilância

Fragilização da vigilância em saúde do trabalhador no município de Gravataí, assim como da Saúde do Trabalhador como um todo, tendo como principal fator a desarticulação entre a assistência, vigilância e a UREST. Dificuldade em concretizar as ações e metas em saúde do trabalhador, que envolvam articulações interinstitucionais e intersetoriais. A necessidade de sensibilização dos profissionais que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos de saúde relacionados ao trabalho e de definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados. A dificuldade de obtenção dos dados sobre a magnitude dos acidentes fatais ocorridos em situação de trabalho e sobre as doenças do trabalho, visto que algumas fontes de informações limitam seus dados a populações circunscritas. Além disso, nos ambientes de trabalho, a comunicação de acidente e de doenças sofre as restrições dos contratos de trabalho fragilizados, com parcela significativa de trabalhadores descoberta pela Previdência Social (trabalhadores informais) e não contempladas nas estatísticas oficiais de acidentes/doenças de trabalho.

É importante a atuação da UREST em todos os níveis de atenção no SUS, assim como atuação regional, premissa fundamental da RENAST/MS, referendada pela integralidade e legislação em Saúde do Trabalhador e principalmente pelo Controle Social. Através deste diagnóstico, verificou-se a necessidade do fortalecimento da Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador, vinculada ao Conselho Municipal de Saúde, assim como as demais políticas.

No que se refere a estratégia, enquanto área técnica e de planejamento, torna-se necessária uma maior aproximação entre UREST, VIEMSA e SMAT, visando identificar as





necessidades e prioridades que baseiem uma proposta de ações para os trabalhadores e servidores do município.

A UREST tem por função o provimento de retaguarda técnica para o SUS, nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho.

### ***1.4.3.13 Assistência Farmacêutica***

#### **1.4.3.13.1 Conceito e organização**

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

A Assistência Farmacêutica do município de Gravataí tem por objetivo qualificar os serviços de saúde com ações voltadas ao uso racional de medicamentos, à promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários do SUS, tanto individual, quanto coletiva.

No município, planejamento e discussões vinculadas a assistência farmacêutica têm espaço dentro dos encontros da Comissão de Farmácia e Terapêutica. A comissão foi organizada no ano de 2014 e vem mantendo encontros regulares.

A Assistência Farmacêutica no município está organizada e atuando na rede de saúde da seguinte forma:

#### **- Farmácia Municipal:**

O objetivo desta farmácia é de ofertar o acesso dos usuários aos 89 medicamentos da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) incluindo os de controle especial da Portaria 344/1998. Esta farmácia realiza as atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica como programação (solicitação dos medicamentos ao Almoxarifado de Medicamentos),



armazenamento e dispensação. Estas atividades são de natureza técnica e administrativa e visam manutenção e promoção da qualidade da terapêutica dispensada à população com a presença das farmacêuticas responsáveis técnicas. A Farmácia Municipal é um dos serviços de saúde mais procurados pela população, apresentando em torno de 1000 atendimentos diários.

A equipe da Farmácia Municipal deve ser composta de no mínimo 02 farmacêuticos, para poder proporcionar a supervisão dos atendimentos manhã e tarde e 13 atendentes de farmácia. Durante boa parte do ano de 2016 e início de 2017 houve um deficit dos profissionais e contou-se com apenas a farmacêutica responsável pela coordenação. No início de 2017 inicia-se a regularização da equipe farmacêutica e em meados do ano completa-se o quadro com a incorporação dos profissionais remanejados da Farmácia Popular, o que de forma mais imediata qualifica atendimento à população e permite desenvolver outras ações vinculadas a Assistência Farmacêutica.

A contratação dos atendentes de farmácia da empresa terceirizada Lazari a partir de 2015 vem resultando em maior agilidade no atendimento, e outro fator positivo é a constância no número de funcionários, no entanto a rotatividade desses funcionários é um fator negativo.

Referente ao local, a Farmácia Municipal está localizada no segundo piso de um prédio, acima da Unidade de Saúde Centro, junto ao Almojarifado de Medicamentos e a Farmácia do Estado. Trata-se de um prédio antigo e próprio da prefeitura que necessita de várias melhorias na estrutura e acessibilidade.

Almojarifado de Medicamentos: conta com 01 farmacêutica e 02 atendentes de farmácia terceirizados. O almojarifado realiza todas etapas do ciclo da Assistência farmacêutica, ou seja, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Este setor é responsável pela distribuição, abastecimento da rede municipal de saúde (UBS's, USF's, SAMU, PAM 24h, UPA, Centros Especializados, Farmácia Municipal e Farmácias Distritais). Realiza também, a dispensação direta dos 05 medicamentos do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. A farmacêutica responsável é quem realiza a avaliação de todas as documentações pertinentes aos pregões eletrônicos para aquisições de medicamentos da REMUME. Atualmente, a REMUME consta com 89 medicamentos para a dispensação direta a população e 93 medicamentos utilizados nas UBS's, USF's, SAMU, PAM 24h, UPA e Centros Especializados.



A distribuição dos medicamentos para os serviços era realizada duas vezes por semana com um veículo de passeio do setor de expediente. Com a obrigatoriedade de transportar mercadorias apenas em veículos de carga, passou-se a utilizar o veículo emprestado do Almoxarifado Central de Materiais, porém limitando a distribuição a um turno por semana.

#### - Farmácia Estadual

Conta com 01 farmacêutica e 02 atendentes de farmácia terceirizados. O objetivo desta farmácia é ofertar, através da Secretaria Estadual de Saúde, os medicamentos especiais e excepcionais através de processos administrativos ou judiciais aos usuários facilitando o acesso.

O município melhorou a logística quanto a busca dos medicamentos na Secretaria Estadual de Saúde, com a disponibilização de um automóvel e cronograma semanal. Tem sido frequentes as faltas de medicamentos justificadas pela crise financeira atual.

Estes 03 setores são coordenados por 01 farmacêutica e, também contam com 01 agente administrativo, 02 cargos em comissão, 01 auxiliar de serviços gerais e 01 farmacêutica remanejada da Farmácia Popular. Com a complementação do quadro profissional será permitido a implementação de ações voltadas para a Assistência Farmacêutica.

#### - Farmácias Distritais (Dispensários)

São elas Águas Claras, Barro Vermelho, Costa do Ipiranga, São Judas Tadeu e Vila Branca com 01 atendente de farmácia terceirizado em cada uma delas. Têm o objetivo de ofertar e facilitar o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais da REMUME com exceção dos medicamentos de controle especial da Portaria 344/1998 e das Insulinas NPH e Regular. Estes atendentes foram treinados para realizar as atividades de programação, armazenamento e dispensação e estão sob a assessoria técnica das farmacêuticas.

O ideal é a presença de um farmacêutico responsável técnico em tempo integral em cada uma delas, esse fato qualifica o atendimento à população, e além de legalizar os locais, permitiria a disponibilização de maior número de medicamentos da REMUME.



Nenhuma das farmácias distritais apresenta estrutura física adequada e apesar de estarem informatizadas, são frequentes os problemas com sistema e internet. A adequação ou definição sobre o funcionamento desses locais está em discussão.

- Farmácia no PAM 24h:

Esta farmácia é equiparada a farmácia hospitalar portanto, atende a demanda interna do serviço, conta com 01 farmacêutica e 01 atendente de farmácia terceirizada.

O município também dispunha de uma unidade rede própria da Farmácia Popular do Brasil desde 2007, quando foi implantada por meio de convênio com o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. No ano de 2016 o município planejou uma reestruturação da unidade a fim de ampliar o acesso da população ao serviço. Em janeiro de 2017, a unidade reiniciou suas atividades em novo endereço, mais centralizado e próximo da localização da Farmácia Municipal, além de que o novo local contou com renovação da estrutura interna.

No entanto, em maio de 2017, o Ministério da Saúde comunicou da decisão sobre o fim do repasse de manutenção do programa, bem como o fim da operacionalização das unidades pela Fiocruz. Além de que ampliará os recursos destinados para compra dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. O valor mensalmente enviado passará de R\$ 5,10 para R\$ 5,58 por habitante.

Em 03 de junho de 2017, foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria 1630, desabilitando o município da manutenção da unidade do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Com o encerramento da unidade, os funcionários da equipe foram realocados para outros setores da Prefeitura: as 02 farmacêuticas e o assistente de gestão (terceirizado da empresa Lazari) passaram a integrar a equipe da Farmácia Municipal como já citado, e os demais funcionários outros serviços.

Outro processo decorrente do fechamento foi a atualização da REMUME para incorporação de 03 dos medicamentos que faziam parte da lista da Farmácia Popular.



#### 1.4.3.13.2 Seleção

A adoção de uma Relação de Medicamentos Essenciais é o ponto de partida para as demais atividades da Assistência Farmacêutica. Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. A Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), conforme Decreto 7508/2011 norteia as listas estaduais e municipais e é uma ferramenta fundamental para padronizar os medicamentos no âmbito do SUS, constituindo um mecanismo para a redução dos custos.

O município adota a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) atualizada em 2017, pela Comissão de Farmácia e Terapêutica. Esta comissão é instituída por portaria e é responsável pela inclusão, exclusão de medicamentos visando padronizar os mesmos para disponibilizar junto a rede do município de Gravataí.

A atualização em 2015 surgiu como um plano para superar a crise. Houve reformulação com a redução da REMUME, considerando que os itens retirados eram ofertados pelo Programa Farmácia Popular do Brasil. Esta medida não permitiu que a população ficasse desassistida. Com o encerramento das atividades na unidade Farmácia Popular do Brasil, a REMUME foi novamente reformulada em 2017.

#### 1.4.3.13.3 Programação

É o levantamento das necessidades de consumo de medicamentos previamente selecionados a serem adquiridos para um determinado período de tempo. Sua finalidade é evitar a descontinuidade do abastecimento de medicamentos, compatibilizando os recursos disponíveis com as necessidades. O município realiza a programação por método do consumo histórico.

A crise financeira que afeta todo o país e a falta de atualização dos valores dos repasses, influenciam tanto na programação quanto na aquisição dos medicamentos, prejudicando o processo de atender as reais necessidades de consumo. A falta de recursos afeta a todos e dificulta a manutenção dos estoques mínimos de medicamentos utilizados para atender a demanda dos serviços de saúde como também, a dispensação à população.



#### 1.4.3.13.4 Aquisição

A aquisição de medicamentos no setor público, assim como, as demais atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica, é uma peça que contribuem para o sucesso e a credibilidade dos serviços farmacêuticos. Um elenco de medicamentos definidos dentro de rigorosos critérios, boas condições de armazenamento e profissionais capacitados não atenderão as necessidades da rede de serviços se houver descontinuidades de suprimento dos medicamentos. O orçamento é muito importante para dar andamento ao processo de aquisição. Convém ressaltar que a reserva de verba e a autorização da aquisição são realizados a partir da programação. As compras de medicamentos realizadas pela Prefeitura Municipal de Gravataí são feitas através de Pregão Eletrônico.

#### 1.4.3.13.5 Armazenamento

A eficácia dos medicamentos está diretamente relacionada à manutenção de sua estabilidade. Esta, por sua vez, depende, dentre outros fatores, do armazenamento, transporte e manuseio em condições adequadas, desde a sua fabricação até sua dispensação, preservando, desta forma, sua qualidade, eficácia e segurança. Assim, o armazenamento é uma etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica com a finalidade de garantir a segurança e as características de qualidade dos medicamentos estocados.

#### 1.4.3.13.6 Distribuição

A distribuição de medicamentos é a atividade que consiste em suprir os serviços de saúde com medicamentos em quantidade, qualidade e tempo oportuno. É realizado através de cronograma estabelecido pelo Almojarifado de Medicamentos com a finalidade de impedir atrasos e desabastecimento.



#### 1.4.3.13.7 Utilização: prescrição, dispensação e uso

A utilização dos medicamentos envolve ações voltadas para o uso racional de medicamentos, que incluem ações corretas na prescrição, dispensação e uso.

Na Farmácia Municipal e nas distritais são atendidas somente prescrições oriundas do SUS e para os munícipes.

Os prescritores do município (médicos, odontólogos e enfermeiros) tem a disposição um documento com as regras e orientações da Assistência Farmacêutica para prescreverem, sempre que possível, de acordo com a REMUME.

A dispensação compreende não apenas o ato de aviar a prescrição mas também de orientar o paciente, sempre que solicitado, sobre o uso correto, seguro e racional de medicamentos e condições de armazenamento dos mesmos.

#### 1.4.3.13.7 Financiamento

O financiamento do componente da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição dos medicamentos presentes na RENAME e conforme a lista padronizada no município (REMUME). A responsabilidade do financiamento é das três esferas de gestão conforme Portaria 1555/2013 (*Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS*), devendo ser aplicados os seguintes valores mínimos:

União: R\$ 5,10 por habitante/ano (atualizado para R\$ 5,58 por habitante/ano conforme Portaria 2001/2017)

Estado: R\$ 2,36 por habitante/ano

Município: R\$ 2,36 por habitante/ano



#### 1.4.3.13.8 Levantamento e identificação de problemas prioritários e necessidades

Em relação à Comissão de Farmácia e Terapêutica existe a dificuldade no comparecimento nas reuniões de todos os membros nomeados, bem como será necessário a revisão, substituição e nomeação dos componentes;

Alta rotatividade dos funcionários atendentes de farmácia, terceirizados da empresa Lazari, o que prejudica a manutenção das rotinas de trabalho;

Inadequações estruturais, instabilidade no sistema IPM e problemas de conexão de internet, o que prejudica o bom andamento dos serviços prestados pelos setores de farmácias e almoxarifado de medicamentos.

#### 1.4.3.13.9 Soluções

Reestruturar a Comissão de Farmácia e Terapêutica com a nomeação de novos integrantes e nova pactuação de propósitos dos encontros;

Projetar a revisão dos procedimentos operacionais padrão (POP's) da farmácia e almoxarifado de medicamentos e também buscar a qualificação do processo de trabalho por meio de realizações de reuniões periódicas com o objetivo de treinar e reciclar a equipe, e promover que os profissionais farmacêuticos alinhem as ações e procedimentos vinculados a Assistência Farmacêutica;

Manter discussões com o objetivo de buscar solução para melhorar a estrutura e acessibilidade das farmácias e almoxarifado de medicamentos, bem como problemas relacionados a instabilidade da internet e sistema.





#### ***1.4.3.14 Saúde de População de Rua (inserido pela Resolução CMS nº 10/2017)***

A Resolução CMS nº 10/2017 definiu a inclusão de ações para a Saúde da População de Rua no município, a serem consideradas nas ações da Secretaria Municipal da Saúde:

- Capacitação para os trabalhadores da saúde sobre as políticas e o atendimento da população de rua;
- Facilitar o acesso e realizar o acolhimento da população de rua em todos os serviços de saúde do município;
- Ter ações específicas do CAPS AD para a população de rua, incluindo equipe de redução de danos;
- Realizar a discussão e plano de viabilidade para a Implantação de Consultório de rua;
- Facilitar a confecção do Cartão SUS para os moradores de rua, fazendo cumprir a Resolução 940/2011, quem dispensa a obrigatoriedade de apresentação de comprovante de residência para aquisição do cartão SUS;
- Fortalecer o acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde para a população de rua de seus territórios;
- Maior articulação entre serviços de saúde e da assistência para realização de ações nos bairros que possuem maior número de moradores de rua, incluindo vacinação, testes rápidos, entre outros;
- Realizar vigilância de Saúde e acompanhamento nutricional na Cozinha Comunitária, assim que implantada;
- Realizar ações de saúde relacionadas à IST'S no Centro POP e abrigos municipais, facilitando o acesso dos mesmos ao atendimento.



## **1.5 ANÁLISE EM RELAÇÃO À GESTÃO DE SAÚDE E LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS PRIORITÁRIOS**

### **1.5.1 Gestão Administrativa**

A Gestão Administrativa, Financeira e de Recursos Humanos (GAFRH) é organizada a partir dos Departamentos Administrativo, de Recursos Humanos, de Pessoal, da Divisão de Planejamento, da Assessoria Jurídica, do Setor de Expediente, do Setor de Manutenção, da Central de Compras e do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva que reúne as coordenações de cada Departamento, Divisão, Setor e Assessoria

A GAFRH tem como principais atribuições a chefia das atividades dos Departamentos, Assessorias, Setores e Divisões subordinados bem como exercer a supervisão superior dos atos praticados pelas mesmas. Além disso, é de sua responsabilidade a expedição de documentos pertinentes, além de conduzir os serviços administrativos bem como desempenhar outras atividades correlatas que lhe forem atribuídas buscando o atendimento das necessidades das áreas de atenção à saúde.

Também é responsabilidade da Gestão Administrativa a garantia da infraestrutura e os recursos financeiros e humanos para o pleno e regular funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (**Incluído pela Resolução CMS 10/2017**)

#### ***1.5.1.1 Administrativo***

O Departamento Administrativo atua no planejamento e coordenação das ações necessárias para a consecução dos objetivos da SMS. Executando atos de instruções e determinações referentes a assuntos de diversas áreas de trabalho e observando as disposições legais, normas vigentes e limite de competência para a correta execução dos serviços e recursos.

A rotina de trabalho e as atividades são constantemente revisadas e aprimoradas a fim de qualificar as ações desenvolvidas pelo Administrativo. A utilização dos materiais de



consumo de forma racional evitando o desperdício também é difundida buscando o uso consciente.

A busca de soluções para os problemas tomando decisões ou sugerindo alternativas também são atividades desenvolvidas, bem como a elaboração de relatórios, fornecendo registros de atividades relacionadas à sua área para documentar informações e dados constantes.

O controle e acompanhamento constante visam fornecer ao Secretário informações sobre os processos dos trabalhos e resultados alcançados através de relatórios ou reuniões, para possibilitar a avaliação das diretrizes aplicadas e sua conjugação com a política geral da Secretaria.

O Departamento Administrativo é composto atualmente por 1 Contador, 1 Técnico em Contabilidade, 4 Agentes Administrativos e 1 Estagiário, os quais desenvolvem diversas tarefas pertinentes as rotinas administrativas, tais como: Elaboração de Termos de Referência e Memoriais Descritivos, Elaboração de Requisição ao Compras, Elaboração de Solicitações ao Compras, Emissão de Empenhos, Controle orçamentário e de prazo dos Contratos de Prestação de Serviços, Recebimento, conferência orçamentária e encaminhamento de notas fiscais para pagamento, Elaboração de Requisição ao Almoxarifado, Emissão de notificação prévia, Solicitação de adendos contratuais, Solicitações de diárias, Análise de documentos dos pregões eletrônicos e Controle e acompanhamento orçamentário e financeiro dos recursos vinculados, entre outras atividades.

A SMS possui atualmente mais de 80 contratos de prestação de serviços que são acompanhados quanto a sua execução orçamentária e o prazo de vigência. Também é realizado o controle das notas fiscais e de empenhos referente a cada contrato e o seu envio para pagamento. Além do mais são elaboradas em média 250 Requisições ao Compras, 3000 Solicitações ao Compras, 7000 Empenhos por ano.

Todas as notas fiscais de compra de materiais, medicamentos e serviços da SMS são encaminhadas para liquidação e pagamento na Secretaria Municipal da Fazenda - SMF através do Departamento Administrativo que está constantemente em contato com o Almoxarifado Central, a Farmácia Municipal e a SMF.

Os serviços terceirizados pela SMS são de diversas áreas e especificidades, tais como: hospitalares, exames laboratoriais, fisioterapia, clínica médica e pediátrica, manutenção



predial e de equipamentos, locação de veículos, fornecimento de alimentação, coleta de resíduos, esterilização, atendentes/recepcionistas, entre outros.

O Departamento Administrativo em conjunto com outros Departamentos de diversas áreas da SMS busca constantemente aprimorar os processos a fim de qualificar o gasto público.

Tem se buscado o aprimoramento dos Memoriais Descritivos das licitações da SMS, seja de serviços ou de aquisição de materiais. Para isso foi imprescindível a aproximação da área administrativa com a área de atenção à saúde

A criação da Comissão de Padronização de Materiais através do Decreto 13.717 de 22/05/2014 representou um marco nesse avanço, pois com a regulamentação das atribuições e a nomeação dos membros através de portaria possibilitou a consolidação de um trabalho que busca qualificar o material adquirido e a redução do desperdício do recurso público.

Através da Comissão ocorreu a revisão do descritivo de mais de 350 itens de materiais hospitalares, expediente, limpeza entre outros buscando melhorar a qualidade do que está sendo adquirido.

Também ocorre a avaliação técnica pelos enfermeiros da Comissão de cada item que está sendo adquirido, a fim de ser verificado se o produto oferecido realmente atende ao descritivo que está no edital. Além disso, as empresas precisam comprovar as exigências de qualificação técnica (AFE, Registro do Produtos na Anvisa, Alvará Sanitário, etc).

Com o trabalho da comissão foi possível adquirir produtos de melhor qualidade que possibilitaram um melhor atendimento a população e também evitar o desperdício garantido um menor custo-benefício. Podemos citar como exemplo a compra por dois anos consecutivos de caneta marca Bic e também da aquisição de um desinfetante de alto nível para a limpeza de superfícies altas e de artigos hospitalares.

Outro fruto do trabalho conjunto de diversas áreas e departamentos da SMS foi a contratação de uma empresa especializada na esterilização de instrumentais hospitalares e odontológicos que atendesse a legislação vigente quanto a processamento, embalagem e transporte desses materiais.

Também é importante destacar a locação de veículos zero-quilômetro (com ar-condicionado) para o transporte de pacientes para a realização de exames e consultas em Gravataí e Porto Alegre. Esses pacientes eram transportados em veículos locados sem essa



exigência e que constantemente apresentavam problemas, bem como não ofereciam o mínimo de conforto aos pacientes.

O processo de controle do gasto público é algo que precisa ser aprimorado e qualificado. Para tanto a utilização do sistema de informática é imprescindível visto o volume de recursos dispendidos e também devido ao tamanho da rede municipal de saúde.

Para poder evoluir quanto a essa questão é necessário melhorar o serviço de internet disponibilizado ou buscar outra maneira de fornecimento visto que da forma atual não é possível utilizar todas as ferramentas disponibilizadas pelo sistema.

Tabela 23: áreas de atuação

| ÁREA DE ATUAÇÃO       | AÇÃO/ATITUDE   |
|-----------------------|--|
| Gestão Administrativa | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estabelecer e divulgar as rotinas e fluxos dos serviços de cada área</li> <li>-Estabelecer e divulgar o organograma oficial da SMS</li> <li>-Realizar seminário integrativo anual com todos funcionários da sede administrativa e coordenadores dos Serviços para cada área expor suas rotinas</li> <li>-Realizar reuniões trimestrais com todos os coordenadores da SMS</li> <li>-Realizar reuniões mensais de direção da SMS</li> <li>-Criar calendário de eventos da SMS</li> <li>-Implantar ferramenta de gestão (Ex: ciclo PDCA)</li> <li>-Divulgar as metas de curto, médio e longo prazo</li> <li>-Criar Comissão de Controle de Infecção</li> <li>-Divulgar as ações e agendas envolvendo a SMS</li> <li>-Criar fluxo para solicitação de materiais de divulgação e para campanhas</li> <li>-Criar fluxo para solicitação de participação em cursos e eventos que necessitem pagamento de inscrições, diárias, passagens aéreas</li> </ul> |
| Gestão de Recursos    | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Expor as receitas e os gastos de cada área nas reuniões e seminários</li> </ul>  |
| Gestão de TI          | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Expandir o sistema para as Unidades e Serviços de Saúde</li> <li>-Propiciar a utilização integral do sistema de informática</li> <li>-Disponibilizar internet de boa qualidade em todos os prédios da SMS</li> <li>-Oferecer suporte de TI na sede da SMS</li> <li>-Finalizar a instalação de pontos de rede e de energia elétrica</li> </ul>  |
| Gestão de Serviços    | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Implantar ferramentas de controle de qualidade dos serviços terceirizados</li> <li>-Propor criação de Lei Municipal sobre fiscalização, recebimento, guarda, liquidação e pagamento de bens e serviços adquiridos</li> </ul>   |



|                                |  |
|--------------------------------|--|
|                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Reestruturar o Departamento de Manutenção</li> <li>-Designar servidor para fiscalizar a empresa de higienização e coordenar as funcionárias da limpeza</li> <li>-Realizar Chamamento Público de acordo com a legislação vigente</li> </ul>   |
| Gestão de Materiais            | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Designar responsável pelo Patrimônio da SMS</li> <li>-Realizar Seminário sobre Processo de Compras com as coordenações dos setores, departamentos e Serviços de Saúde</li> <li>-Realizar Seminário para divulgação dos fluxos para contratação de serviços e aquisição de materiais</li> <li>-Designar servidor para ser responsável pelas tarefas da Comissão de Materiais, implantação do banco de marcas e análise de qualificação técnica</li> </ul> |
| Gestão de Compras e Licitações | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Implantar Banco de Marcas para análise e teste do produto antes da realização da licitação</li> <li>-Descentralizar as compras de materiais através de Pregão Eletrônico que são realizados na SMAD com a nomeação de 2 pregoeiros e 2 assessores jurídicos para a SMS</li> <li>-Implantar fluxo para notificação e aplicação de sanções administrativas nas empresas fornecedoras de materiais</li> </ul>   |
| Gestão de Recursos Humanos     | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar curso de gestão para coordenadores</li> <li>-Realizar curso de informática para servidores</li> <li>-Realizar curso de atendimento ao público para servidores</li> <li>-Nomear: <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Técnico de Contabilidade para o Administrativo</li> <li>1 Administrador para o Administrativo</li> <li>1 Técnico em Edificações para a Manutenção</li> </ul> </li> </ul>   |

Fonte: Administrativo/SMS - 2017

### ***1.5.1.2 Central de Compras e Almoxarifado***

A área de atuação da Central de Compras abrange a gestão de atas de registro de preço de materiais, mobiliários e equipamentos para a Secretaria Municipal da Saúde.

A Central de Compras atua como uma Unidade Administrativa responsável pela elaboração das requisições ao Compras, solicitações ao compras, controle e acompanhamento de todo o processo de compras junto ao Administrativo da SMS e o Departamento de Compras e Licitações da SMAT.



O processo de compra inicia-se com a emissão da Requisição ao Compras (RC) a fim de ser providenciada a aquisição de materiais solicitados pelos setores da Secretaria Municipal de Saúde. Para a digitação da RC se faz necessária a elaboração do memorial descritivo com a descrição detalhada das características do produto que pretende ser adquirido a fim de garantir a aquisição do produto de melhor qualidade.

As licitações são monitoradas desde a abertura até a homologação dos pregões eletrônicos. Quando do recebimento das Atas de Registro de Preço (ARP) são criadas planilhas para cada item e providenciada a compra de acordo com a necessidade de estoque, bem como os itens que não foram atendidos na licitação são solicitados novamente em nova Requisição.

Para ser providenciada a compra de material é elaborada a solicitação ao Setor de Compras (SC) de acordo com a disponibilidade de recurso e enviada ao Administrativo/SMS para providências de emissão do empenho.

A Central de Compras executou algumas ações, das quais merece destaque: reuniões periódicas com o Departamento Administrativo/SMS e Almoxarifado/SMAT; reuniões com os Gerentes Distritais; reuniões com os coordenadores dos Serviços de Saúde; participação na Comissão de Materiais; elaboração de planilhas que orientam os setores na aquisição de mobiliário e equipamentos; controle de atas de registro de preço, tendo a observância de elaborar novas requisições ao setor de compras com antecedência de 5 meses da data de vencimento das atas de registro de preço.

Há a Necessidade de realização de um banco de marcas com pré-qualificação dos materiais a serem adquiridos.

Buscar aproximação maior entre o Almoxarifado e setores da Secretaria da Saúde e também do setor de compras, setor jurídico e setor financeiro, para desenvolver atividades de melhoria na aquisição de materiais consumo e permanente.

Encaminhar as minutas de contratos e aditivos para a apreciação do CMS, conforme determinação dos itens VII e VIII da lei 2893/2009. **(Inserido pela Resolução CMS 10/2017)**



### ***1.5.1.3 Manutenção***

A Área de atuação da Manutenção, abrange as diversas unidades físicas que compõem a estrutura de atendimento em saúde no município, realizando reformas e manutenção em geral. É responsável por gerenciar projetos de manutenção das instalações, atividades de manutenção, reparação e reformas nas instalações e equipamentos.

É responsabilidade da Manutenção, realizar a gestão de equipe técnica, identificar as causas das falhas e desenvolver soluções. Assim como, é responsável pela manutenção predial preventiva e corretiva, coordenação a equipe, realizar o controle e apresentação de custos com manutenção da parte elétrica da predial, planejamento e controle das atividades de manutenção, desenvolvimento de planos de manutenção preventiva, corretiva e preditiva, e elaboração de relatórios gerenciais.

Atualmente está em fase de teste e implantação, um programa de manutenção preventiva da manutenção predial, que visa a prevenção dos problemas e falhas estruturais das diversas Unidades da SMS. Este programa é a primeira fase de um plano de reestruturação do setor de manutenção.

A manutenção de equipamentos médico-hospitalares e odontológicos já conta com um programa de manutenção preventiva, implantado em 2013, além da manutenção corretiva

A segunda fase, cujo lançamento está previsto para 2018, será a implantação de um Manual de Procedimentos, composto de diversas Instruções Normativas, que visa normatizar e padronizar todos os procedimentos do Setor de Manutenção.

Na manutenção corretiva, a ocorrência de falhas ou de desempenho insuficiente dos componentes das edificações e dos equipamentos da secretaria, são realizados via processo digital ao setor de manutenção, após a análise do problema, define o grau de urgência do mesmo, e agenda, através de e-mail para as empresas contratadas, a execução das ações corretivas cabíveis..

A estrutura atual do departamento é composta por dois servidores de cargos em comissão e dois servidores do quadro efetivo. Na estrutura terceirizada do departamento, temos os seguintes serviços:





Uma empresa privada contratada para a efetivação dos serviços de manutenção e reformas prediais e corte de grama e limpeza de pátios, com uma equipe composta por 25 profissionais, entre eles, um encarregado de equipe, três eletricitas, dois hidráulicos, quatro pedreiros, três pintores, dois carpinteiros, dois azulejistas, quatro auxiliares de produção, um serralheiro e três motoristas;

Uma empresa privada contratada para a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos;

Uma empresa contratada para a manutenção de impressoras;

Uma empresa privada contratada para a manutenção de relógios ponto ;

Uma empresa privada contratada para serviços de desinsetização, desratização, desmorcegação dos prédios e limpeza e desinfecção de caixas d'água;

Uma empresa privada contratada para os serviços de limpeza e higienização das Unidades da SMS.

A estrutura atual da informatização da rede das unidades de saúde é: dez unidades utilizam internet e telefonia com Fibra Óptica interligados na rede central da prefeitura, doze utilizam sinal de internet via Rádio e seis utilizam conexão ADSL da operadora OI.

As ações desenvolvidas que merecem destaque são a reforma completa do posto Morada do Vale I, reforma e ampliação das USFs São Marcos e Neópolis, e a reforma parcial das unidades do Barro vermelho, Centro, Vila Branca e São Judas Tadeu.

As principais medidas adotadas para a qualificação das rotinas são: agrupamento das atividades em uma estrutura lógica de organização de tarefas e designar as atividades às específicas posições e pessoas (cargos e tarefas), tal como a organização da rotina administrativa que se encontrava em defasagem, assim sendo possível obter a informação de produção.

O principal problema na estrutura de manutenção é a falta de um plano de manutenção preventiva, que no qual ocasionou demandas em atraso e aumento nos custos de manutenção. A solução é a criação de um programa de manutenção, que será um conjunto de inspeções periódicas destinado a evitar a ocorrência de falhas ou de desempenho insuficiente dos componentes das unidades integrantes da secretaria, definidas em função das características dos componentes das mesmas e orientação técnica dos fabricantes ou fornecedores. A criação do programa de manutenção, também irá orientar manutenções preventivas, corretivas e



programadas, assim ampliando a eficiência dos equipamentos e diminuindo o custo com manutenções para o município.

#### ***1.5.1.4 Expediente***

O Setor de Expediente atua sob duas formas: serviço externo e interno.

Serviço externo (malote): Tem a responsabilidade de fazer o transporte das pastas da central de marcação de consultas, agendamento de transporte eletivo, exames (teste do pezinho, CP), documentos administrativos (memorandos, ofícios, processos, folhas pontos, entre outros), passando diariamente em 50 unidades das 8h às 12h e das 13 às 17h.

Serviço interno: Receber as pastas de documentos que chegam pelo malote, protocolar os mesmos e entregar ao setor determinado; encaminhar documentos dos setores da SMS para outros órgãos e secretarias, tais como ofícios e memorandos; tramitar e encaminhar processos; agendamento de veículos de uso interno da SMS; atender às solicitações de cópias de todas as unidades.

O Setor é composto atualmente por 1 Coordenador, 2 Agentes Administrativos, 1 motorista concursado (malote), 1 Estagiário (turno da tarde) e 2 Menores Aprendizizes (para o malote, sendo um no turno da manhã e outro no turno da tarde).

Há também 2 motoristas terceirizados que atendem às demandas referentes ao agendamento prévio de veículos para uso da Secretaria.

O setor está sempre atento às ideias e possibilidades que contribuam para a melhoria das rotinas, destacando-se a contratação dos 2 menores aprendizes para o serviço do malote, pois antes o motorista tinha que executar todas as tarefas do malote, além de conduzir o veículo. Também está se buscando informatizar cada vez mais e, sempre que possível, as rotinas do setor, como por exemplo, o protocolo de documentos.

Como meta para os próximos 4 anos, o setor visa buscar soluções para cada vez mais otimizar as rotinas internas e externas do setor, de forma a sempre modernizar e aprimorar os processos de trabalho.



### ***1.5.1.5 Central de Transportes***

#### 1.5.1.5.1 Organização do setor, áreas de atuação e responsabilidades.

A central de transportes eletivos atua prestando serviço de transporte não urgente para os usuários do SUS residentes neste município, transportando todo munícipe que necessitar fazer uso deste, quando em caráter eletivo para: consultas, fisioterapia, cirurgias eletivas, hemodiálise e outros tratamentos oferecidos pelo sistema único de saúde, e, que for acometido de alguma patologia ou comorbidade que o impeça ou prejudique de se locomover sem auxílio ou ainda que o limite de exercer tal atividade, tais como:

- Sequelas motoras de doenças vasculares;
- Transplantados quando houver indicação da entidade hospitalar responsável pela transplantação;
- Insuficiência cardíaca e respiratória grave;
- Perturbações visuais graves;
- Doenças de foro ortopédico;
- Doença neuromuscular de origem genética ou adquirida;
- Patologia do foro psiquiátrico;
- Doenças do foro oncológico;
- Queimaduras;
- Doença infectocontagiosa que implique risco para saúde pública;
- Insuficiência renal crônica;
- Paralisia cerebral e situações neurológicas afins com comprometimento motor, entre outras.

A central de transportes eletivos é composta por 01 coordenador e 01 recepcionista que desenvolvem várias atividades tais como: recebimento e envio de documentos para os postos de saúde para a solicitação de transportes eletivos, agendamentos destes transportes via sistema (IPM Saúde), atendimento via telefone para sanar dúvidas dos usuários, contato via telefone com os pacientes para informar dia e horário agendado.



O setor conta atualmente com 01 carro com disponibilidade de 06 lugares que sai de sua base no parque dos anjos as 06hs com retorno previsto para Gravataí as 12hs, duas van's com 14 lugares cada, que saem também da base e no mesmo horário as 06hs e retornam as 12hs, uma van com 14 lugares que sai da base as 10hs e retorna as 17hs, um carro com 06 lugares que sai as 13hs e retorna as 19hs e 01 carro de apoio com 06 lugares disponível de segunda a sexta-feira das 08 as 18hs além disso, conta ainda com uma van exclusiva para transporte de pacientes que necessitem de fisioterapia, esta, com 14 lugares e que funciona de segunda a sexta-feira das 08 as 17hs.

A mesma realizou, entre janeiro de 2016 e junho de 2017, em média 22.260 viagens, transportando, por dia, cerca de 90 usuários.

#### 1.5.1.5.2 Levantamento e identificação de problema prioritário e necessidades

Quanto aos principais problemas e necessidades, acreditamos que, pela crescente demanda de pacientes que necessitam o uso do transporte por motivos de saúde, é necessário uma maior comunicação entre os serviços de saúde e o referido setor para que todas as dúvidas e pendências estejam alinhadas para que um serviço de qualidade seja prestado a população que dele necessitar.

#### 1.4.1.5.3 Soluções

Para que o objetivo seja alcançado, necessário:

- Participar das reuniões distritais para esclarecimento de dúvidas e discussões de casos;
- Unificar os formulários a serem preenchidos para que haja um padrão nas informações prestadas;
- Prestar esclarecimentos para os serviços de saúde por telefone para que não hajam informações desencontradas.



#### ***1.5.1.6 Assessoria Jurídica***

A Assessoria Jurídica, atualmente, é composta por 1 assessora jurídica, 1 técnica em enfermagem e 1 estagiário, que desenvolvem várias atividades no âmbito jurídico e administrativo.

É um setor que atua prestando suporte jurídico a todos os setores técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, realizando atividades de consultoria e assessoramento. É, também, consultor preventivo e parecerista, visando sempre os objetivos e interesses da administração pública em suas ações, atentando para a celeridade e bom andamento de seus serviços, identificando falhas e possíveis irregularidades em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade.

As atividades desenvolvidas pelo setor são: Análise documental, estudar, propor e sugerir alternativas em consultas formuladas pelas unidades da Secretaria, gestão de liminares de saúde, encaminhamento de demandas processuais de saúde para cumprimento pelos departamentos fins (Farmácia Municipal, Farmácia Estadual, Farmácia Popular, Central de Marcação de Consultas, PAM 24H, UBSs, USFs, Centrais de Leitos, Departamento de Regulação Municipal e Estadual, Centrais de Especialidades, CAPS adulto e infantil, entre outros).

O acompanhamento permanente das liminares de saúde é feito através de diálogo com o paciente e seus familiares, contato com instituições hospitalares, regulação Estadual e Municipal, Central de leitos Estadual e de Porto Alegre, entre outros, objetivando o desembaraço e a resolutividade da demanda processual. As liminares são em relação a solicitação de medicamentos, solicitação de fraldas e equipamentos, transferência hospitalar, solicitação de leito em UTI, avaliação em internação psiquiátrica, solicitação de consultas, exames e cirurgias.

Também é responsabilidade da Assessoria Jurídica instruir pedidos de informação encaminhados ao Secretário Municipal por órgãos de controle externo, como: Justiça Federal, Justiça comum e Ministério Público (solicitando informações ou prestando informações) e, também, para instituições hospitalares. Faz o controle dessas demandas, como seus prazos, análise das respostas, encaminhamento de ofícios com as devidas informações, prezando pelas informações completas. Também é responsável pela análise das solicitações do protocolo (que



competem a Secretaria Municipal de Saúde), pareceres jurídicos, decisões em segunda instância de Processos Administrativos Sanitários, criação de instruções normativas e textos jurídicos, busca de informações e subsídios no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde para suporte à Procuradoria-Geral do Município, análise de contratos e adendos. Exercer outras atribuições no âmbito de sua área de atuação.

A Assessoria Jurídica possui atualmente 600 processos de liminares ativos, sendo que anualmente recebemos uma média de 960 processos para cumprimento de liminar. Quanto às demandas do Ministério Público recebemos anualmente uma média de 600 onde buscamos as informações solicitadas em conjunto com os setores técnicos da Secretaria Municipal de Saúde que forem demandados no Ofício Ministerial.

#### 1.5.1.6.1 Levantamento e identificação de problemas prioritários e necessidades:

O principal problema na Assessoria Jurídica é o levantamento de dados referente a processos antigos que foram impressos fisicamente. Também, temos como necessidade a falta de um HD externo para possuímos mais uma forma de assegurarmos que as informações que estamos armazenando no servidor não serão perdidas.

#### 1.5.1.6.2 Soluções:

Quanto às soluções para os problemas identificados, destacamos a necessidade de transformarmos todos os nossos processos físicos em arquivos no computador, medida esta que já estamos adotando a partir de agosto de 2016, o que diminuiu significativamente o desperdício de folhas de ofício e Tonner de impressora. Também seria interessante a aquisição de um HD externo para que pudéssemos fazer o Back Up diário das informações que inserimos no servidor da Prefeitura.

Quanto às ações que queremos adotar nos próximos anos, armazenaremos todos os documentos referentes às demandas judiciais em arquivos digitais, mesmo os antigos que foram recebidos fisicamente.



Continuaremos primando pelo “não desperdício” de folhas de ofício, medida que já tem sido adotada desde agosto de 2016, evitando gastos desnecessários, primando pela sustentabilidade ambiental e economia de materiais.

### ***1.5.1.7 Planejamento***

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e todo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos. No setor de saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, aperfeiçoar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

No município de Gravataí o Departamento de Planejamento tem a responsabilidade de elaborar as estratégias e ações necessárias no sentido de tornar possível a execução das ações da Secretaria Municipal da Saúde. A estrutura do Departamento de Planejamento está dividida em três responsabilidades: Captação de Recursos, Assessoria de Projetos Arquitetônicos e Planejamento Orçamentário e das Ações de Saúde.

#### **1.5.1.7.1 Planejamento Orçamentário e das Ações de Saúde**

Já no planejamento orçamentário e das ações de saúde o setor segue os diversos referenciais legais e normativos, tais como a Lei 8080/90, a Lei Complementar nº 141/2012, o Decreto 7508/2011 e a Portaria nº 2.135 de 25/09/2013. Esta portaria, além de institucionalizar os processos de planejamento indicou os instrumentos responsáveis pela sua operacionalidade, destacadamente o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório detalhado Quadrimestral (RDQA) como os principais documentos de orientação para o planejamento municipal. É de responsabilidade do setor, principalmente a coordenação dos processos de formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do PlanejSUS.



#### 1.5.1.7.2 Principais Instrumentos do Planejamento da Saúde:

- Plano Municipal de Saúde (PMS): É uma importante ferramenta de gestão e pode contribuir no processo de compreensão dos principais problemas e desafios enfrentados pela saúde municipal; no processo de definição de objetivos para a gestão, bem como a visualização das estruturas, das mediações e das ações necessárias para alcançar tais objetivos; no processo de definição de uma agenda e um cronograma para as ações e medidas empreendidas; e também no processo de monitoramento e avaliação da gestão. Deve estar sempre em “diálogo” com os dispositivos legais do SUS e em sintonia com os espaços participativos da gestão, em especial, do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e das Conferências de Saúde. Além disto, o PMS, que deve ser aprovado pelo CMS, é elemento fundamental ao Relatório Anual de Gestão ( RAG ) e à Programação Anual de Saúde (PAS).

Validade: Quatro anos (do segundo ano do atual governo ao primeiro ano do próximo governo).

Elaboração: No primeiro ano de mandato do Chefe do Executivo.

Prazo: Enviar ao CMS para apreciação antes da PPA.

Legislação: Lei Orgânica do SUS (Lei Federal nº 8.080/1990 Decreto Federal nº 7.058 e outros instrumentos regulatórios como a Portaria nº 2.135/2013 – MS.

- Programação Anual de Saúde (PAS): Descreve as ações e seus respectivos recursos financeiros planejados, descrevendo anualmente tais aspectos e, também, descrevendo os objetivos e metas atrelados a tais ações.

Periodicidade: Anual

Elaboração: Deve ser enviada ao CMS para apreciação antes do encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) visto que a PAS subsidia o planejamento orçamentário do município.

Legislação: Portarias nº 3.332/06 e nº 2.135/13 – MS.

- Relatório Anual de Gestão (RAG): É outro importante instrumento de planejamento do SUS, previsto em diversos dispositivos legais do SUS como LC 141/2012 e a Portaria nº 2.135 de 2013. O RAG refere-se à apresentação de resultados atrelados à PAS, devendo conter as diretrizes, objetivos e indicadores do PMS; as metas previstas e executadas da PAS; a análise da execução orçamentária; e recomendações necessárias, inclusive redirecionamentos necessários à revisão do PMS. Deve ser produzido utilizando-se o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), pois é o que garante a comprovação ao Tribunal de Contas da União do cumprimento das obrigações do gestor municipal.

Periodicidade: Anual

Elaboração / Prazo: Deve ser enviado ao CMS até 30 de março do ano seguinte à sua competência para análise e emissão de parecer.





- Relatório Detalhado Do Quadrimestre Anterior (RDQA): Conteúdo Básico: recursos aplicados no no quadrimestre; auditorias realizadas ou em execução e suas recomendações; oferta e produção de serviços da rede própria e conveniada/contratada cotejada com os indicadores de saúde.

Periodicidade: Quadrimestral.

Prazo: deve ser apresentado pelo gestor da saúde em audiência pública na Câmara de Vereadores e no Conselho Municipal de Saúde, nos meses de maio, setembro e fevereiro referente aos quadrimestres janeiro-abril, maio-agosto, e setembro-dezembro, respectivamente.

Legislação: Lei Complementar 141/2012 e Resolução do CNS nº459 de 10/10/2012.

#### 1.5.1.7.3 Principais Instrumentos do Planejamento Orçamentário de Governo

- Plano Plurianual (PPA): É um instrumento da administração e do planejamento públicos cujo conteúdo é a programação do governo, para quatro anos, de suas diretrizes, objetivos e metas, descrevendo os programas e ações em bens e serviços para a população. O PPA deve ser compatível ao PMS e às leis orçamentárias.

Previsto na Constituição Federal. Elaborado a cada 4 anos , no primeiro ano de mandato do chefe do executivo e enviado ao Conselho Municipal de Saúde antes do envio para a Câmara Municipal.

- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO): É outro instrumento da administração pública, responsável por mediar a PPA e a LOA, definindo diretrizes e Metas Prioritárias (contidos no PPA) relacionando-as à viabilidade orçamentária subsequente ao exercício. Previsto na Constituição Federal. Elaborado Anualmente e enviado ao Conselho Municipal de Saúde antes do envio para a Câmara Municipal.

- Lei Orçamentária Anual (LOA): É o instrumento da gestão pública que descreve as ações a serem realizadas pelo governo, define as receitas e autoriza os gastos para a execução, devendo ser compatível ao PPA e à LOA. Previsto na Constituição Federal. Elaborado anualmente e enviado ao CMS antes do envio para a Câmara Municipal.

#### 1.5.1.7.4 Relatórios obrigatórios:

- Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS): É um instrumento para acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde. O demonstrativo de despesa com saúde do Relatório Resumido de execução Orçamentária



(RREO) é gerado por aplicativo fornecido pelo Ministério da Saúde, que fornece diversos tipos de consultas, relatórios e indicadores. E que após transmissão, disponibiliza os dados, publicamente, via internet no link <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>.

Periodicidade: Bimestral

Prazos de envio dos dados:

1º bimestre – até 30 de março

2º bimestre – até 30 de maio

3º bimestre – até 30 de junho

4º bimestre – até 30 de setembro

5º bimestre – até 30 de novembro

6º bimestre - até 30 de janeiro ( avaliação final do exercício do ano anterior ).

Legislação: PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

- Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), elaborados através do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS). O Relatório de Gestão é o instrumento da gestão do SUS, do âmbito do planejamento, conforme item IV do art. 4º da Lei Nº 8.142/90, referenciado também na Lei Complementar 141/2012 e Portaria 575/2012 do Ministério da Saúde.

Além de constituir-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos, o relatório tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, orientar a elaboração da nova programação anual, bem como eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde, nas três esferas de direção do Sistema.

É a principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde no município, estado, Distrito Federal e União

- Relatório de Gestão Municipal de Saúde (RGMS): Relatório que deverá ser elaborado através do **MGS** (ferramenta eletrônica estadual utilizada para monitorar a gestão em saúde e gerenciar as informações relativas à utilização dos recursos financeiros). O RGMS deverá conter: Importação dos dados orçamentários ao MGS; comprovação da apresentação do RGMS quadrimestral em audiência Pública na Casa Legislativa e no Conselho Municipal de Saúde; extratos bancários e demonstrativos de aplicações da fonte estadual; descritivo detalhado das despesas realizadas por entidades contratadas e/ou conveniadas que tenham recebido recursos da Fonte Estadual.

Periodicidade: Quadrimestral



Prazo: Deve ser entregue na CRS até 60 dias, a contar do último dia do quadrimestre anterior.

Legislação: Portaria 882/2012 do MS.

- SISPACTO: É um instrumento virtual que visa o preenchimento e registro de uma pactuação quanto às prioridades, metas, objetivos e indicadores do pacto pela saúde (conjunto de reformas institucionais do SUS, que redefine as responsabilidades de cada esfera do governo, objetivando inovações na gestão do SUS, com maior eficiência e qualidade nos atendimentos). As metas ou parâmetros nacionais dos indicadores do pacto pela saúde devem servir de referência para a definição das metas municipais, estaduais e do Distrito Federal, observadas as metas ou parâmetros estabelecidos para cada unidade da federação. Os pactos são firmados com os diferentes órgãos de saúde federal, com os estados e com os municípios, as metas pactuadas devem ser avaliadas e re-pactuadas anualmente. Constitui-se a base de negociação de metas a serem alcançadas por cada esfera de governo, com vistas à melhoria do desempenho do serviço e situação de saúde da população, ou seja, com os resultados alcançados no ano anterior faz-se a proposta para o ano em curso.

Com o Sispecto fica garantida a credibilidade e a agilidade na transmissão das informações de saúde, bem como os acordos dos resultados a serem alcançados durante o ano, tudo de forma online e eficaz. Com essas informações na base de dados são emitidos relatórios e indicadores de saúde, por municípios, regiões, estados, de acordo com faixas etárias, tipos de doenças, causas mortes, deficiências e pontos fortes na área de saúde em todos os locais. De posse dos indicadores os gestores de saúde têm então, uma importante ferramenta para planejar ações e estratégias para atender as áreas deficitárias, debelar focos de doenças, etc., ou seja, os gestores têm condições de criarem estruturas para sanar as deficiências e tornar ainda melhor o Sistema de Saúde do Brasil, rumando para a assistência plena e universal a todo cidadão.

Legislação: Resolução CIT nº 05, de 19 de junho de 2013.

#### 1.5.1.7.5 Levantamento e identificação de problemas prioritários e necessidades

- Dificuldade de cumprir com os prazos previstos em lei dos Relatórios de Gestão;
- Reduzido quadro de pessoal técnico capacitado para realizar planejamento.

#### 1.5.1.7.6 Soluções

- Reorganizar o setor e criar um cronograma com informações, prazos e exigências legais mínimas a serem cumpridas;
- Adequação da equipe.



#### 1.5.1.7.7 Captação de Recursos

Na captação de recursos, o setor tem a função de elaborar e acompanhar os projetos encaminhados às diversas esferas de governo, estadual ou federal, e entidades privadas, a fim de captar recursos para viabilizar as ações de saúde do município.

#### 1.5.1.8 Assessoria de Projetos Arquitetônicos

Na assessoria de projetos o setor é responsável pela elaboração de projetos arquitetônicos e complementares, fiscalização de obras, monitoramento de obras e elaboração de relatórios técnicos.

##### 1.5.1.8,1 Projetos Arquitetônicos e Complementares

Concepção arquitetônica de edificações novas e reformas, dos elementos das edificações, das instalações elétricas e hidrossanitárias prediais e dos seus componentes construtivos, mediante execução de projetos arquitetônicos e projetos complementares, levando em consideração as normas técnicas pertinentes além das normas destinadas ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A execução da atividade técnica do projeto de arquitetura compreende as etapas sequenciais de Levantamento de Dados, Programa de Necessidades, Estudo de Viabilidade, Estudo Preliminar, Anteprojeto, Projeto Legal, Projeto Básico e Projeto Executivo.

O Levantamento de dados é a etapa destinada à coleta das informações de referência que representem as condições preexistentes, de interesse para instruir a elaboração do projeto, podendo incluir dados físicos, técnicos, legais e jurídicos, sociais, econômicos e financeiros.

Programa de Necessidades é o documento preliminar do projeto que caracteriza o projeto objeto de estudo, que contém o levantamento das informações necessárias, incluindo a relação dos setores que o compõem, suas ligações, necessidades de área, características gerais e requisitos especiais, posturas municipais, códigos e normas pertinentes.

O Estudo de Viabilidade é a etapa destinada à elaboração de análise e avaliações para seleção e recomendação de alternativas para a concepção da edificação e de seus elementos, instalações e componentes.



Estudo Preliminar é a etapa destinada à concepção e à representação do conjunto de informações técnicas iniciais e aproximadas, necessários à compreensão da configuração da edificação, podendo incluir soluções alternativas.

O Anteprojeto é a etapa destinada à concepção e à representação das informações técnicas provisórias de detalhamento da edificação e de seus elementos, instalações e componentes, necessárias ao inter-relacionamento das atividades técnicas de projeto e suficientes à elaboração de estimativas aproximadas de custos e de prazos dos serviços de obra implicados.

Projeto Legal é a etapa destinada à representação das informações técnicas necessárias à análise e aprovação, pelas autoridades competentes, da concepção da edificação e de seus elementos e instalações, com base nas exigências legais (municipal, estadual, federal), e à obtenção do alvará ou das licenças e demais documentos indispensáveis para as atividades de construção. Nessa etapa os projetos são submetidos à aprovação da Vigilância Sanitária do Município – VIEMSA e caso necessário, devem ser realizadas alterações/correções para adequação às normas pertinentes.

Projeto Básico é a etapa destinada à concepção e à representação das informações técnicas da edificação e de seus elementos, instalações e componentes, ainda não completas ou definitivas, mas consideradas compatíveis com os projetos básicos das atividades técnicas necessárias e suficientes à licitação (contratação) dos serviços de obra correspondentes.

O Projeto Executivo é a etapa destinada à concepção e à representação final das informações técnicas da edificação e de seus elementos, instalações e componentes, completas, definitivas, necessárias e suficientes à licitação (contratação) e à execução dos serviços de obra correspondentes.

#### 1.5.1.8.2 Fiscalização De Obras

Fiscalização de obras mediante acompanhamento contínuo de todas as etapas de execução de obras da Secretaria de Saúde. Realização de medições feitas mediante levantamento “in loco” das quantidades dos serviços realizados. Complementação e compatibilização de projetos arquitetônicos e complementares.

#### 1.5.1.8.3 Monitoramento de Obras

Monitoramento de obras e inclusão de dados no Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde – SISMOB mediante atualização periódica referente a percentuais de



conclusão de obras, inclusão de documentações, além de fotografias de todas as etapas das obras.

#### 1.5.1.8.4 Relatórios Técnicos

Relatórios Técnicos de avaliação da situação de imóveis da SMS, para análise dos aspectos físicos e construtivos, que podem embasar a necessidade ou não de reformas ou ampliações das instalações físicas nos mesmos.

### **1.5.2 Gestão de Recursos Humanos**

#### ***1.5.2.1 Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC***

##### 1.5.2.1.1 Descrição do Setor

O NUMESC Gravataí é composto por representantes do controle social, Instituições de Educação, Instituições de Educação e Saúde, e por servidores estáveis e com formação na área de saúde pública ou coletiva, tendo representantes da Atenção Básica, dos demais serviços e do nível central da SMS

Os Núcleos de Educação em Saúde (NEPS), foram instituídos em todo o Brasil para atender as determinações da Lei Federal 8080/90 e as portarias do Ministério da Saúde que instituem a Educação Permanente em Saúde no âmbito do SUS e determina que os municípios devem participar propor a EPS na sua instância. Assim, foram criados os Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS).

No Rio Grande do Sul o Núcleo surgiu através de um programa da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES), Ministério da Saúde em parceria com a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, tem como objetivo descentralizar o planejamento de ações de educação em saúde para os municípios, envolvendo trabalhadores, movimentos sociais, conselhos de políticas públicas, instituições de ensino e gestores.



Os NUMESCS estão ligados aos Núcleos Regionais de Educação-NURESCS, instância de articulação regional com os municípios, tendo o objetivo de promover uma política descentralizada de Educação Permanente entre os municípios e isto inclui planejamento e também financiamento.

O NUMESC é responsável por implementar estratégias de formação e capacitação dos trabalhadores do SUS, através da educação permanente, além de elaborar o planejamento anual em educação em saúde e o Plano Municipal de Educação Permanente.

Pela Resolução da CIB 590/2013 os municípios que tiverem o NUMESC implantado recebem recursos para aplicar em educação em saúde, que podem ser utilizado para: propor e preparar cursos e ações educativas, intercâmbios cooperações técnicas com instituições de ensino superior e para a manutenção do NUMESC ( RIO GRANDE DO SUL, 2013).

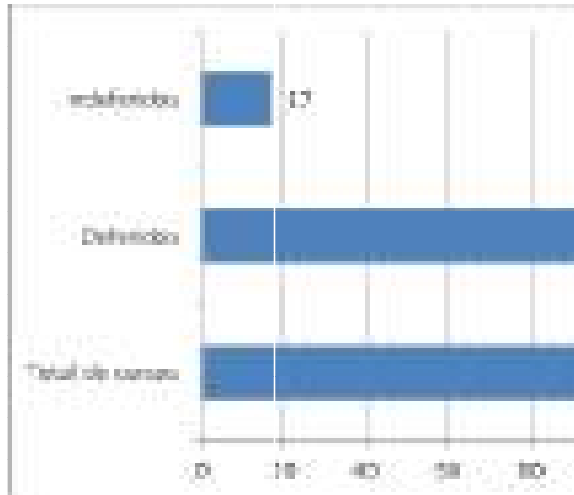
As demandas do NUMESC / Gravataí compreendem os temas relativos à educação em saúde, formação dos trabalhadores e a pesquisa em saúde. A atuação do NUMESC estende-se a todo o universo de ações que venham a se refletir na prestação de serviços do usuários que buscam a rede de serviço do SUS em Gravataí.

O Núcleo tem como diretriz promover cursos e formações de acordo com a necessidade da Rede de Atenção Básica e Serviços Especializados. Tais necessidades são identificadas anualmente através de um levantamento realizado na rede de serviços, com os trabalhadores em saúde e gestores.

Desencadear uma política de formação e de educação em saúde, junto aos serviços de saúde da rede municipal e em conjunto com as instituições de educação em saúde;

1.5.2.1.2 Curso Realizados pelos Trabalhadores por demanda espontânea em 2017

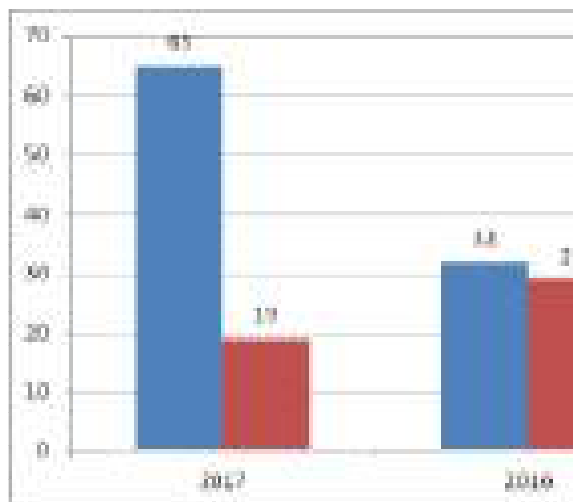
Gráfico 30: Cursos



Fonte: NUMESC/SMS – 2017

1.5.2.1.3 Educação Continuada e Formação em Saúde

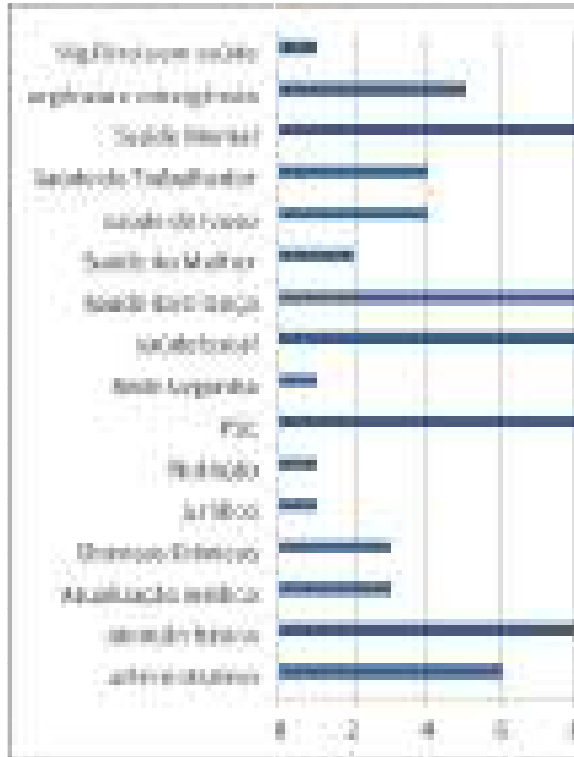
Gráfico 31: Total de Cursos oferecidos:



Fonte: NUMESC/SMS - 2017

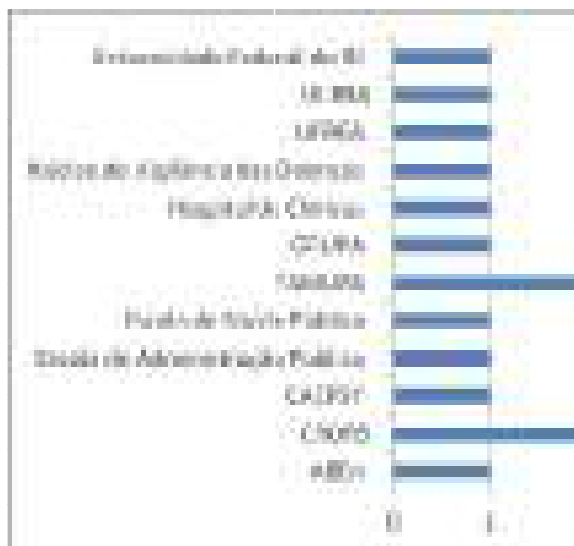


Gráfico 32: Formações ofertadas por área



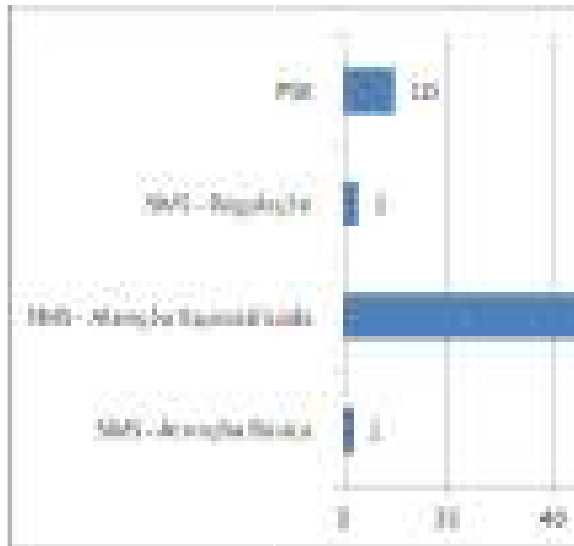
Fonte: NUMESC/SMS – 2017

Gráfico 33: Cursos promovidos por instituição externas



Fonte: NUMESC/SMS – 2017

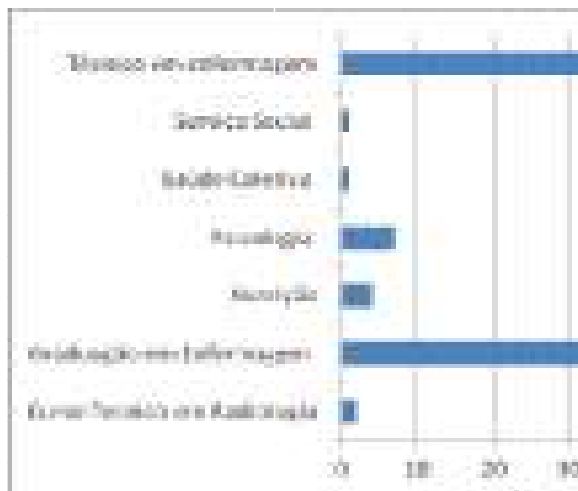
Gráfico 34: Formações promovidas pela SMS



Fonte: NUMESC/SMS - 2017

#### 1.5.2.1.4 Campo para estágios curriculares oferecidos na SMS

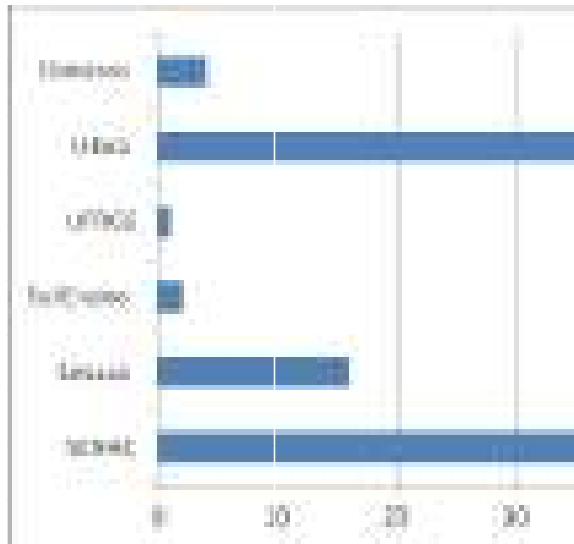
Gráfico 35: Número de estagiários por Cursos:



Fonte: NUMESC/SMS – 2017



Gráfico 36: Número de estagiários por Instituições de ensino:



Fonte: NUMESC/SMS - 2017

#### 1.5.2.1.5 Equipe

A equipe do Núcleo é formada por uma Direção Administrativa: 1 Coordenador, 1 Coordenador Substituto e 1 Secretária.

O Colegiado Gestor é composto por representantes da rede, da gestão e do Conselho Municipal de Saúde, sendo que mais reuniões ocorrem mensalmente.

#### 1.5.2.1.6 Objetivos

Estabelecer ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e a necessidade local, detectada pela avaliação dos profissionais, gestores e também do segmento participação social.

Organizar, planejar e fomentar a EPS, na rede, de acordo com o levantamento de causas sensíveis e problemas recorrentes identificados pelos profissionais da rede e gestão,



de forma que a EPS contribua com a atuação dos profissionais da rede para a melhoria dos serviços prestados aos usuários .

Avaliar e quantificar as necessidades de EPS no âmbito da rede municipal, de modo que os resultados embasem a tomada de decisões para implementar ações.

Metas:

Fomentar a formação em saúde pública em parceria com as instituições educacionais da região, ONGs e movimentos sociais no âmbito regional nas áreas de interesse do SUS;

Articular o desenvolvimento científico e tecnológico em Saúde Coletiva;

Oferecer campo de estudo e pesquisa para estudantes do campo da saúde na rede municipal.

Planejar, programar e avaliar os projetos de educação permanente na SMS.

Articular parcerias e cooperações técnicas entre instituições de áreas afins com a educação em saúde;

Ampliar as ações de formação e de educação em saúde, junto aos serviços da rede municipal, tendo como princípio as necessidades da Atenção Básica em Saúde.

Estabelecer atividades de intercâmbio em saúde coletiva, incentivando a troca de experiências entre as esferas do SUS, instituições de saúde e educação e outras áreas afins.

Incentivar, traçar e implementar o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde;

Observar o item XI da Resolução CMS 10/2017 “Estabelecer capacitação profissional Estabelecer capacitação semestral para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate á Endemias, em relação às doenças endêmicas (Raiva, Leptospirose, leishmaniose, dengue, zika, chagas, chikungunya, entre outras)”.

Ações:

Fragilidades (nós críticos):

Recursos financeiros escassos;

Promoção de atividades de Educação Permanente em Saúde por categoria profissional, dificultando a realização de ações de EPS por equipes de profissionais de saúde.

Dificuldades de ter representantes de todos os segmentos presentes no Colegiado.



Dificuldade em planejar metas e ações conjuntas e compartilhadas por uma parcela dos gestores dos serviços e blocos de gestão financeira.

Dificuldade por parte dos atores, confundindo o setor como apenas promotor de eventos ou de Recursos Humanos, bem como ausência do Núcleo no organograma de forma a representar a sua atuação transdisciplinar.

Ausência do Plano regional de Educação Permanente em Saúde, para que as ações sejam planejadas de acordo com a realidade regional.

#### Iniciativas

Buscar recursos dentro dos blocos de gestão financeira que venham a subsidiar as ações de EPS de acordo com a necessidade apontada pelos profissionais.

Divulgar as ações do Núcleo e a abrangência da EPS, de forma estender para todos os profissionais utilizando nos espaços disponíveis na rede, como reuniões de equipe e outros.

Buscar alternativas conjuntas para ampliar a participação da rede no Colegiado, chamando os profissionais da rede e instituições de educação em saúde municipal.

Elaborar conjuntamente atividades de formação em Saúde Coletiva em que seja promovida a ampla participação das equipes de acordo com priorizando as necessidades apontadas pelos trabalhadores.

#### ***1.5.2.2 Recursos Humanos e Departamento Pessoal***

O Departamento de Recursos Humanos e Departamento Pessoal exercem um papel de elo entre a gestão e os funcionários, sendo os responsáveis pelo auxílio, integração e informações necessárias para que os servidores possam desenvolver suas potencialidades, bem como o controle e monitoramento da vida funcional desses servidores.



#### 1.5.2.2.1 Principais Atribuições do Departamento de Recursos Humanos

- Solicitação de Pessoal: realizar pedidos de chamamento de pessoal, proposição para nomeação de servidores efetivos, contratos emergenciais temporários, intermediados por empresas terceirizadas, estagiários, menores aprendizes, cargos comissionados e outros.

- Análise e autorização (Concessão/renovação) de regimes/gratificações diversos:

Regime de Tempo Integral (para cargos de nível superior)

Regime Especial para Médicos (12, 16, 20, 24 e 40 horas)

Regime Especial para Odontólogos (20, 30 e 40 horas)

Regime de Plantão (Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e Enfermeiros)

Regime especial para cargos da ESF e SAMU

Gratificações: sobreaviso, funções gratificadas (FG), gratificação de direção (GD), PMAQ e outros.

- Autorização e acompanhamento de Licenças/Afastamentos: licença interesse, licença prêmio, licença saúde (IPAG e INSS), licença maternidade, licença acompanhamento familiar, licença pleito/cargo eletivo, férias, faltas, atestados médicos e outros.

- Substituições para casos de afastamentos de longa duração: Controle de substituições de servidores afastados por contratos emergenciais ou via transferência, conforme a necessidade.

- Encaminhar/Acompanhar pedidos de projeto de Lei:

Criação/Alteração de Leis referentes a cargos da área da saúde (nomenclatura, atribuições, carga horária, vencimentos e número de vagas no município).

Solicitar criação/renovação de Leis para contratos Emergenciais.

Leis referentes a gratificações/regimes/ outros específicos da SMS.

- Solicitações ao Jurídico/PGM: Prestar informações quanto a processos diversos de servidores e órgãos de fiscalização. Encaminhamento de ouvidorias, reclamatórias trabalhistas, processos disciplinares administrativos, sindicâncias e escuta de servidores.



- Lotação de Servidores: Controle de cedências, permutas, lotações, relotações, readaptações e controle da banca de remanejamento, controle de Turnos, cargas horárias e controle da efetividade de Médicos Terceirizados.

- Outros: Divulgações, fornecimento de declarações diversas para os servidores, relatórios à gestão, controle de cumprimento e distribuição da carga horária, organização de eventos diversos.

#### 1.5.2.2.2 Principais Atribuições do Departamento Pessoal

- Receber os servidores que estão ingressando na SMS; fazer o cadastro e toda documentação necessária para a efetividade do servidor; Controle de horas extras;
- Rescisões e exonerações (repasso das informações à Secretaria de Administração para cálculos rescisórios);
- Renovações de estágios extracurriculares;
- Encaminhamento de solicitações de férias, saldo de férias, interrupções, recessos e outras;
- Encaminhamento dos boletins de estágio probatório e CATs - Comunicação de Acidente de Trabalho;
- Encaminhamento dos contratos emergenciais;
- Atualização do cadastro de servidores;
- Repasse periódico de cadastros, rescisões e retorno de servidores ao trabalho para o setor de Regulação, para atualização do CNES;
- Emitir declarações sobre a vida funcional do servidor, quando solicitado;
- Gerenciamento do sistema de folha ponto eletrônica e relógios biométricos.
- Controle da efetividade mensal dos servidores (estatutários, celetistas, cedidos, contratados, cargos em comissão e estagiários);
- Análise de processos diversos pertinentes ao departamento, confecção de documentos diversos.



### 1.5.2.2.3 Quantitativo de Recursos Humanos

O Departamento de Recursos Humanos conta atualmente com 3 Agentes Administrativos, já o Departamento Pessoal conta com 3 Agentes Administrativos, 1 Auxiliar Administrativo e 1 Estagiária.

A SMS no total possui 1.404 trabalhadores, sendo 1.162 com vínculo direto e 242 intermediados por empresas terceirizadas e bolsistas do Ministério da Saúde - Programa Mais Médicos para o Brasil e estagiários contratados via convênio com o CIEE.

Gráfico 37: Vínculo empregatício

| Distribuição de servidores por vínculo Empregatício (Agosto/2017) |   |                         |            |            |
|---|---|-------------------------|------------|------------|
| Vínculo   | Detalhamento do Vínculo                   |                         | Quantidade | Percentual |
| PMG - Direto  | Concursados                               | Estatutário             | 761        | 54,05%     |
| PMG - Direto  | Concursados                               | Celetista               | 322        | 22,87%     |
| PMG - Direto  | Contratos Emergenciais                    | Contrato Administrativo | 33         | 2,34%      |
| PMG - Direto  | Cedidos de outros órgãos para Gravataí    | Estatutário             | 24         | 1,70%      |
| PMG - Direto  | Cargo em Comissão                         | Celetista               | 17         | 1,21%      |
| PMG - Direto  | Cedidos de Gravataí para outros órgãos    | Estatutário             | 4          | 0,28%      |
| PMG - Direto  | Permutados                                | Estatutário             | 1          | 0,07%      |
| C.A.B. Serviços Ltda  | Terceirizados - Atendentes Recepcionistas | Celetista               | 84         | 5,97%      |
| CIEE  | Estagiários                               | Bolsista                | 55         | 3,91%      |
| Clínica Médica Serrano Ltda                                       | Terceirizados - Médicos (Exceto UPA)      | Sociedade               | 50         | 3,55%      |
| Lazzari   | Terceirizados -                           | Celetista               | 24         | 1,70%      |





|                     |                                     |          |       |       |
|---------------------|-------------------------------------|----------|-------|-------|
| Educacional Ltda    | Atendentes de farmácia              |          |       |       |
| Ministério da Saúde | Programa Mais Médicos para o Brasil | Bolsista | 29    | 2,06% |
| Total               |                                     |          | 1.404 | 100%  |

Fonte: RH/SMS - Agosto/2017

O maior quantitativo é de servidores estatutários, seguidos por servidores celetistas que ingressaram via Processo Seletivo público, em quase totalidade para os serviços do SAMU e na Saúde da Família. Destacamos também o quantitativo de Médicos de Família e Comunidade proveniente do Programa Mais Médicos para o Brasil, que possibilitou a ampliação do Programa Estratégia Saúde da Família no Município que atualmente atinge aproximadamente 57% de cobertura.

### Servidores da SMS - por vínculo Empregatício

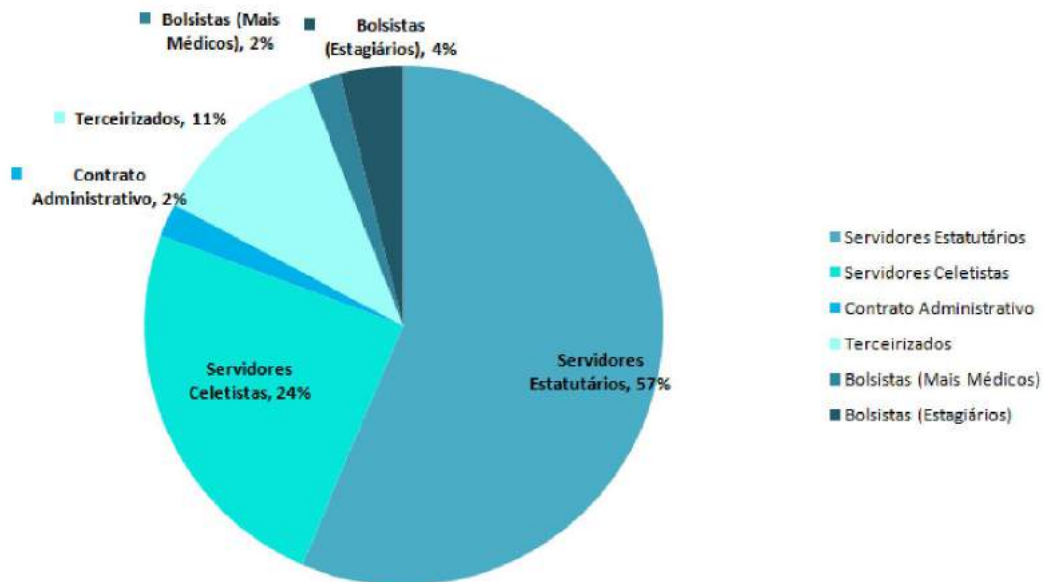


Gráfico 38: Servidores da SMS

Fonte: RH/SMS - Agosto/2017



#### 1.5.2.2.4 Processo de Informatização

A implantação do Sistema ERP Integrado Atende.net, módulo de Processo Digital e Folha de Pagamento, introduzido no Departamento Pessoal e Recursos Humanos da SMS no final de 2015, otimizou as rotinas de trabalho para outro patamar, sendo disponibilizados dados mais confiáveis e possibilidade de relatórios diversos, possibilitando melhoria no controle e planejamento de ações na gestão de pessoas, solucionando o principal nó crítico nos processos dos departamentos.

A consulta a dados diversos de servidores, que anteriormente era realizada através de ligações e memorandos diários para execução de rotinas básicas destes setores, com informações salvas em planilhas eletrônicas, sem registro de alterações, sem armazenamento de histórico dos registros antigos, com buscas por informações obtidas de forma manual, acabava por onerar o tempo de consulta e, por consequência, o tempo de resposta ao requerente não era imediato. Cabe salientar, ainda, que esta falta de dados no RH da SMS não permitia o planejamento ou estratégia para reposição em tempo hábil dos profissionais em afastamento ou mesmo ações de prevenção do sofrimento/adoecimento pelo trabalho.

A implantação do sistema de informação integrado com a Secretaria de Administração, além de agilidade e confiança na integridade dos dados, disponibiliza consulta online de dados, além de relatórios gerenciais diversos que ajudam na tomada de decisões por parte da gestão e presta melhor qualidade das informações requeridas pelos órgão de controle como Ministério Público e Tribunal de Contas do Estado.

#### 1.5.2.2.5 Registro de Ponto Biométrico

Outro avanço foi a implantação em 2015 do ponto digital biométrico instalado em todas as Unidades de Saúde, centros especializados, Pronto Atendimento Municipal e na sede e departamentos administrativos da Secretaria de Saúde, onde todos os servidores vinculados ao Município registram ponto através deste dispositivo, que além de maior transparência e controle, possibilita maior agilidade na confecção da efetividade mensal dos servidores.



#### 1.5.2.2.6 Histórico da realização de Concursos e Processos Seletivos

A alta rotatividade de servidores (devido a demissões, exonerações, licenças e outros motivos), dificultam a apropriação aos processos de trabalho, que além do custo com período de treinamento e adaptação para o desempenho das funções, há ainda o período necessário para efetuar a substituição, que acaba por elevar o número horas-extras e conseqüente gasto para o município.

A folha de pagamento da SMS custa em torno de 4,9 milhões/mês, o que evidencia a necessidade de investimento e gerenciamento em Recursos Humanos, a fim de garantir melhor acolhimento aos servidores e de diagnosticar, encaminhar e resolver suas demandas. Nos atendimentos que vem sendo realizados pelo setor, podemos averiguar muitas dificuldades de relacionamento e na organização do trabalho, as vezes causadas pela carência de profissionais. A substituição de servidores exonerados, demitidos, ou em afastamento temporário devem ser supridos o mais breve possível, para isto, é necessário lista de chamamentos tanto em Concurso Público, Processo Seletivo Público, Leis vigentes que autorizam contratações emergenciais, e também processo de valorização de profissionais do quadro, como a realização de Processos Internos para áreas como a Estratégia Saúde da Família e o SAMU.

Tabela 24: Últimos concursos

| ÚLTIMOS CONCURSOS E PROCESSOS SELETIVOS REALIZADOS |  |
|--|--|
| no   | Tipo do Processo                                       |
| 007  | Processo Seletivo Público para o SAMU                  |
| 008  | Concurso Público para diversos cargos da área da saúde |
| 010  | Concurso Público para diversos cargos da área da saúde |



|     |  |
|-----|--|
| 011 | Concurso Público para diversos cargos da área da saúde   |
|     | Processo Seletivo Público Simplificado para contratação Emergencial:<br>Diversos cargos da área da saúde                   |
| 012 | Processo Seletivo Público Simplificado para contratação emergencial de<br>Auxiliar de Saúde Bucal, Médico e Motorista SAMU |
|     | Processo Seletivo Interno para o SAMU: Enfermeiro e Técnico de<br>Enfermagem   |
|     | Processo Seletivo Interno para o SAMU: Enfermeiro e Técnico de<br>Enfermagem   |
|     | Processo Seletivo Público para Agente Comunitário de Saúde da ESF  |
|     | Processo Seletivo Público - Diversos cargos da ESF   |
| 014 | Processo Seletivo Público para contratação em caráter emergencial e<br>temporário de Agente Comunitário de Saúde - ESF     |
|     | Processo Seletivo Interno para a ESF - Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e<br>Auxiliar de Enfermagem                       |
|     | Processo Seletivo Interno para o SAMU - Enfermeiro e Técnico de<br>Enfermagem  |
| 015 | Concurso Público para diversos cargos da área da saúde e Administrativos   |
|     | Processo Seletivo Público para o SAMU  |
|     | Processo Seletivo Público para a ESF   |
| 016 | Processo Seletivo Interno para a ESF - Cirurgião Dentista e Técnico de<br>Enfermagem                                       |
| 017 | Concurso Público para diversos cargos da área da saúde e Administrativos*  |
|     | Processo Seletivo Público para o SAMU*   |
|     | Processo Seletivo Público para a ESF*  |

\* Previsão de publicação de Edital para Setembro/2017

Fonte: RH/SMS - Agosto/2017



#### 1.5.2.2.7 Principal Problema: Necessidades de Recursos Humanos

Entre os desafios a serem enfrentados, citamos algumas carências em Recursos Humanos em áreas específicas, como a de Médicos Especialistas, e especificamente na atenção básica: Médico Clínico Geral, Pediatra e Médico de Família e Comunidade, sendo que os Concursos e Processos Seletivos realizados não suprem a demanda para preenchimento das vagas.

Os contratos emergenciais, necessários para suprir a demanda na substituição de servidores em afastamento ou licença temporária, acabam também por suprir em parte, a substituição de servidores exonerados ou aposentados, vaga que deveriam ser substituída por outro servidor efetivo, mas a lacuna causada por falta de candidatos aprovados em Concurso Público obriga o Município a realização contratação direta com o profissional ou contratação de empresa terceirizada prestadora de serviços Médicos.

A rotatividade de profissionais é outro ponto relevante, como demonstrado no gráfico abaixo, o último concurso público 01/2015, possibilitou maior número de chamamentos no início de 2016, sendo que a necessidade de haver banco de aprovados em concurso vigente é imprescindível para manter as reposições das vagas.

Gráfico 39: Servidores concursados

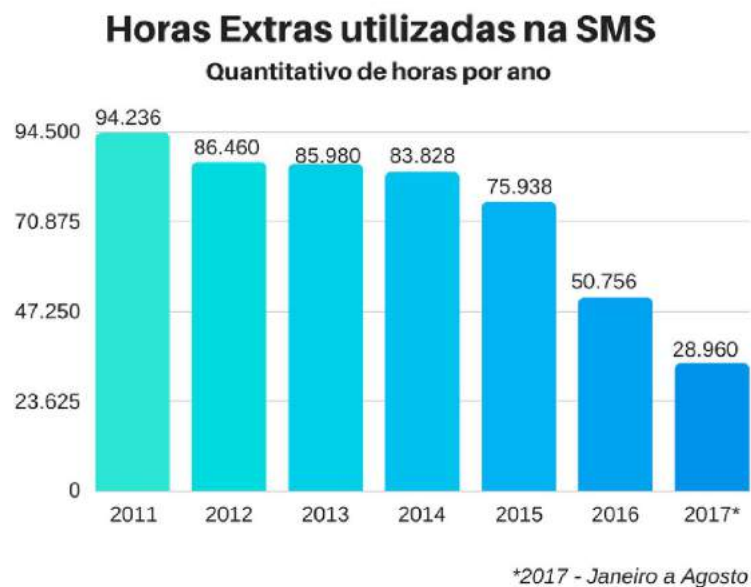




Fonte: RH/SMS - Agosto/2017

Ademais, soma-se a isto a quantidade de horas extraordinárias pagas pelo Município a profissionais que vem substituindo e tentando, dentro do possível, cobrir as lacunas apresentadas. Tal situação representa um gasto excessivo aos cofres públicos municipais, que paga tais horas com adicional de 50 ou 100 por cento, o que deixa de atentar ao princípio da eficiência na Administração Pública, bem como pode representar, na ponta do sistema, falta de recursos para a manutenção dos serviços básicos de que a população necessita. Apesar de vir em constante redução, conforme gráfico a seguir, a grande quantidade de horas extraordinárias apresentada reflete na atenção e na qualidade do serviço prestado.

Gráfico 40: Horas Extras na SMS



Fonte: RH/SMS - Agosto/2017



#### 1.5.2.2.8 Desafios

- Realizar Concursos Públicos e Processos Seletivos Públicos para suprir a necessidade de recursos humanos em todos os cargos que compõem a Secretaria Municipal da Saúde;

- Realizar Processos Seletivos internos para valorização de profissionais do quadro da SMS para as áreas da Estratégia Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e para o SAMU;

- Garantir o encaminhamento de Projeto de Lei para prorrogação ou criação de nova Lei Municipal que autorize a contratação em caráter emergencial e temporária para cargos da área da saúde, nos casos em que o concurso público não tenha suprido as necessidades e para substituição temporária de servidores em afastamento/licença;

Discutir e implantar Plano de Carreira, com isonomia de vencimentos, conforme previsto na Constituição Federal, Estadual e Lei Orgânica da Saúde, para todos servidores lotados na Secretaria Municipal da Saúde, contemplando:

Transformação do atual quadro de funcionários da saúde em plano de carreira;

O plano de carreira deve conter ascensão funcional, critérios objetivos para o preenchimento dos cargos de chefia e para os cargos de comissão de livre nomeação e exoneração, e;

Estender aos servidores celetistas lotados na SMS/Gravataí – RS, os direitos funcionais e salariais do plano de carreira. **(inserido pela Resolução CMS 10/2017)**

Tabela 25: Previsão de Processos Seletivos e Concursos

| Previsão para Realização de Concursos e Processos Seletivos |      |   |      |
|---|------|---|------|
| 2018  | 2019 | 2020  | 2021 |
| Concurso Público para cargos da área da saúde *             |      | Concurso Público para cargos da área da saúde * |      |
| Processo Seletivo Público para o SAMU*                      |      | Processo Seletivo Público para o                |      |



|                                       |  |                                       |   |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
|                                       |  | SAMU*                                 |   |
| Processo Seletivo Público para a ESF* |  | Processo Seletivo Público para a ESF* |   |
|                                       | Processo Seletivo Interno para o SAMU *              |                                       | Processo Seletivo Interno para o SAMU *               |
|                                       | Processo Seletivo Interno para a ESF*                |                                       | Processo Seletivo Interno para a ESF*                 |
|                                       | Processo Seletivo Interno: Cargos para compor o NASF |                                       | Processo Seletivo Interno: Cargos para compor o NASF* |

\* Para cargos em que o número de aprovados em concursos ou Processos Seletivos nos anos anteriores não tenha suprido a demanda

Fonte: RH/SMS

### 1.5.3 Departamento de Regulação e Atenção a Saúde

O Departamento de Regulação e Atenção a Saúde (DRAS) tem como compromisso buscar a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados.

As estratégias e diretrizes para a regulação do acesso à assistência e controle da atenção à saúde (Regulação Assistencial) e controle da oferta de serviços, executando ações de monitoramento, controle e avaliação, vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS, são definidas observando as demandas da Atenção Básica e Atenção Especializada e a disponibilidade financeira e orçamentária do município.

A Regulação da assistência tem como intuito a organização, o controle, o gerenciamento e priorização do acesso dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Nesta





abrangência encontra-se a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

O DRAS é constituído de duas divisões: a Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados (CMCEE) e o Controle e Avaliação.

A CMCEE tem como função agendar consultas médicas e exames especializados, disponibilizados na rede municipal para os munícipes de Gravataí e Glorinha, respeitando a fila de espera de cada especialidade. As solicitações de priorização são avaliadas por médico regulador, a partir de informações clínicas constantes no documento de referência e contra-referência e exames complementares.

As consultas médicas com especialistas são agendadas conforme disponibilidade de profissionais na rede municipal ou então, através do Sistema GERCON (Sistema de Agendamento informatizado, utilizado pela Central de Marcação de Consultas do Estado e de Porto Alegre), para todos os usuários do SUS de Gravataí que necessitam acessar serviços de média e alta complexidade em serviços referenciados, localizados em Porto Alegre ou Região Metropolitana. A efetiva regulação e agendamento das solicitações inclusas no sistema estadual estão sob a competência da Central de Regulação Ambulatorial do Estado.

As consultas especializadas disponíveis na rede pública de Gravataí são ofertadas na Policlínica Municipal (cardiologia, neurologia, proctologia, otorrinolaringologia, nefrologia, ortopedia, dermatologia e urologia), Centro de Diagnóstico (cirurgia geral ambulatorial) e Centro de Especialidades Odontológicas (cirurgia buco-maxilo-facial, estomatologia, periodontia, endodontia, odontopediatria e odontologia para pacientes especiais).

As consultas especializadas, de média complexidade, para avaliação cirúrgica, disponibilizadas no Hospital Dom João Becker - HDJB (cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia vascular, cirurgia ginecológica, traumatologia, cirurgia proctológica, otorrinolaringologia, oftalmologia, cirurgia oftálmica), são agendadas pela Central de Marcação de Consultas. Na sequência, os procedimentos cirúrgicos são agendados diretamente no HDJB.

Alguns exames especializados ofertados por Porto Alegre são agendados pela 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (2ªCRS), através do Sistema SISREG.

O Controle e Avaliação tem como função: processar o faturamento dos sistemas de informações do SUS: SIA, SIH, CIHA, SIPNI; realizar o monitoramento dos tetos financeiros referentes aos prestadores, da produção dos procedimentos de média e alta complexidade;



atualizar o Banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES do município; elaborar indicadores, bem como avaliar o cumprimento das metas quantitativas do contrato com o Hospital Dom João Becker.

São gerenciados pelo DRAS 16 (dezesesseis) contratos com prestadores de serviços, sendo 05 (cinco) de exames de imagem, 05 (cinco) de exames laboratoriais, 01 (um) para realização de vasectomia, 03 (três) para realização de Fisioterapia em clínicas, 01 (um) para realização de Fisioterapia Domiciliar e 01 (um) contrato com hospital. Totalizando, aproximadamente, R\$ 649.267,22 de despesa mensal, excetuando-se a parte do contrato do hospital.

A contratação do Hospital Dom João Becker representa 26,4% do total das despesas da Secretaria Municipal da Saúde, e é o maior contrato de prestação de serviços do Município, num montante mensal de R\$ 3.195.801,17. A contratação estabelece a utilização de, no mínimo 121 (cento e vinte e um) leitos para o SUS, dos 193 (cento e noventa e três) leitos cadastrados, com a disponibilização de procedimentos de um hospital geral com as quatro clínicas básicas (Clínica, Cirurgia, Pediatria e Obstetrícia), além de psiquiatria, de acordo com sua capacidade instalada. O município mantém incentivo financeiro para a manutenção dos plantões médicos aos atendimentos de urgência e emergência. Também estão contratados serviços de traumatologia-ortopedia, oftalmologia, nefrologia, exames complementares, internações hospitalares e domiciliares.

A contratação estabelece a inserção do prestador nas redes de assistência à saúde implantadas no município e o acompanhamento contratual com a participação do controle social.

O custeio de todos os serviços hospitalares é composto por 57% de recursos da União, 4% de recursos do Estado e 39 % de recursos municipais.

### ***1.5.3.1 Levantamento e identificação de problemas prioritários e necessidades***

Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados



- Especialidades com demandas reprimidas: As consultas especializadas disponíveis na rede pública de Gravataí que apresentam as maiores demandas reprimidas são ortopedia, cirurgia vascular, cirurgia geral (hérnia e vesícula), oftalmologia e gastroenterologia adulto.

Em relação às consultas médicas com especialistas agendadas através do Sistema GERCON, as maiores demandas são reumatologia, genética, ortopedia, hematologia e oncologia cabeça pescoço.

Devido às dificuldades financeiras vividas pela Gestão, as consultas especializadas, de média complexidade, para avaliação cirúrgica, disponibilizadas no HDJB (cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia vascular, cirurgia ginecológica, traumato-ortopedia, cirurgia proctológica, otorrino cirurgia, oftalmo cirurgia), sofreram reduções significativas, bem como os procedimentos cirúrgicos oriundos dessas avaliações. Atualmente, o contrato com o Hospital Dom João Becker prevê a marcação de 10 procedimentos cirúrgicos eletivos em traumato-ortopedia e 13 procedimentos cirúrgicos eletivos nas demais especialidades por mês.

A qualidade do preenchimento dos documentos de referência e contrarreferência necessita ser aprimorada nos próximos quatro anos, pois atualmente, a média de devolução dos documentos para complementação/adequação de informações às Unidades de Saúde ainda está muito elevado, em torno de 16%.

- Exames especializados com demandas reprimidas: Quanto aos exames e procedimentos agendados exclusivamente pela 2ª CRS através do sistema SISREG, estão a cintilografia miocárdica, cintilografia óssea, cintilografia renal, cineangiocoronariografia, holter, entre outros. O quantitativo ofertado é insuficiente para atender a toda demanda.

Referente aos exames especializados, audiometria, videolaringoscopia, eletroneistagmografia e polissonografia, foram realizados chamamentos públicos, porém os mesmos não tiveram seus processos concluídos com sucesso, por falta de candidatos para a realização do serviço. Vem sendo avaliada a possibilidade de compra de equipamentos para a realização dos exames na rede própria e também estão em análise outras formas de contratação.



## Controle e avaliação

- Quantitativo de exames laboratoriais e sessões de fisioterapia: Os contratos vigentes na rede municipal para o suporte de exames laboratoriais, no momento, estão atendendo a demanda da população do município. No entanto, estamos atentos para que na realização do novo chamamento público, que deverá acontecer no ano de 2019, contemple um quantitativo físico/financeiro superior, pois diante do aumento das unidades assistenciais na rede municipal e, em presença da crise financeira que assola o país, percebeu-se um aumento elevado da demanda no último período.

Os contratos vigentes para a realização de procedimentos fisioterápicos estão contemplando plenamente a demanda da população gravataiense. Ainda assim, medidas de controle de qualidade técnica vem sendo somadas aos processos de regulação, através da implantação do protocolo de fisioterapia na rede municipal.

Para uma distribuição com equidade e controle eficaz das cotas de exames laboratoriais e sessões de fisioterapia, bem como dos registros efetivos da produção de serviços oriundos das unidades de saúde UBS, ESF e centros especializados nos sistemas de informação, encontram-se em construção metodologias de acompanhamento estatístico e capacitação à rede assistencial.

## Recursos materiais e humanos

No que se refere a recursos materiais, no último período, devido à crise financeira, tivemos algumas dificuldades com insumos. No entanto, tal situação tenderá a ser equacionada ao longo do próximo período.

O quadro de pessoal encontra-se adequado para as funções desenvolvidas no momento, entretanto o desenvolvimento das ações de controle e capacitações planejadas incidirá na necessidade urgente de ampliação do quadro funcional.

No que se refere ao sistema de informação adotado pela rede municipal, o Departamento de Regulação tem encontrado lentidão no apoio e insuficiência na resolutividade das ações de faturamento e controle, bem como para a implantação de agendamento de consultas e reconsultas, na rede própria e contratada.



Devido aos softwares utilizados pelo Departamento de Regulação não estarem hospedados no DATACENTER da Prefeitura, cada computador possui instalado apenas um Sistema de Informação de Saúde, o que acarreta limitações de acesso ao sistema e aos bancos de dados.

#### 1.5.3.2 Soluções

Reivindicar o planejamento prévio sempre que houver a necessidade de substituição de recursos humanos, visto a complexidade das atividades exercidas no DRAS, requerendo treinamento prévio, na finalidade de evitar a perda de informações e a perda de lançamento de novas produções de serviços que ocorrem regularmente na rede assistencial.

Ampliar o quantitativo físico/financeiro em um novo chamamento público para a contratação de empresas que realizam exames laboratoriais, em 2019, visto do aumento das demandas ocorridas nos últimos anos e em virtude da inauguração de unidades de saúde no município e do possível número de usuários do SUS no município;

Analisar novas possibilidades de contratação de exames de suporte ao diagnóstico e tratamento, em consonância com as demandas da população e solicitações do Departamento de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica;

Qualificar o preenchimento dos documentos de referência e contrarreferência, através de orientações aos profissionais que realizam os encaminhamentos;

Conscientizar os profissionais da rede acerca da necessidade de apresentar documentos de referência e contrarreferência, em conformidade com os protocolos do TelessaúdeRS, quando for o caso;

Buscar a ampliação da oferta de atendimentos eletivos, considerando os recursos disponíveis no teto MAC e FAEC, solicitando também a participação da Secretaria Estadual da Saúde, quando possível;

Manter contrato com os prestadores de serviços que realizam os exames de apoio ao diagnóstico e tratamento, buscando a ampliação da oferta, conforme houver a liberação de recursos financeiros;



Dialogar com a equipe da atenção básica e especializada, buscando que os exames de apoio ao diagnóstico e tratamento, com capacidade resolutiva nos serviços próprios, estejam em equilíbrio na oferta, através da CMCEE;

Manter controle dos serviços de saúde próprios, bem como os demais da rede contratada e do HDJB, contemplando as especialidades de oftalmologia, cirurgia geral, ginecologia, cirurgia vascular, cirurgia torácica, proctologia, otorrinolaringologia, traumatologia-ortopedia, entre outras;

Buscar o uso efetivo do processo de contrarreferenciamento, a partir da utilização do sistema IPM para o agendamento de atendimentos em saúde no município;

Buscar alternativas financeiras para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade (Mutirões/Campanhas), respeitando a ordem das demandas reprimidas de CMCEE;

Manter permanentes discussões sobre melhorias no contrato de prestação de serviços com o HDJB, contando com as contribuições da Atenção Básica e Especializada;

Buscar a qualificação permanente do preenchimento dos documentos de referência e contrarreferência e formulários de solicitação das fisioterapias junto aos profissionais que realizam os encaminhamentos, em prol de obter maior celeridade à resolução das problemáticas em saúde dos usuários do SUS;

Reivindicar maior acesso dos usuários SUS/Gravataí aos procedimentos ofertados na região metropolitana, através de discussões com a Secretaria Estadual de Saúde e municípios da 10ª Região de Saúde.

Aprimorar o sistema de informática utilizado no município, de modo que seja capaz de padronizar informações, planilhas do controle e avaliação e gerar relatórios para uma melhor gestão;

Analisar ações realizadas em outros municípios a fim de qualificar sistemas de controle e avaliação;

Aprimorar a metodologia de divisão de cotas, através de estatísticas específicas que possibilitem a visualização em detalhes dos procedimentos por unidade de atendimento, profissionais ou dados de pacientes;



Disponibilizar capacitações permanentes, em parceria com o NUMESC, para que os responsáveis pelos registros nas unidades de saúde próprias do município, mantenham conformidade na inserção de dados nos sistemas de informação;

Buscar alternativas para a pesquisa de satisfação do HDJB, analisando a possibilidade de que parte do gerenciamento das informações esteja sob o controle da Ouvidoria Municipal/SMS;

Solicitar a análise de viabilidade, junto ao Escritório Público de Tecnologia da Informação (EPTI) para que todos os softwares utilizados pelo Departamento de Regulação sejam hospedados no DATACENTER da Prefeitura, com o intuito que todos os computadores do departamento possam acessar simultaneamente os mesmos programas e o mesmo banco de dados.

#### **1.5.4 Auditoria**

“Conceitualmente, a auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos de aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal”<sup>1</sup>.

Através da aplicação da auditoria pode-se racionalizar recursos com base na qualificação dos processos, das relações de trabalho da equipe assistencial e da relação com os prestadores, com a finalidade de assegurar redes assistenciais resolutivas.

A auditoria também tem como objetivo realizar uma avaliação contínua do sistema, induzindo uma atitude de melhoramento contínuo e de aperfeiçoamento dos processos, reduzindo o risco de fraudes e de má alocação de recursos, propondo novas práticas de gestão, sugerindo mudanças e auxiliando o gestor nas tomadas de decisão, com base nas conclusões obtidas durante as auditorias.

A Auditoria realiza análise dos Serviços de Saúde ligados ao SUS no município, visando verificar estruturas, processos, resultados e a aplicação de recursos financeiros de forma planejada, independente e documentada, para determinar se a execução das ações e serviços de saúde encontra-se adequada à legislação vigente.

A Auditoria atua na avaliação das ações e serviços de saúde do SUS, contratados ou próprios do município, com a finalidade de verificar a sua conformidade.

Responsabilidades: realizar as auditorias solicitadas pelo gestor municipal ou pelos órgãos de controle externo (auditorias especiais).



**Organização:** o Componente Municipal de Auditoria do SUS, integrante do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), é composto por médicos e enfermeiros auditores concursados. Dentro do organograma da Secretaria Municipal de Saúde a Auditoria está vinculada ao Gabinete do Secretário de Saúde.

**Fluxos:** As auditorias são realizadas conforme demanda do Secretário Municipal de Saúde ou de órgãos de controle externo, como por exemplo, o Ministério Público Estadual. Após o recebimento da demanda, a equipe de auditoria analisa e realiza um planejamento de trabalho. Finalizado o planejamento, é realizado o comunicado de auditoria e são realizadas as fases analítica e operativa, podendo ser feita visita *in loco*. Por fim é elaborado o relatório de auditoria, o qual é enviado ao auditado com prazo específico para a apresentação de defesa, por escrito.

**Informações de produção de auditorias realizadas:** entre os anos de 2014 e 2016 foram realizadas 752 auditorias.

**Desempenho:** todas as auditorias solicitadas/planejadas foram realizadas.

### **1.5.5 Ouvidoria**

As ouvidorias têm por finalidade receber as demandas dos usuários do sistema único de saúde, essas demandas são classificadas em reclamação, denúncia elogio e sugestão.

As demandas chegam por meio presencial, por telefone e por correio eletrônico e são encaminhadas aos departamentos responsáveis pela parte reclamada.

A ouvidoria, hoje é composta por dois servidores que atendem aos usuários das 12h30 às 18h.

Uns dois principais problemas enfrentados pela ouvidoria é o cumprimento dos prazos para a resposta das reclamações, que muitas vezes se faz necessário reiterar o pedido da resposta com brevidade.





## **1.6 Controle Social (Inserido pelo Resolução 10/2017)**

A Constituição Federal de 1998 e a Lei 8080 de 1990 estabeleceram os Princípios do Sistema Único de Saúde: Universalidade, Descentralização, Equidade, Integralidade e Participação da População. A participação da população foi denominada Controle Social e suas competências, em relação à saúde, estão estabelecidos na Lei 8142 de 1990. Segundo Humberto Jaques de Medeiros, procurador da República no RS, o Controle Social é: *“A capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da comunidade.”*

O Sistema Único de Saúde será melhor na mesma proporção em que houver um Controle Social efetivo, com autonomia, com discussões e deliberações da comunidade observadas e atendidas plenamente pelos gestores, com acesso irrestrito a espaços e documentos, possibilitando a fiscalização dos serviços prestados à comunidade. Segundo a legislação vigente, são espaços de Controle Social, no Sistema Único de Saúde (SUS), as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo.

Os Conselhos de Saúde existentes entendem que a forma do sistema de financiamento imposto pelos gestores causa uma situação de perda de autonomia e de independência. A atuação dos Conselhos é limitada ao alcance permitido pelo volume de recursos e serviços disponibilizados pelo gestor. É improvável que o Controle Social seja exercido como preconiza a legislação e, muito menos, como aspira à sociedade sem a estrutura mínima necessária.

O respeito à autonomia abre espaço para o aperfeiçoamento do Controle Social. A Lei 8142/90 estabelece que o Conselho de Saúde tenha caráter permanente e deliberativo, portanto, toda a política de saúde deve ser discutida e aprovada por ele. Então deve estar estruturado para que dê conta das funções e atribuições legais. A estrutura do Controle Social deve contar com pessoal qualificado, apoio material e técnico, informação e conhecimento. De forma que incentive e favoreça a participação popular organizada, fortaleça e estimule sua integração aos órgãos de Controle Social.

O Conselho Municipal de Saúde deve ter sede própria com localização de fácil acesso e visibilidade à população. O Controle Social vai ao sentido de descentralizar o poder decisório sobre as ações de Estado. O Conselho de Saúde deve estar presente em todos os



espaços, e não somente em locais onde haja atendimentos de saúde, ele também tem de estar junto à população informando, ensinando, aprendendo e, principalmente, fomentando a consciência de cada um para o valor e a importância do exercício pleno da cidadania. Para que isto ocorra é indispensável descentralizar as ações Conselho, entender de que elas não se restringem apenas aos serviços de saúde e, também, reconhecer que o controle social é um instrumento da população que utiliza o Sistema. Não há política de saúde sem as pessoas que dela necessitem, por consequência, o Conselho de Saúde é vital para a obtenção do objetivo de transformar a sociedade.

O Gestor deve reconhecer a participação popular como fundamental na deliberação das ações, isso pressupõe homologar as resoluções do CMS e viabilizar sua execução, viabilizar o processo de capacitação e apoio às atividades dos conselheiros e dos delegados de Conferências, e possibilitar um maior engajamento da comunidade no Controle Social. A estrutura do Conselho Municipal de Saúde de Gravataí deverá ser ampliada e qualificada conforme as necessidades e demandas existentes, devido a ampliação da rede de prestação de serviços e consequente ampliação dos mecanismos de Controle Social.

Os recursos financeiros deverão ser alocados em conta específica para uso do Conselho em valor considerado suficiente pelo Plenário do CMS, em reunião plenária, podendo ser suplementado quando o Conselho deliberar necessário conforme demanda e mediante justificativa. O Conselho deverá apresentar sua prestação de contas detalhada em reunião convocada para este fim e dar publicidade. Para aperfeiçoar o Controle Social sobre a vinculação dos serviços privados de saúde ao SUS em Gravataí, serão criadas, junto aos Serviços, estruturas específicas com a função de Câmaras Técnicas de Acompanhamento da Gestão dos contratos e convênios dos serviços com o SUS e Conselhos Gestores nos serviços públicos no município.

As CÂMARAS TÉCNICAS são órgãos colegiados permanentes de caráter propositivo e fiscalizador no serviço privado contratado ou conveniado ao SUS e estão ligadas ao CMS. Os CONSELHOS GESTORES são Órgãos colegiados permanentes de caráter propositivo e fiscalizador, no serviço público de saúde, ligado ao CMS. Para ter claro nosso papel ante a responsabilidade imposta por lei e como cidadãos, usamos aqui mais uma ponderação do Procurador da República no RS, Sr. Humberto Jaques de Medeiros:



“A validade do direito à saúde depende de políticas públicas eficientes, orçamento público adequado e, sobretudo, participação social democrática. A maior responsabilidade hoje, do governo e de toda a sociedade, é manter esse direito, estendê-lo cada vez mais e incluir as clientela diminuídas e excluídas. A manutenção significa a difusão e a conscientização da totalidade dos brasileiros, de que saúde é um direito. E, para que se torne irreversível, devemos clamar e provocar o legislador para que faça desse um direito intocável. O que faz um direito jurídico um direito prático é a existência da democracia e do controle social”.

O SUS necessita da contribuição de todos os atores para atingir o nível desejado de eficácia, e falamos atores porque não há mais lugar para “PACIENTES” (os resignados a sofrer), tampouco profissionais ou gestores que vejam estes, apenas, como parte das estatísticas de saúde. Este sistema parte do pressuposto de que todos interagem e que a ação de cada um influencia no outro.

Por fim, o Conselho Municipal de Saúde ressalta a importância do cumprimento do dispositivo constitucional da exigência mínima, de gastos próprios com Ações e Serviços Públicos de Saúde, de 15% da Receita Líquida de Impostos e de Transferências Constitucionais; e a necessidade de um Hospital Regional no município. E determina a realização de ações para combater a terceirização, a privatização e a precarização das relações de trabalho no SUS.

## 2 COMPROMISSO DA GESTÃO

| 2.1 ATENÇÃO BÁSICA   |   |         |        |        |        |   |  |   |              |              |      |
|--|---|---------|--------|--------|--------|---|--|---|--------------|--------------|------|
| Diretriz: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada. |   |         |        |        |        |   |  |   |              |              |      |
| Objetivos  | Metas   | Período |        |        |        | Indicador   | Setor responsável  | Previsão Orçamentária   |              |              |      |
|  |   | 2018    | 2019   | 2020   | 2021   |   |  | 2018  | 2019         | 2020         | 2021 |
| Qualificar e manter a rede básica tradicional e Estratégia de Saúde da Família com recursos humanos, materiais, equipamentos e ambiência.  | Implantar E-SUS na modalidade Prontuário Eletrônico do Cidadão em todas Unidades de Saúde da Família. | 100%    | Manter | Manter | Manter | Número de USF com PEC instalada X100<br>Número total de USF Habilitadas | Departamento de Atenção Básica<br>Departamento Administrativo EPTI | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |              |              |      |
|  | Captar recursos para construção da USF Itatiaia e USF Morada Gaúcha, USF Parque Olinda e UBS São      |         | 2      | 2      |        | Número total de unidades construídas                                    | Departamento de Atenção Básica<br>Departamento de Planejamento     | 1.450.000,00  | 2.900.000,00 | 1.450.000,00 | 0,00 |

|  |   |   |   |   |   |                                     |  |                                     |                               |  |  |  |
|--|---|---|---|---|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|--|
|  | Geraldo   |   |   |   |   |                                     |  | AÇÃO: 1250,<br>1251, 1252,<br>1253. |                               |  |  |  |
|  | Reformar 08<br>Unidades de Saúde<br>da Família (USF<br>São Marcos, USF<br>Aristides D'Ávila,<br>USF Santa Cecília,<br>USF Érico<br>Veríssimo, USF<br>Nova Conquista,<br>USF Neópolis,<br>USF Itacolomi, | 2 | 2 | 2 | 2 | Número de<br>unidades<br>reformadas | Departamento<br>de Atenção<br>Básica,<br>Departamento<br>de<br>Planejamento,<br>Departamento<br>Administrativo |                                     | Recurso previsto na ação PMAQ |  |  |  |

|  |  |   |  |  |  |   |  |      |      |            |      |
|--|--|---|--|--|--|---|--|------|------|------------|------|
|  | USF Granville)<br>verbas do PMAQ a<br>fim de oferecer<br>condições de<br>ambiência para as<br>equipes e<br>comunidades.      |   |  |  |  |   |  |      |      |            |      |
|  | Captar recursos<br>para ampliação e<br>reforma da UBS<br>Bonsucesso, a fim<br>de implantar saúde<br>da Família na<br>região. | 1 |  |  |  | Reforma e<br>ampliação de 1<br>Unidade<br>realizada | Departamento<br>de Atenção<br>Básica<br>Departamento<br>de Planejamento<br><br>AÇÃO 1254 | 0,00 | 0,00 | 510.000,00 | 0,00 |

|  |   |        |        |        |        |   |   |   |               |               |               |
|--|---|--------|--------|--------|--------|---|---|---|---------------|---------------|---------------|
|  |   |        |        |        |        |   |   |   |               |               |               |
|  | Captar recursos para ampliação e reforma da UBS COHAB B possibilitando a ampliação dos atendimentos a população |        | 1      |        |        | Reforma e ampliação de 1 Unidade realizada                    | Departamento de Atenção Básica<br>Departamento de Planejamento<br>AÇÃO 1255 | 0,00  | 0,00          | 0,00          | 510.000,00    |
| Manter e qualificar o acesso da Atenção Básica no município. | Promover a contratação de RH a fim de manter as Equipes de Saúde da Família completas e habilitadas             | 100%   |        |        |        | Nº integrantes atual X100<br>Nº total de integrantes adequado | Departamento de Atenção Básica<br>Departamento de RH                        | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |               |               |               |
|  | Ampliar gradativamente a  | 61,75% | 68,05% | 73,09% | 74,35% | Número de ESF habilitadas                                     | Departamento de Atenção   | 38.573.800,00   | 40.815.000,00 | 43.242.000,00 | 45.654.000,00 |

|  |  |      |      |      |      |                               |   |   |  |  |  |
|--|--|------|------|------|------|-------------------------------|---|---|--|--|--|
|  | cobertura de Saúde da Família até chegar a 74,35% e manutenção da atenção básica |      |      |      |      | X3000 X100<br>Total população | Básica<br>Departamento de RH<br>Departamento de Planejamento<br>AÇÃO: 1203, 1257, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1295, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 2306, 2309, 2317, 2319, 2342. |   |  |  |  |
|  | Manter a adesão ao Programa Mais   | 100% | 100% | 100% | 100% | Número de ESF com médico_     | Departamento de Atenção   | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a |  |  |  |



|  |  |      |                  |      |                  |  |  |   |              |              |              |
|--|--|------|------------------|------|------------------|--|--|---|--------------|--------------|--------------|
|  | Médicos a fim de manter equipes de Saúde da Família mínimas completas.                             |      |                  |      |                  | X100<br>Número total de ESF              | Básica,<br>Departamento de Regulação   | atividades administrativas.   |              |              |              |
|  | Habilitar no mínimo duas equipes de NASF a fim de apoiar as Unidades de Saúde da família até 2017. |      | 1<br>equi-<br>pe |      | 1<br>equi-<br>pe | Número absoluto de NASF implantados      | Departamento de Atenção Básica,<br>Departamento de Ações em Saúde,<br>Departamento | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |              |              |              |
|  | Aderir e executar anualmente as ações do Programa  | 100% | 100%             | 100% | 100%             | Número de ESF participantes do PMAQ_____ | Departamento de Atenção Básica   | 2.725.000,00  | 2.942.000,00 | 3.176.000,00 | 3.434.000,00 |

|  |  |      |      |      |      |   |  |           |           |           |           |
|--|--|------|------|------|------|---|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
|  | de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) enquanto perdurar o programa, em 100% das equipes de saúde da família. |      |      |      |      | X100<br>Número total De ESF habilitadas   | AÇÃO 2307  |           |           |           |           |
|  | Aderir anualmente e manter as ações do Programa de Saúde na Escola (PSE) em todas as Unidades de Saúde da família                    | 100% | 100% | 100% | 100% | Número de Unidades <u>participantes</u> <u>PSE</u> X 100<br>Número total de USF | Departamento de Atenção Básica,<br>Departamento de Ações em Saúde<br><br>AÇÃO 2308 | 32.000,00 | 35.000,00 | 38.000,00 | 41.000,00 |

## 2.2 REDE CEGONHA

**Diretriz 1:** Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

| Objetivos  | Metas   | Período |      |      |      | Indicador  | Setor responsável | Previsão Orçamentária  |      |      |      |
|--|---|---------|------|------|------|--|-------------------|--|------|------|------|
|  |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |  |                   | 2018   | 2019 | 2020 | 2021 |
| Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero. | Ampliar a cada ano 0,01 a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 03 anos. | 0,45    | 0,46 | 0,47 | 0,48 | RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA<br><br>N° de exames CP em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos em Gravataí e ano .<br><br>..... | Rede Cegonha      | Previsões orçamentárias nas diretrizes dos serviços regulados. |      |      |      |

|   |      |      |      |      |  |  |              |  |
|---|------|------|------|------|--|--|--------------|--|
|   |      |      |      |      |  | População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, em Gravataí e ano/3.   |              |  |
| Aumentar a cada ano 0,02 a razão o de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade | 0,60 | 0,62 | 0,64 | 0,66 |  | <p>RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA</p> <p>Nº de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos em Gravataí e ano</p> | Rede Cegonha | Previsões orçamentárias nas diretrizes dos serviços regulados. |

|  |  |  |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  |  |  |  | .....<br>População feminina na<br>mesma faixa etária em<br>Gravataí e ano/2 |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|

**Diretriz 2:** Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclo de vida(criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção as regiões de saúde. Reduzir e prevenir riscos e agravos na saúde da população na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis (Pactuação Interfederativa 2017 -21 Ministério da Saúde).

| Objetivos   | Metas  | Período |      |      |      | Indicador  | Setor responsável | Previsão Orçamentária   |      |      |      |
|---|--|---------|------|------|------|--|-------------------|---|------|------|------|
|   |  | 2018    | 2018 | 2018 | 2018 |  |                   | 2018  | 2019 | 2020 | 2021 |
| Detectar óbitos maternos e identificar seus fatores determinantes | Manter a proporção de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil | 95%     | 95%  | 95%  | 95%  | PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS.<br><br>Total de óbitos de MIF investigados | Rede Cegonha      | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |      |

|  |  |      |      |      |      |   |              |   |
|--|--|------|------|------|------|---|--------------|---|
|  |  |      |      |      |      | ..... X<br>100<br>Total de óbitos de MIF  |              |   |
| Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto | Reduzir o número de óbito materno  | 1    | 1    | 1    | 1    | NÚMERO DE OBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA  | Rede Cegonha | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |
|  | Aumentar a cada ano 1% do percentual de parto normal no Sus e na saúde suplementar | 55 % | 56 % | 57 % | 58 % | PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR<br><br>Nº de NV por PN ocorridos, de mães residentes em Gravataí e ano<br><br>..... X 100<br>Nº de NV de todos os partos, de mães | Rede Cegonha | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |

|  |   |      |      |      | residentes em Gravataí e ano   |   |   |   |      |      |  |
|--|---|------|------|------|--|---|---|---|------|------|--|
| Metas  | Período   |      |      |      | Indicador  | Setor responsável   | Previsão Orçamentária   |   |      |      |  |
|  | 2018  | 2018 | 2018 | 2018 |  |   | 2018  | 2019  | 2020 | 2021 |  |
| Diminuir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade   | 31  | 31   | 30   | 30   | NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE | Rede Cegonha  | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |   |      |      |  |
| Monitorar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência ao parto, as boas práticas durante o parto e a qualidade de atenção | Reduzir a cada ano 0,1 a taxa de mortalidade infantil | 8,5  | 8,4  | 8,3  | 8,2  | TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL. ( Mun. Com pop.> 100.000 habitantes ).<br><br>Nº de óbitos em menores de 1 ano de | Rede Cegonha  | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |  |

|  |  |     |     |      |      |   |              |   |
|--|--|-----|-----|------|------|---|--------------|---|
| hospitalar ofertada a crianças menores de 1 ano  |  |     |     |      |      | idade de residentes de Gravataí e ano<br>.....X<br>1.000<br>Nº de NV residentes de Gravataí e ano   |              |   |
| Nortear ações de saúde nas unidades básicas, escolas(PSE) e maternidades do município para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva da adolescente | Diminuir em 2 anos 0,5%a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos | 10% | 10% | 9,5% | 9,5% | Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos<br>Nº DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES ADOLESCENTES DE 10 A 19 ANOS RESIDENTES EM DETERMINADO LOCAL E PERÍODO<br>.....X<br>100<br>Nº DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES | Rede Cegonha | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |



|  |  |  |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  |  |  |  | RESIDENTES NO<br>MESMO LOCAL E<br>PERÍODO |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|

### 2.2.1 BEBÊ SAÚDE - PIM

**Diretriz:** Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

| Objetivos   | Metas   | Período |      |      |      | Indicador   | Setor responsável           | Previsão Orçamentária |            |            |            |
|---|---|---------|------|------|------|---|-----------------------------|-----------------------|------------|------------|------------|
|   |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |   |                             | 2018                  | 2019       | 2020       | 2021       |
| Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica | Proporção de crianças de 0-3 anos de idade cadastradas no banco de dados – SISPIIM        | 1,6%    | 1,7% | 2,1% | 2,3% | Nº de crianças entre 0 e 3 anos de idade cadastradas no banco de dados do programa /Total de crianças entre 0 e 3 anos de idade no Município x100 | Bebê Saúde<br><br>AÇÃO 2315 | 122.000,00            | 122.000,00 | 122.000,00 | 123.000,00 |
|   | Proporção de gestantes acompanhadas pelo programa bebê saúde/ primeira infância melhor de | 2,2%    | 2,4% | 2,6% | 2,8% | Nº de gestantes atendidas / nº de gestantes rede básica por ano X 100   | Bebê Saúde<br><br>AÇÃO 2315 |                       |            |            |            |

|  |     |     |     |     |  |                         |  |  |  |  |  |
|--|-----|-----|-----|-----|--|-------------------------|--|--|--|--|--|
| acordo com os critérios de inclusão  |     |     |     |     |  |                         |  |  |  |  |  |
| Proporção de gestantes acompanhadas pelo Programa Bebê Saúde/PIM notificadas com sífilis na gestação | 53% | 59% | 64% | 71% | Nº de gestantes com notificação de sífilis atendidas ano / total de gestantes notificadas com sífilis.<br>X100 | Bebê Saúde<br>AÇÃO 2315 |  |  |  |  |  |
| Proporção de crianças acompanhadas pelo Programa Bebê Saúde/PIM notificadas com sífilis na gestação  | 72% | 79% | 87% | 96% | Nº de Crianças com notificação de sífilis atendidas ano /total de Crianças notificadas com sífilis<br>X 100    | Bebê Saúde<br>AÇÃO 2315 |  |  |  |  |  |

### 2.3 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – RUE

**Diretriz:** Aprimoramento da Rede de Atenção as Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de

| Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de prontos socorros e centrais de regulação, articulada as outras redes de atenção. |   |         |      |      |      |  |   |                       |               |               |               |
|---|---|---------|------|------|------|--|---|-----------------------|---------------|---------------|---------------|
| Objetivos   | Metas   | Período |      |      |      | Indicador  | Setor responsável                             | Previsão Orçamentária |               |               |               |
|   |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |  |   | 2018                  | 2019          | 2020          | 2021          |
| Implementação da Rede de Atenção às Urgências.  | Reduzir os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM). | 11%     | 10%  | 9,5% | 9,0% | Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) | Rede de Urgência e Emergência                 | 34.170.000,00         | 34.778.000,00 | 36.590.000,00 | 38.771.000,00 |
|   |   |         |      |      |      |  | AÇÃO 1256, 1269, 1316, 1317, 2324, 2326, 2327 |                       |               |               |               |

## 2.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Diretriz:** Aprimoramento e implantação das Redes de Atenção à Saúde.

| Objetivos  | Metas  | Período |      |      |      | Indicador                                 | Setor responsável               | Previsão Orçamentária |              |              |              |
|--|--|---------|------|------|------|---|---------------------------------|-----------------------|--------------|--------------|--------------|
|  |  | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |   |                                 | 2018                  | 2019         | 2020         | 2021         |
| Fortalecer a Rede RAPS, ampliando o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais | Manter atuante com reuniões mensais Grupo Condutor em Saúde Mental com representação intersetorial | 10      | 10   | 10   | 10   | 10 reuniões ao ano                        | Saúde Mental<br>AÇÃO 2345, 2347 | 1.201.000,00          | 1.267.000,00 | 1.335.000,00 | 1.409.000,00 |
|  | Qualificar e diversificar as atividades de apoio matricial   | 72      | 72   | 72   | 72   | 2 ações de matriciamento por mês por CAPS | Saúde Mental<br>AÇÃO 2345, 2347 |                       |              |              |              |
|  |  | 8       | 8    | 8    | 8    | 4 capacitações por semestre               | Saúde Mental<br>AÇÃO 2345, 2347 |                       |              |              |              |

|  |    |    |    |    |   |                                 |  |  |  |  |
|--|----|----|----|----|---|---------------------------------|--|--|--|--|
| Estimular a realização de oficinas terapêuticas na Atenção Básica                          | 48 | 48 | 48 | 48 | 4 oficinas por mês na Atenção Básica                          | Saúde Mental<br>AÇÃO 2345, 2347 |  |  |  |  |
| Qualificar e ampliar o atendimento nos CAPS  | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 grupos de Controle de Tabagismo por ano                    | Saúde Mental<br>AÇÃO 2345, 2347 |  |  |  |  |
| Fortalecer o vínculo com o hospital geral, facilitando o acesso aos leitos de saúde mental | 10 | 10 | 10 | 10 | Participação HDJB em 10 reuniões RAPS no ano                  | Saúde Mental<br>AÇÃO 2345, 2347 |  |  |  |  |
| Ampliar e qualificar o atendimento das emergências psiquiátricas nos diferentes            | 10 | 10 | 10 | 10 | Participação da Coordenação da RUE em 10 reuniões RAPS no ano | Saúde Mental<br>AÇÃO 2345, 2347 |  |  |  |  |

|  |  |      |      |      |      |  |                                 |  |  |  |  |
|--|--|------|------|------|------|--|---------------------------------|--|--|--|--|
|  | dispositivos da rede de saúde  |      |      |      |      |  |                                 |  |  |  |  |
|  | Monitorar e adequar o funcionamento dos Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT)    | 12   | 12   | 12   | 12   | Visitas mensais aos SRT                              | Saúde Mental<br>AÇÃO 2345, 2347 |  |  |  |  |
|  | Supervisionar e adequar o funcionamento dos serviços das Comunidades Terapêuticas (CT) | 2    | 2    | 2    | 2    | Reuniões semestrais com os Coordenadores de CT       | Saúde Mental<br>AÇÃO 2345, 2347 |  |  |  |  |
|  |  | 2    | 2    | 2    | 2    | Visitas semestrais às CT                             |                                 |  |  |  |  |
| Reforçar o registro BPA e RAAS para todas as atividades e serviços relativos | Registrar todas as atividades / procedimentos realizados pelos CAPS no BPA e na        | 100% | 100% | 100% | 100% | Atividades Registradas / Atividades Realizadas x 100 | Saúde Mental<br>AÇÃO 2345, 2347 |  |  |  |  |
|  |  | 70%  | 80%  | 90%  | 100% | Atividades Registradas / Atividades Realizadas       |                                 |  |  |  |  |

|                            |      |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |
|----------------------------|------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|
| à política de saúde mental | RAAS |  |  |  |  | x 100 |  |  |  |  |  |
|----------------------------|------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|

## 2.5 REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Diretriz: Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

| Objetivos   | Metas  | Período |      |      |      | Indicador   | Setor responsável   | Previsão Orçamentária |               |               |               |
|---|--|---------|------|------|------|---|---|-----------------------|---------------|---------------|---------------|
|   |  | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |   |   | 2018                  | 2019          | 2020          | 2021          |
| Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção, e manutenção da rede de atenção | Reduzir anualmente em 2 o número da taxa de óbitos prematuros (30-69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças | 363     | 361  | 359  | 357  | Nº de óbitos (30-69 anos) por DCNT nos códigos CID 10 <b>dividido</b> pelo Número de população residente (30-69 anos) no município de Gravataí no corrente ano e <b>multiplicado</b> por 100.000. | Rede de atenção a saúde das pessoas com doenças crônicas<br><br>AÇÃO 2331 | 15.688.000,00         | 16.562.000,00 | 17.348.000,00 | 18.315.000,00 |

|                |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| especializada. | respiratórias crônicas) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## 2.6 SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – SAE

**Diretriz:** Garantia de acesso a prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e a assistência – melhorando a sua qualidade, no que se refere ao HIV/Aids, IST, Hepatites Virais e Tuberculose.

| Objetivos   | Metas   | Período |      |      |      | Indicador   | Setor responsável  | Previsão Orçamentária |            |            |            |
|---|---|---------|------|------|------|---|--|-----------------------|------------|------------|------------|
|   |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |   |  | 2018                  | 2019       | 2020       | 2021       |
| Ampliar a resposta à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e a assistência as IST, HIV/aids, Hepatites Virais e Tuberculose. | Realizar o diagnóstico precoce de 90% das Pessoas Vivendo com HIV (PVH) até 2021. | 80%     | 84%  | 87%  | 90%  | (PVH com primeiro CD4 abaixo de 250 / N° de PVH diagnóstico no ano) X 100                     | SAE (SINAN/SIMC/SISCEL)<br>Cascata de PVH<br>AÇÃO 1268, 2314, 2310, 2336 | 478.000,00            | 505.000,00 | 532.000,00 | 662.000,00 |
|   | Aumentar para 90% o número de PVH em tratamento antirretroviral até 2021.         | 75%     | 80%  | 85%  | 90%  | (PVH com diagnóstico recente em tratamento antirretroviral/PVH com diagnóstico recente) X 100 | (SISCEL/ SICLOM)<br>Cascata de PVH<br>AÇÃO 1268, 2314, 2310, 2336        |                       |            |            |            |



|  |     |     |     |     |  |   |  |  |  |  |
|--|-----|-----|-----|-----|--|---|--|--|--|--|
| Aumentar para 90% o número de PVH em tratamento antirretroviral com carga viral indetectável (<40 cópias/ml) até 2021. | 60% | 70% | 80% | 90% | (PVH em tratamento antirretroviral com carga viral indetectável /PVH em tratamento antirretroviral)X 100 | (SICLOM/ SISCEL)<br>Cascata de PVH<br><br>AÇÃO 1268, 2314, 2310, 2336 |  |  |  |  |
| Reduzir a transmissão vertical do HIV, em crianças menores de 5 anos, para menos de 2 casos ano.                       | 2   | 1   | 1   | 1   | Nº de notificação de casos de crianças menores de 5 anos diagnosticadas com HIV                          | SAE<br>(SINAN)<br><br>AÇÃO 1268, 2314, 2310, 2336                     |  |  |  |  |
| Manter o Comitê de Investigação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis em atividade.                                 | 1   | 1   | 1   | 1   | Nº absoluto  | DAB/DAS/VIEMSA/SAE<br><br>AÇÃO 1268, 2314, 2310, 2336                 |  |  |  |  |

|  |     |     |     |     |   |  |  |  |  |  |
|--|-----|-----|-----|-----|---|--|--|--|--|--|
| Realizar acompanhamento e tratamento de 90% dos pacientes infectados diagnosticados com Hepatite C | 60% | 70% | 80% | 90% | (Pacientes com Hep C vinculados ao SAE/ Pacientes diagnosticados com Hep C) x 100                   | Monitoramento testagem rápida/SINAN/SAE<br>AÇÃO 1268, 2314, 2310, 2336 |  |  |  |  |
| Aumentar para 80% a meta de sintomáticos respiratórios examinados                                  | 60% | 70% | 75% | 80% | (Número de sintáticos respiratórios examinados/ Meta de Sintomáticos Respiratórios Esperados) x 100 | SAE/AB<br>AÇÃO 1268, 2314, 2310, 2336                                  |  |  |  |  |
| Ampliar para 85% a taxa de cura dos casos novos de tuberculose bacilífera                          | 75% | 78% | 82% | 85% | (Número de casos curados de tuberculose pulmonar bacilífera/ Número de casos novos de tuberculose   | SAE<br>AÇÃO 1268, 2314, 2310, 2336                                     |  |  |  |  |

|  |  |      |      |      |      |   |  |  |  |  |  |
|--|--|------|------|------|------|---|--|--|--|--|--|
|  |  |      |      |      |      | bacilífera) x 100   |  |  |  |  |  |
|  | Testar 100% dos pacientes em tratamento da tuberculose para HIV, Hepatites B e C e Sífilis   | 95%  | 97%  | 98%  | 100% | (Número de pacientes em tto com testes realizados/ pacientes em tratamento par a tuberculose) x 100 | SAE<br>AÇÃO 1268, 2314, 2310, 2336     |  |  |  |  |
| Manter ações contínuas de prevenção as IST, HIV/AIDS, Hepatites Virais e sífilis, utilizando estratégias de comunicação. | Ações de prevenção as IST, HIV/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose no Carnaval, Dias dos Namorados, Rodeio Internacional, 1º de dezembro. | 100% | 100% | 100% | 100% | (ações de prevenção realizadas/ações de prevenção planejadas) x 100                                 | SAE/DCS<br>AÇÃO 1268, 2314, 2310, 2336 |  |  |  |  |
|  | Ações de prevenção as IST, HIV/Aids, Hepatites Virais e Tuberculose junto  | 100% | 100% | 100% | 100% | (ações de prevenção realizadas/ações de prevenção planejadas) x 100                                 | SAE/DCS<br>AÇÃO 1268, 2314, 2310, 2336 |  |  |  |  |

|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | aos jovens, gestantes, PSR, HSH, travestis e transexuais. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## 2.7 CENTRO DE NUTRIÇÃO E QUALIDADE DE VIDA - CENQ

**Diretriz:** Organização da atenção nutricional.

| Objetivos   | Metas   | Período |      |      |      | Indicador   | Setor responsável     | Previsão Orçamentária |            |            |            |
|---|---|---------|------|------|------|---|-----------------------|-----------------------|------------|------------|------------|
|   |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |   |                       | 2018                  | 2019       | 2020       | 2021       |
| Ampliar e qualificar a gestão das ações de alimentação e nutrição | Aumentar a cobertura do acompanhamento da condicionalidade da saúde | 55%     | 55%  | 55%  | 55%  | Nº DE FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA C/ PERFIL SAÚDE ACOMPANHADAS PELA ATENÇÃO BÁSICA NA ÚLTIMA VIGÊNCIA DO ANO | CENQ<br><br>AÇÃO 2338 | 584.000,00            | 620.000,00 | 655.000,00 | 693.000,00 |

|  |   |   |   |   |   |  |                              |  |  |  |  |
|--|---|---|---|---|---|--|------------------------------|--|--|--|--|
|  |   |   |   |   |   | x 100  |                              |  |  |  |  |
|  |   |   |   |   |   | Nº TOTAL DE FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA B. F. C/ PERFIL SAÚDE NA ÚLTIMA VIGÊNCIA DO ANO |                              |  |  |  |  |
| Ampliação do quadro de nutricionistas, através de concurso público |   | 1 |   |   | 1 | Nomear 2 nutricionistas de concurso público  | CENQ / RH AÇÃO 2338          |  |  |  |  |
| Manter um número mínimo de estagiários de nutrição                 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | Manter 4 estagiários   | CENQ / RH AÇÃO 2338          |  |  |  |  |
| Ampliar o espaço físico do CENQ aumentando de 3                    | 1 |   |   |   |   | Ter 4 consultórios   | CENQ / Gabinete / Manutenção |  |  |  |  |

|  |                     |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |
|--|---------------------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|
|  | para 4 consultórios |  |  |  |  |  | AÇÃO 2338 |  |  |  |  |
|--|---------------------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|

| <b>2.8 SAÚDE BUCAL</b>   |  |         |        |        |        |  |   |                       |              |              |              |
|--|--|---------|--------|--------|--------|--|---|-----------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Diretriz:</b> Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS. |  |         |        |        |        |  |   |                       |              |              |              |
| Objetivos  | Metas  | Período |        |        |        | Indicador  | Setor responsável   | Previsão Orçamentária |              |              |              |
|  |  | 2018    | 2019   | 2020   | 2021   |  |   | 2018                  | 2019         | 2020         | 2021         |
| Ampliar a cobertura de saúde bucal na atenção básica.  | Ampliar a cobertura de saúde bucal atingindo 36,76 % no final deste período, através da implementação de 5 novas equipes de saúde bucal (eSB) de acordo com a seguinte | 32,98%  | 34,24% | 35,50% | 36,76% | Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica<br><br>Método de cálculo:<br><br>$(n^{\circ} eSB * 3.450) + (n^{\circ} eSB \text{ equivalentes} * 3.000) / \text{Estimativa populacional} * 100$<br><br>Fonte: Ficha de | Departamento de Atenção a Saúde (Política de Saúde Bucal) e Departamento de Atenção Básica<br><br>AÇÃO 2325, 2318 | 1.637.000,00          | 1.740.000,00 | 1.838.000,00 | 1.957.000,00 |

|  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
|  | <p>programação: 2<br/> eSB em 2018, 1<br/> eSB em 2019, 1<br/> eSB em 2020 e 1<br/> eSB em 2021. A<br/> projeção levou em<br/> consideração a<br/> situação encontrada<br/> de estimativa<br/> populacional e<br/> cadastro dos<br/> profissionais no<br/> SCNES (para<br/> cálculo de nº de<br/> eSB e nº eSB<br/> equivalentes) de<br/> julho de 2017.</p> |  |  |  |  | <p>Qualificação de<br/> Indicadores 2017-2021</p> |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|

**2.9 POLÍTICA INTEGRAL DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA**

**Diretriz:** Implantação da política municipal de saúde integral da população negra.

| Objetivos  | Metas   | Período |      |      |      | Indicador                                 | Setor responsável   | Previsão Orçamentária |           |           |           |
|--|---|---------|------|------|------|---|---|-----------------------|-----------|-----------|-----------|
|  |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |   |   | 2018                  | 2019      | 2020      | 2021      |
| Melhorar as condições e acesso à saúde da população negra. | Sensibilizar os trabalhadores de 43 equipes de Estratégia de Saúde da Família para a coleta de forma adequada do quesito raça/cor nos formulários de atendimento. | 8       | 10   | 10   | 15   | Número total de 43 equipes sensibilizadas | Política Municipal de Saúde da População Negra<br><br>AÇÃO 2311, 2312 | 34.000,00             | 35.000,00 | 35.000,00 | 35.000,00 |



2.10 VIGILÂNCIA EM SAÚDE - VIEMSA

**Diretriz:** Redução de riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

| Objetivos                                      | Metas   | Período |      |      |      | Indicador  | Setor responsável   | Previsão Orçamentária |              |              |              |
|--|---|---------|------|------|------|--|---|-----------------------|--------------|--------------|--------------|
|  |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |  |   | 2018                  | 2019         | 2020         | 2021         |
| Fortalecer a Vigilância e a promoção em saúde. | Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida  | 95%     | 95%  | 95%  | 95%  | Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.   | VIEMSA / SIS AÇÃO 1312, 2332, 2239, 2333, 2335, 2340                          | 3.794.000,00          | 4.007.000,00 | 4.234.000,00 | 4.484.000,00 |
|  | Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, com foco na prevenção de doenças imunopreveníveis | 50%     | 70%  | 75%  | 75%  | Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas | VIEMSA / VIEP / Núcleo de Imunizações AÇÃO 1312, 2232, 2239, 2333, 2335, 2340 |                       |              |              |              |
|  | Investigar todos os   | 100%    | 100% | 100% | 100% | Proporção de óbito por   | VIEMSA /  |                       |              |              |              |

|   |            |            |            |            |   |  |  |  |  |  |
|---|------------|------------|------------|------------|---|--|--|--|--|--|
| <p>óbitos relacionados ao trabalho, visto que são passíveis de prevenção, e indicam condições de risco no trabalho que precisam ser eliminadas.</p>                 |            |            |            |            | <p>acidente de trabalho investigado</p>   | <p>VISAT<br/>AÇÃO 1312, 2232, 2239, 2333, 2335, 2340</p>         |  |  |  |  |
| <p>Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez</p> | <p>90%</p> | <p>90%</p> | <p>91%</p> | <p>91%</p> | <p>Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.</p> | <p>VIEMSA / VIAM<br/>AÇÃO 1312, 2232, 2239, 2333, 2335, 2340</p> |  |  |  |  |

|  |     |     |     |     |   |  |  |  |  |  |  |
|--|-----|-----|-----|-----|---|--|--|--|--|--|--|
|  |     |     |     |     |   |  |  |  |  |  |  |
| Qualificar as informações preenchidas nas fichas de notificação de agravos do trabalho(Sinan) no intuito de identificar as "ocupações" com maiores incidências de agravos, possibilitando o planejamento de ações em saúde do trabalhador. | 90% | 90% | 90% | 90% | Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho | VIEMSA / VISAT AÇÃO 1312, 2232, 2239, 2333, 2335, 2340 |  |  |  |  |  |
| Realizar as notificações proporcionando o  | 80% | 80% | 82% | 82% | Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata                                   | VIEMSA / VIEP AÇÃO 1312,                               |  |  |  |  |  |

|  |             |             |             |             |   |   |  |  |  |  |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|---|---|--|--|--|--|
| <p>conhecimento, a<br/>detecção ou<br/>prevenção de<br/>qualquer mudança<br/>nos fatores<br/>determinantes e<br/>condicionantes da<br/>saúde individual ou<br/>coletiva, com a<br/>finalidade de<br/>recomendar e<br/>adotar medidas de<br/>prevenção e<br/>controle das<br/>doenças ou<br/>agravos.</p> |             |             |             |             | <p>(DNCI) encerrados em<br/>até 60 dias após<br/>notificação.</p>                           | <p>2232, 2239,<br/>2333, 2335,<br/>2340</p>                             |  |  |  |  |
| <p>Realizar os sete<br/>grupos de ações de<br/>Vigilância Sanitária</p>  | <p>100%</p> | <p>100%</p> | <p>100%</p> | <p>100%</p> | <p>N.º de Grupos de Ações<br/>de Vigilância Sanitária<br/>Realizadas pelo<br/>Município</p> | <p>VIEMSA /<br/>VISA<br/>AÇÃO 1312,<br/>2232, 2239,<br/>2333, 2335,</p> |  |  |  |  |

|  |     |     |     |     |   |   |      |  |  |  |  |
|--|-----|-----|-----|-----|---|---|------|--|--|--|--|
|  |     |     |     |     |   |   | 2340 |  |  |  |  |
| Ampliar o quadro de servidores da Vigilância em Saúde, considerando, também, o número preconizado de ACE no PNCD – <b>RES CMS 10/2017</b>          | 101 | 102 | 110 | 111 | Número de servidores novos lotados na Vigilância em Saúde.                | VIEMSA<br>AÇÃO 1312, 2232, 2239, 2333, 2335, 2340 |      |  |  |  |  |
| Conceder Função Gratificada por exercício de fiscalização aos servidores de nível superior e médio que exercem esta função na Vigilância em Saúde; | 20  | 20  | 21  | 22  | N.º de profissionais com função gratificada por exercício de fiscalização | VIEMSA<br>AÇÃO 1312, 2232, 2239, 2333, 2335, 2340 |      |  |  |  |  |

2.11 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Diretriz:** Qualificar a assistência farmacêutica no município.

| Objetivos  | Metas   | Período |        |        |        | Indicador  | Setor responsável          | Previsão Orçamentária |              |              |              |
|--|---|---------|--------|--------|--------|--|----------------------------|-----------------------|--------------|--------------|--------------|
|  |   | 2018    | 2019   | 2020   | 2021   |  |                            | 2018                  | 2019         | 2020         | 2021         |
| Qualificar serviços e etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica. | Revisar os Procedimentos Operacionais Padrão – POP’s da Farmácia Municipal e Almoarifado de Medicamentos. | 50%     | 50%    | Manter | Manter | Número de POP’s revisados / Número Total de POP’s X 100                  | Farmacêuticos<br>AÇÃO 2330 | 3.797.000,00          | 4.054.000,00 | 4.329.000,00 | 4.625.000,00 |
|  | Implantar reuniões periódicas entre os farmacêuticos e equipe.  | 100%    | Manter | Manter | Manter | Número de reuniões realizadas /Número total de reuniões planejadas X 100 | Farmacêuticos<br>AÇÃO 2330 |                       |              |              |              |
|  | Treinar e reciclar os atendentes de farmácia.   | 100%    | Manter | Manter | Manter | Número de treinamentos realizados / Número total de                      | Farmacêuticos<br>AÇÃO 2330 |                       |              |              |              |

|   |     |     |        |        |  |  |   |  |  |  |  |
|---|-----|-----|--------|--------|--|--|---|--|--|--|--|
|   |     |     |        |        |  | treinamentos X 100   |   |  |  |  |  |
| Incentivar a discussão e continuar buscando soluções sobre problemas estruturais e adequações necessárias aos serviços de farmácia por meio de, no mínimo, uma reunião a cada dois meses. | 6   | 6   | 6      | 6      |  | Número absoluto de reuniões realizadas com a pauta de buscar solução para os problemas estruturais e adequações necessárias. | Farmacêuticos<br>AÇÃO 2330                      |  |  |  |  |
| Reorganizar os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica  | 50% | 50% | Manter | Manter |  | Número de membros substituídos / Número total de membros que necessitam de substituição X 100                                | Comissão de Farmácia e Terapêutica<br>AÇÃO 2330 |  |  |  |  |

2.12 UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR - UREST

**Diretriz 1:** Gestão da Saúde do Trabalhador.

| Objetivos  | Metas   | Período |      |      |      | Indicador  | Setor responsável  | Previsão Orçamentária |            |            |            |
|--|---|---------|------|------|------|--|--------------------|-----------------------|------------|------------|------------|
|  |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |  |                    | 2018                  | 2019       | 2020       | 2021       |
| Elaborar a Política Municipal em Saúde do Trabalhador até 2021     | Concluir a Política Municipal em Saúde do Trabalhador até 2021.                             | -       | -    | -    | 1    | Aprovação da Política Municipal em Saúde do Trabalhador pelo Governo, publicada no Diário Oficial. | UREST<br>AÇÃO 2334 | 465.000,00            | 478.000,00 | 490.000,00 | 505.000,00 |
| Garantir o fortalecimento da Saúde do Trabalhador nas vigilâncias. | Prestar suporte técnico nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Quando solicitado. | 60%     | 70%  | 75%  | 80%  | N.º de solicitações atendidas/ N.º de solicitações realizadas para a UREST x100.                   | UREST<br>AÇÃO 2334 |                       |            |            |            |
|  | Participar nas ações desenvolvidas pela Vigilância em Saúde Ambiental,                      | 60%     | 70%  | 75%  | 80%  | N.º de solicitações atendidas /N.º de solicitações realizadas para a UREST x100.                   | UREST<br>AÇÃO 2334 |                       |            |            |            |



|   |   |      |      |      |      |  |                                |  |  |  |  |  |
|---|---|------|------|------|------|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|
|   | Epidemiológica e Sanitária. Quando solicitado.  |      |      |      |      |  |                                |  |  |  |  |  |
| Garantir mecanismos de comunicação e educação institucional e social referentes à área de saúde do trabalhador. | Realizar quatro Diálogos Abertos na comunidade por ano.                                 | 100% | 100% | 100% | 100% | N.º de Diálogo Abertos realizados /N.º de Diálogos Programados x100.   | UREST<br>AÇÃO 2334             |  |  |  |  |  |
|   | Produzir e divulgar, no mínimo, mídias impressas e/ou digitais de materiais educativos. | 2    | 2    | 2    | 2    | Elaborar 2 materiais impressos por ano e divulgar no site para Prefeitura Municipal de Gravataí e/ou Glorinha. | UREST/Comunicação<br>AÇÃO 2334 |  |  |  |  |  |
| Desenvolver a Educação permanente em  | Capacitar os coordenadores sobre saúde do   | 25%  | 25%  | 50%  | 50%  | N.º capacitações realizadas /N.º de unidades existentes  | UREST<br>AÇÃO 2334             |  |  |  |  |  |

|   |   |    |     |     |     |  |       |  |  |  |  |
|---|---|----|-----|-----|-----|--|-------|--|--|--|--|
| saúde do trabalhador para os profissionais da área da saúde da área de abrangência. | trabalhador das unidades de atenção primária à saúde, dos serviços especializados e de urgência e emergência. |    |     |     |     | nos municípios de Gravataí e Glorinha x100.  |       |  |  |  |  |
|   | Realizar matriciamento em Saúde do Trabalhador dos serviços da Atenção Primária à Saúde.                      | 5% | 10% | 20% | 33% | N.º matriciamento implantados/N.º de unidades existentes nos municípios de Gravataí e Glorinha x100. | UREST |  |  |  |  |
|   | Realizar encontros, palestras, entre  | 1  | 1   | 1   | 1   | Realizar uma atividade por ano.  | UREST |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| outros, para promoção, prevenção e proteção da saúde dos trabalhadores e suas transversalidades; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Diretriz 2:** Fortalecer o controle social com a UREST.

| Objetivos   | Metas   | Período |      |      |      | Indicador  | Setor responsável | Período   |      |      |      |
|---|---|---------|------|------|------|--|-------------------|---|------|------|------|
|   |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |  |                   | 2018  | 2019 | 2020 | 2021 |
| Estimular os vínculos do Conselho Gestor Municipal com a UREST. | Informar semestralmente a CIST Municipal e ao Conselho Municipal de Saúde o índice de participação dos Conselheiros Gestores nas reuniões | 100%    | 100% | 100% | 100% | N.º de informativos necessários (1 por semestre) x 100/N.º de informativos realizados.<br><br>Obs.: Mês subsquente ao final do semestre. | UREST             | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |      |

|   |   |     |     |     |     |  |       |   |
|---|---|-----|-----|-----|-----|--|-------|---|
|   | ordinárias.   |     |     |     |     |  |       |   |
|   | Apresentar três relatórios trimestrais das ações realizadas para Conselho Gestor por ano. | 3   | 3   | 3   | 3   | Três relatórios por ano<br>Obs.: Mês subsequente ao final do trimestre   | UREST | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |
|   | Manter as reuniões mensais do Conselho Gestor.  | 12  | 12  | 12  | 12  | 1 Reunião por mês  | UREST | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |
| Fortalecer os vínculos com a CIST Estadual e CIST's Municipais. | Participar das reuniões ordinárias da CIST's Municipais.                                  | 80% | 80% | 90% | 90% | N.º de participações de pelo menos um representante da UREST na reunião/<br>N.º de reuniões realizadas (1 por mês) x 100 | UREST | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |
|   | Participar das reuniões ordinárias da CIST Estadual.                                      | 50% | 60% | 70% | 80% | N.º de participações de pelo menos um representante da   | UREST | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades                  |

|  |  |  |  |  |  |   |  |                  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|------------------|
|  |  |  |  |  |  | UREST na reunião/<br>N.º<br>de reuniões realizadas<br>(1 por mês) x 100 |  | administrativas. |
|--|--|--|--|--|--|---|--|------------------|

| 2.13 ADMINISTRATIVO   |  |         |      |      |      |  |   |                       |               |               |               |
|---|--|---------|------|------|------|--|---|-----------------------|---------------|---------------|---------------|
| Diretriz: Garantir a disponibilidade de contratos de prestação de serviços e atas de registro de preços para o atendimento dos Serviços de Saúde. |  |         |      |      |      |  |   |                       |               |               |               |
| Objetivos   | Metas  | Período |      |      |      | Indicador  | Setor responsável   | Previsão Orçamentária |               |               |               |
|   |  | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |  |   | 2018                  | 2019          | 2020          | 2021          |
| Realizar contratações de serviços e compra de materiais e equipamentos  | Encaminhar 1000 Requisições e Solicitações ao Compras. | 250     | 250  | 250  | 250  | Número total de RC e SC enviadas x 100 / total de RC e SC prevista | Departamento Administrativo<br>AÇÃO 59,<br>2139, 2140,<br>2303, 2304,<br>2305, 2322,<br>2343, 2346,<br>2344 | 29.871.000,00         | 32.833.000,00 | 35.917.000,00 | 39.122.000,00 |

## 2.14 CENTRAL DE COMPRAS

**Diretriz:** Garantir a disponibilidade de atas de registro de preço para atender a demanda de materiais, equipamentos e mobiliários solicitados pelos serviços de Saúde.

| Objetivos  | Metas   | Período |      |      |      | Indicador  | Setor responsável  | Previsão Orçamentária   |      |      |      |
|--|---|---------|------|------|------|--|--------------------|---|------|------|------|
|  |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |  |                    | 2018  | 2019 | 2020 | 2021 |
| Realizar requisições e solicitações ao compras de materiais, equipamentos e mobiliários. | Encaminhar 1000 Requisições ao Compras e Solicitações ao Compras. | 250     | 250  | 250  | 250  | Número total de RC e SC enviadas x 100 / total de RC e SC prevista | Central de Compras | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |      |

2.15 MANUTENÇÃO

**Diretriz:** Garantir as manutenções preventivas e corretivas dos bens móveis e imóveis da Secretaria da Saúde.

| Objetivos   | Metas   | Período |      |      |      | Indicador   | Setor responsável | Previsão Orçamentária   |      |      |      |
|---|---|---------|------|------|------|---|-------------------|---|------|------|------|
|   |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |   |                   | 2018  | 2019 | 2020 | 2021 |
| Realizar manutenções prediais e encaminhar pedidos de consertos de equipamentos | Atender e encaminhar 4.000 chamados de manutenções e consertos. | 1000    | 1000 | 1000 | 1000 | Número total de chamados atendidos x 100 / Número total de chamados previstos | Manutenção        | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |      |

2.16 – EXPEDIENTE

| Objetivos  | Metas  | Período |       |       |       | Indicador  | Setor responsável | Previsão Orçamentária   |      |      |      |
|--|--|---------|-------|-------|-------|--|-------------------|---|------|------|------|
|  |  | 2018    | 2019  | 2020  | 2021  |  |                   | 2018  | 2019 | 2020 | 2021 |
| Receber documentos e encaminhar para os setores / serviços correspondentes | Receber e encaminhar 10.000 processos e documentos | 2.500   | 2.500 | 2.500 | 2.500 | Documentos e processos encaminhados X 100 / documentos e processos estimados | Expediente        | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |      |

2.17 CENTRAL DE TRANSPORTES

**Diretriz:** Subsidiar a central de transportes eletivos de forma a qualificar o atendimento.

| Objetivos  | Metas   | Período |      |      |      | Indicador                    | Setor responsável      | Previsão Orçamentária   |      |      |      |
|--|---|---------|------|------|------|------------------------------|------------------------|---|------|------|------|
|  |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |                              |                        | 2018  | 2019 | 2020 | 2021 |
| Melhorar a comunicação entre os serviços de saúde solicitantes do transporte eletivo com a central de transportes, de modo que as solicitações sejam atendidas em sua maioria. | Participar das reuniões distritais no mínimo 01 veza cada 04 meses. | 100%    | 100% | 100% | 100% | 04 reuniões por quadrimestre | Central de Transportes | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |      |



| 2.18 ASSESSORIA JURÍDICA  |   |         |      |      |      |   |                     |   |      |      |      |
|---|---|---------|------|------|------|---|---------------------|---|------|------|------|
| <b>Diretriz:</b> Garantir assessoramento jurídico aos serviços de saúde, departamentos e setores. |   |         |      |      |      |   |                     |   |      |      |      |
| Objetivos   | Metas   | Período |      |      |      | Indicador   | Setor responsável   | Previsão Orçamentária   |      |      |      |
|   |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |   |                     | 2018  | 2019 | 2020 | 2021 |
| Prestar assessoria jurídica nas demandas dos órgãos de controle e judiciário                      | Responder e assessorar 4000 demandas até final de 2021.                                 | 1000    | 1000 | 1000 | 1000 | Nº absoluto - mínimo 1000 demandas ano atendidas.                 | Assessoria Jurídica | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |      |
| 2.19 PLANEJAMENTO   |   |         |      |      |      |   |                     |   |      |      |      |
| <b>Diretriz –</b> Aprimorar o desenvolvimento de ações de planejamento                            |   |         |      |      |      |   |                     |   |      |      |      |
| Objetivos   | Metas   | Período |      |      |      | Indicador   | Setor responsável   | Previsão Orçamentária   |      |      |      |
|   |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |   |                     | 2018  | 2019 | 2020 | 2021 |
| Planejar, executar, monitorar e avaliar ações estratégicas para a                                 | Elaborar, monitorar e homologar 100% dos relatórios obrigatórios do planejamento dentro | 100%    | 100% | 100% | 100% | Nº de relatórios enviados dentro dos prazos( )<br>.....x10<br>0 = | Planejamento        | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |      |

|  |  |  |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| consolidação dos modelos integrados de gestão. | dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. |  |  |  |  | Nº de relatórios Obrigatórios (PMS/PAS/RAG/RDQ A) |  |  |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|

## 2.20 NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E SAÚDE COLETIVA - NUMESC

**Diretriz:** Organizar, planejar e fomentar a EPS, na rede, de acordo com o levantamento de causas sensíveis e problemas recorrentes identificados pelos profissionais da rede e gestão, de forma que a EPS contribua com a atuação dos profissionais da rede para a melhoria dos serviços prestados aos usuários.

| Objetivos   | Metas  | Período |      |      |      | Indicador   | Setor responsável | Previsão Orçamentária   |      |      |      |
|---|--|---------|------|------|------|---|-------------------|---|------|------|------|
|   |  | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |   |                   | 2018  | 2019 | 2020 | 2021 |
| Estabelecer estratégias de formação das equipes de acordo com suas necessidades | Realizar anualmente no mínimo 50% das formações solicitadas pela rede. | 50%     | 50%  | 50%  | 50%  | Número de cap realizadas / número cap sugeridas pela rede x 100 | NUMESC            | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |      |
| Ampliar as ações de EPS, principalmente para ABS.                               | Estabelecer número mínimo de 10 capacitações para ABS ao ano.          | 10      | 10   | 10   | 10   | Número absoluto   | NUMESC            | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |      |

|  |   |   |   |   |   |                 |                         |   |
|--|---|---|---|---|---|-----------------|-------------------------|---|
| Planejar capacitação semestral para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate à Endemias, em relação às doenças endêmicas (Raiva, Leptospirose, leishmaniose, dengue, zika, chagas, chikungunya, entre outras) – <b>Res CMS 10/2017</b> | Estabelecer capacitações semestrais para ACS e ACE conforme RES CMS 10/2017 | 2 | 2 | 2 | 2 | Número Absoluto | NUMESC<br>DAB<br>VIEMSA | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |
|--|---|---|---|---|---|-----------------|-------------------------|---|

2.21 RECURSOS HUMANOS E DEPARTAMENTO PESSOAL

**Diretriz:** Contribuição à adequada, alocação e qualificação do número de trabalhadores do SUS.

| Objetivos   | Metas   | Período  |      |  |      | Indicador   | Setor responsável | Previsão Orçamentária   |      |      |      |
|---|---|--|------|--|------|-------------|-------------------|---|------|------|------|
|   |   | 2018   | 2019 | 2020   | 2021 |             |                   | 2018  | 2019 | 2020 | 2021 |
| Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS e desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS na esfera pública. | Realizar concursos públicos e Processos Seletivos Públicos para suprir a necessidade de recursos humanos em todos os cargos que compõem a Secretaria Municipal da Saúde a cada 02 anos. | Realização de 01 Concursos Públicos para diversos cargos em caráter estatutário da área da saúde.*<br><br>- 01 |      | Realização de 01 Concursos Públicos para diversos cargos em caráter estatutário da área da saúde.*<br><br>- 01 |      | Nº Absoluto | RH                | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |      |

|  |  |   |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|--|--|
|  |  | Processo Seletivo Público para cargos do SAMU.*<br><br>- 01<br>Processo Seletivo Público para cargos da Estratégia Saúde da Família.* |  | Processo Seletivo Público para cargos do SAMU.*<br><br>- 01<br>Processo Seletivo Público para cargos da Estratégia Saúde da Família.* |  |  |  |  |
|--|--|---|--|---|--|--|--|--|

| Metas | Período   |   |      |  | Indicador | Setor responsável | Previsão Orçamentária |             |      |   |
|-------|---|---|------|--|-----------|-------------------|-----------------------|-------------|------|---|
|       | 2018  | 2019  | 2020 | 2021   |           |                   | 2018                  | 2019        | 2020 | 2021  |
|       | Realizar Processos Seletivos internos para valorização de profissionais do quadro da SMS para os cargos da Estratégia Saúde | - 01<br>Processo Seletivo Interno:<br>Cargos para compor o NASF |      | - 01<br>Processo Seletivo Interno:<br>Cargos para compor o NASF* |           |                   |                       | Nº Absoluto | RH   | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |

|  |   |  |   |  |   |  |    |   |
|--|---|--|---|--|---|--|----|---|
|  | da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, a cada 02 anos. |  | - 01<br>Processo Seletivo Interno para o SAMU.* |  | - 01<br>Processo Seletivo Interno para o SAMU.* |  |    |   |
|  |   |  | - 01<br>Processo Seletivo Interno para a ESF.*  |  | - 01<br>Processo Seletivo Interno para a ESF.*  |  |    |   |
|  | Garantir o encaminhamento de 01 Projeto de Lei com pedido de prorrogação ou criação de nova                               | Encaminhar 01 Projeto de Lei para contrata | Encaminhar 01 Projeto de Lei para contrata      | Encaminhar 01 Projeto de Lei para contrata | Encaminhar 01 Projeto de Lei para contrata      | Projeto de Lei encaminhado anualmente. | RH | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |

|  |   |  |  |  |  |                                  |    |  |
|--|---|--|--|--|--|----------------------------------|----|--|
|  | Lei Municipal que autorize a contratação em caráter emergencial e temporária para cargos da área da saúde anualmente. | ção emergencial de cargos da área da saúde | ção emergencial de cargos da área da saúde | ção emergencial de cargos da área da saúde     | ção emergencial de cargos da área da saúde |                                  |    |  |
|  | Discutir e implantar Plano de Carreira para a Secretaria Municipal de Saúde   | Processo de Discussão do Plano de Carreira | Processo de Discussão do Plano de Carreira | Encaminhamento do projeto de Plano de Carreira |  | Implantação do Plano de Carreira | RH | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas.<br>(inserido pela Resolução CMS 10/2017) |



## 2.22 REGULAÇÃO

**Diretriz:** Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de agendamentos a exames e consultas especializadas.

| Objetivos  | Metas  | Período |      |      |      | Indicador  | Setor responsável  | Previsão Orçamentária |               |               |               |
|--|--|---------|------|------|------|--|--|-----------------------|---------------|---------------|---------------|
|  |  | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |  |  | 2018                  | 2019          | 2020          | 2021          |
| Apresentar a realidade do Município com relação a quantidade de consultas e exames demandados e ofertados. Com base nos resultados apresentados, desenvolver novos contratos que visem | 1.1 Acompanhar trimestralmente a quantidade de consultas e realizadas através do sistema IPM.          | 72%     | 74%  | 76%  | 78%  | Qtd Cons Ofertada x100<br>Qtd Cons Demandada     | Departamento de Regulação – SMS<br><br>AÇÃO 1318, 2328, 2329, 2339, 2341 | 51.371.000,00         | 53.142.000,00 | 56.268.000,00 | 59.156.000,00 |
|  | 1.2 Acompanhar trimestralmente a quantidade de exames solicitados e realizados através do sistema IPM. | 81%     | 83%  | 85%  | 87%  | Qtd Exames Ofertado X100<br>Qtd Exames Demandado | Departamento de Regulação – SMS<br><br>AÇÃO 1318, 2328, 2329, 2339, 2341 |                       |               |               |               |

|   |  |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----|-----|-----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| melhorar a eficácia nos investimentos em saúde do Município.  |  |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Qualificar o acesso dos munícipes de Gravataí a consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade | 2.1 Qualificar o preenchimento dos documentos de referência e contrarreferência através da conscientização dos profissionais da rede que realizam os | 15% | 13% | 11% | 9% | Proporção de documentos de referência e contrarreferência devolvidos para as unidades de saúde para adequação aos protocolos e rotinas estabelecidas / Número total de referências que chegam à CMCEE X100 | Departamento de Regulação Departamento de Atenção Básica Departamento de Atenção à |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | encaminha<br>mentos, por<br>meio de<br>esclarecime<br>ntos e<br>orientações<br>nas reuniões<br>distritais. |  |  |  |  |  | Saúde<br>AÇÃO 1318,<br>2328, 2329,<br>2339, 2341 |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## 2.23 AUDITORIA

**Diretriz:** Realização de auditorias de procedimentos, serviços hospitalares e ambulatoriais contratados e auditorias especiais.

| Objetivos  | Metas   | Período         |                 |                 |                 | Indicador   | Setor responsável                        | Previsão Orçamentária   |      |      |      |
|--|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---|--|---|------|------|------|
|  |   | 2018            | 2019            | 2020            | 2021            |   |  | 2018  | 2019 | 2020 | 2021 |
| 1. Realizar auditorias de procedimentos e serviços hospitalares contratados. | a) Realizar auditoria regular das metas contratualizadas com o Hospital Dom João Becker (HDJB). | 100% da demanda | 100% da demanda | 100% da demanda | 100% da demanda | Nº auditorias realizadas /Nº de auditorias demandadas x 100 | Componente Municipal de Auditoria do SUS | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |      |

|   |   |                  |                  |                  |                  |   |  |   |
|---|---|------------------|------------------|------------------|------------------|---|--|---|
|   | b) Realizar auditoria regular dos procedimentos informados no Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD). | 100% da demanda  | 100% da demanda  | 100% da demanda  | 100% da demanda  | Nº auditorias realizadas /Nº de auditorias demandadas x 100 | Componente Municipal de Auditoria do SUS | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |
| 2. Realizar auditorias de procedimentos e serviços ambulatoriais contratados. | a) Realizar auditoria dos serviços ambulatoriais contratados no HDJB, conforme planejado.                                 | 90% do planejado | 90% do planejado | 90% do planejado | 90% do planejado | Nº auditorias realizadas /Nº de auditorias planejadas x 100 | Componente Municipal de Auditoria do SUS | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |
|   | b) Realizar auditoria dos serviços ambulatoriais  | 90% do planejado | 90% do planejado | 90% do planejado | 90% do planejado | Nº auditorias realizadas /Nº de auditorias planejadas x 100 | Componente Municipal de Auditoria do SUS | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |

|                                   |  |                 |                 |                 |                 |   |  |   |
|-----------------------------------|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---|--|---|
|                                   | contratados com os demais prestadores de serviços, conforme planejado.       |                 |                 |                 |                 |   |  |   |
| 3. Realizar auditorias especiais. | a) Realizar auditoria no Sistema Único de Saúde municipal, conforme demanda. | 100% da demanda | 100% da demanda | 100% da demanda | 100% da demanda | $\frac{\text{N}^\circ \text{ auditorias realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de auditorias demandadas}} \times 100$ | Componente Municipal de Auditoria do SUS | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |

2.24 OUVIDORIA

**Diretriz:** Propiciar ao usuário um canal de acesso para o registro e resolutividade de suas demandas (reclamações, denúncias, sugestões e elogios).

| Objetivos  | Metas  | Período |      |      |      | Indicador  | Setor responsável | Previsão Orçamentária   |      |      |      |
|--|--|---------|------|------|------|--|-------------------|---|------|------|------|
|  |  | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |  |                   | 2018  | 2019 | 2020 | 2021 |
| Encaminhar as demandas dos usuários para o Departamento (Direção) responsável pela demanda, buscando a resposta e provável resolutividade em um determinado prazo. | Encaminhar 100% das demandas para a direção dos departamentos responsáveis | 100%    | 100% | 100% | 100% | Número de demandas encaminhadas para departamentos / Número de demandas recebidas na Ouvidoria X 100 | Ouvidoria         | Previsões orçamentárias nas diretrizes de cada área pois a presente refere-se a atividades administrativas. |      |      |      |

2.25 CONTROLE SOCIAL (Inserido pela Resolução CMS 10/2017)

**Diretriz:** Fortalecimento das Instâncias de Controle Social

| Objetivos  | Metas   | Período |      |      |      | Indicador | Setor responsável                            | Previsão Orçamentária |           |           |           |
|--|---|---------|------|------|------|-----------|--|-----------------------|-----------|-----------|-----------|
|  |   | 2018    | 2019 | 2020 | 2021 |           |  | 2018                  | 2019      | 2020      | 2021      |
| 1. Estruturar e fortalecer a participação e Controle Social. | 1.1 Manter e qualificar o apoio administrativo permanente à execução das ações do controle social, com a garantia de autonomia política e financeira, em conformidade com a legislação vigente, com disponibilização de veículo | 100%    | 100% | 100% | 100% |           | CMS<br>Departamento Administrativo<br>Gestão | 59.000,00             | 62.000,00 | 74.000,00 | 87.000,00 |

|  |   |     |     |     |     |                    |     |   |  |  |  |
|--|---|-----|-----|-----|-----|--------------------|-----|---|--|--|--|
|  | para transporte dos conselheiros, de recursos para capacitação, participação em Plenárias do Controle Social, Seminários, e atividades específicas das Comissões, com a disponibilização de servidor e estagiário |     |     |     |     |                    |     |   |  |  |  |
|  | 1.2 Aprimorar os processos e fluxos das ações do controle social.   | 25% | 25% | 25% | 25% |                    | CMS | Previsões orçamentárias estabelecidas na diretriz 1.1 |  |  |  |
|  | 1.3 Avançar no  |     |     |     |     | Participação e Rea | CMS | Previsões orçamentárias                               |  |  |  |



|  |  |  |  |  |  |   |   |                                      |
|--|--|--|--|--|--|---|---|--------------------------------------|
|  | <p>processo permanente de troca de experiências com outros conselhos das esferas de governo municipal, estadual e federal e possibilitar o acesso e/ou organização de eventos e fóruns que debatam as políticas do SUS e seu financiamento, com a participação de usuários, trabalhadores,</p> |  |  |  |  | <p>lização de eventos / Eventos Programados</p> | <p>Departamento Administrativo Gestão</p> | <p>estabelecidas na diretriz 1.1</p> |
|--|--|--|--|--|--|---|---|--------------------------------------|

|  |   |      |      |      |      |  |  |   |
|--|---|------|------|------|------|--|--|---|
|  | gestores e prestadores de serviço   |      |      |      |      |  |  |   |
|  | 1.4 Qualificar permanentemente os Conselheiros Municipais de Saúde e dos Conselheiros Municipais de Políticas sobre Drogas. |      |      |      |      | Nr de capacitações realizadas / Nr de Capacitações programadas | CMS<br>Departamento Administrativo<br>Gestão   | Previsões orçamentárias estabelecidas na diretriz 1.1 |
|  | 1.5 Implantar, manter e qualificar os conselhos locais de saúde.  | 3    | 8    | 8    | 9    | CMS<br>Gestão  | Nr de Conselhos Locais implantados / nr de UBS | Previsões orçamentárias estabelecidas na diretriz 1.1 |
|  | 1.6 Dar publicidade dos   | 100% | 100% | 100% | 100% |  | CMS<br>Departamento                            | Previsões orçamentárias estabelecidas na diretriz 1.1 |

|  |  |      |  |  |  |  |                          |   |
|--|--|------|--|--|--|--|--------------------------|---|
|  | <p>direitos e deveres dos usuários do SUS, das atividades do CMS, das ações de saúde, bem como do seu financiamento, com linguagem acessível à população em geral.</p> |      |  |  |  |  | Administrativo<br>Gestão |   |
|  | <p>1.7 – Definir critérios para a elaboração de contratos e convênios entre o setor público e as entidades privadas, no que tange à prestação de</p>                   | 100% |  |  |  |  | CMS                      | Previsões orçamentárias estabelecidas na diretriz 1.1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | serviços de Saúde,<br>conforme<br>preconizado no<br>item VII da Lei<br>2893/2009 |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



### **3 RESOLUÇÃO DE APROVAÇÃO DO PLANO:**

No dia 21 de dezembro de 2017, os membros do Conselho Municipal de Saúde de Gravataí/RS, reuniram-se às 19:00 na Associação dos Usuários do CAPS/AD – ASSUSCAPS, para análise do Plano Municipal de Saúde, e decidiram pela sua aprovação e cumprimento com emendas e sugestões estabelecidas na Resolução 10/2017.

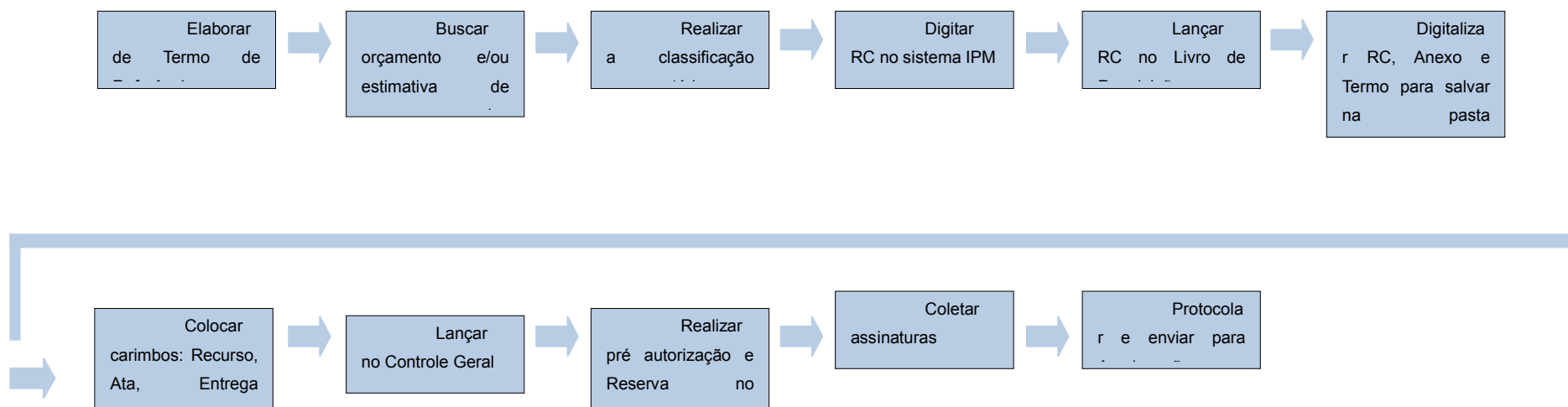
### **4 HOMOLOGAÇÃO**

O Prefeito Municipal de Gravataí/RS, Sr. Marco Aurélio Soares Alba, no uso de suas atribuições legais e de acordo com a Resolução N° 10, de 21 de dezembro de 2017, do Conselho Municipal de Saúde, decide pela homologação deste Plano Municipal de Saúde com vigência para 2018 a 2021, através do Decreto Municipal N° \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2018.

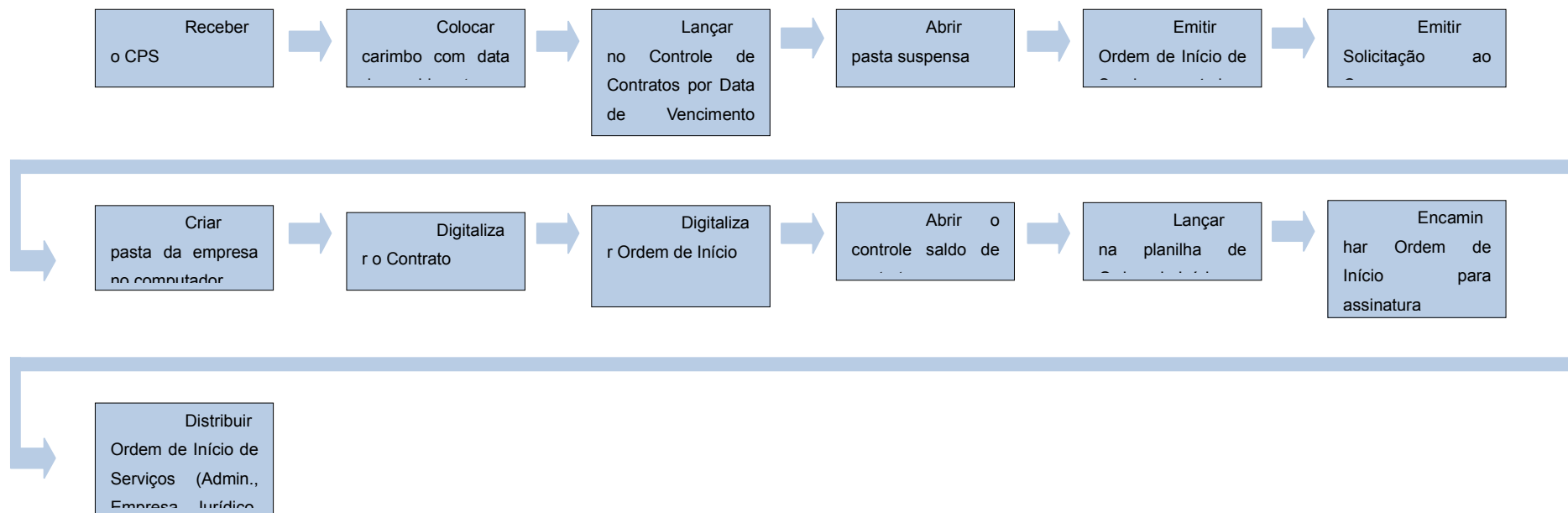
## ANEXO 1 – Fluxos da SMS

### 1.1 ADMINISTRATIVO

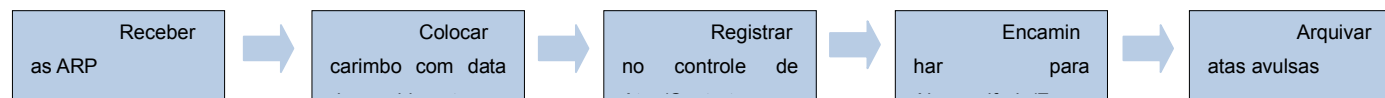
#### 1.1.1 Requisições Ao Compras



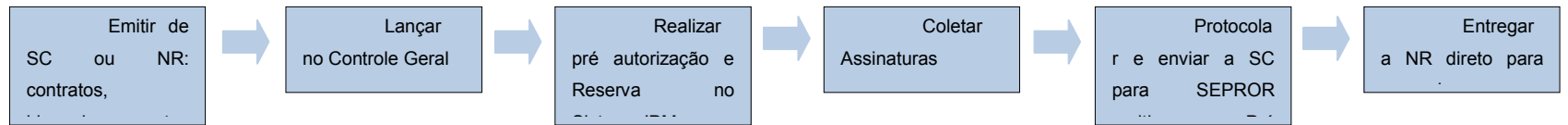
### 1.1.2 Contrato de Prestação de Serviços



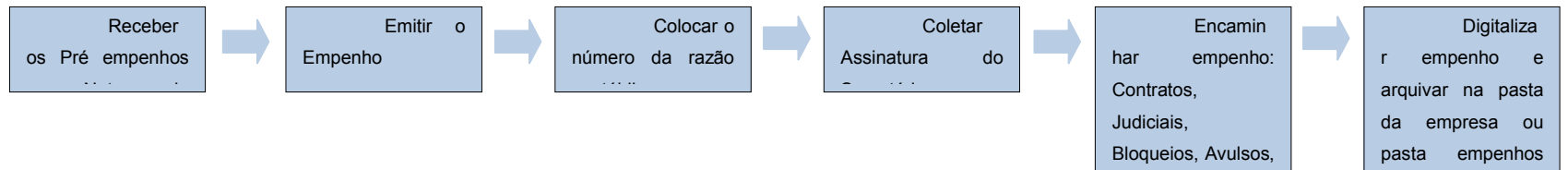
### 1.1.3 Atas de Registro de Preços



### 1.1.4 Solicitação ao Compras / Nota de Reserva

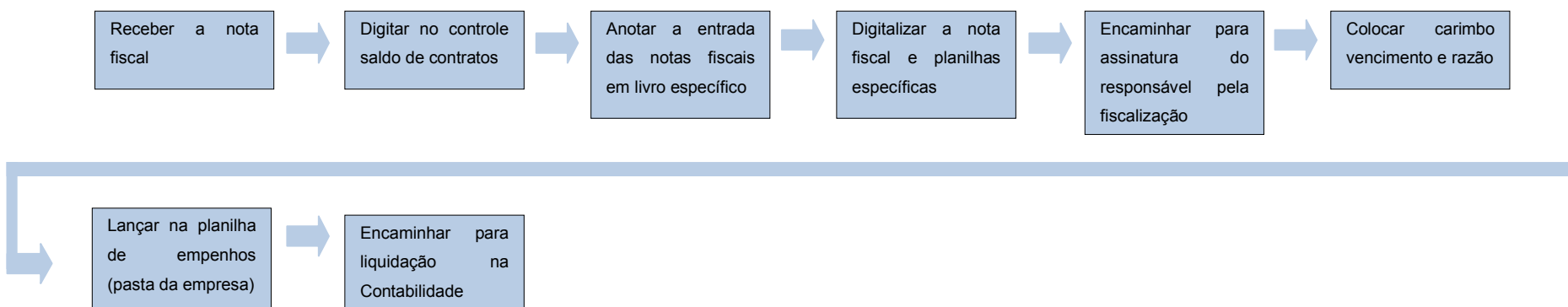


### 1.1.5 Emissão de Empenhos

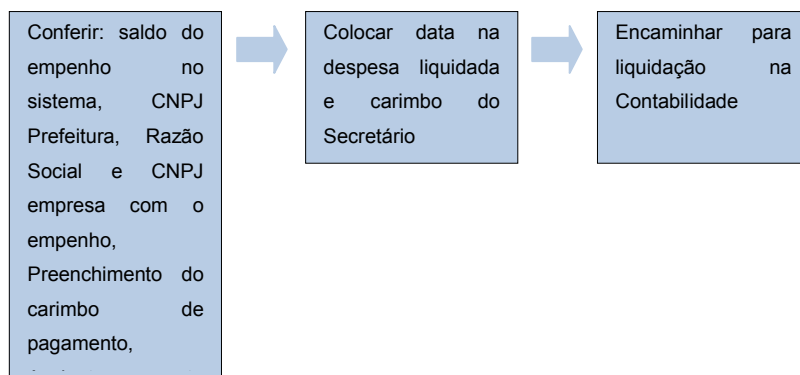




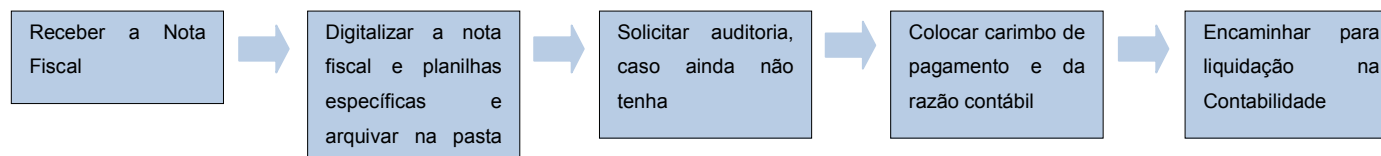
### 1.1.6 Notas Fiscais de Contrato



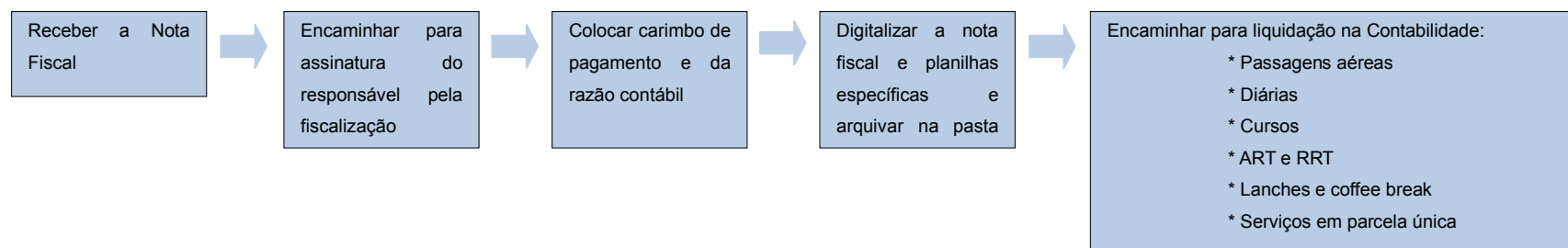
### 1.1.7 Notas Fiscais Farmácia e Almoxarifado



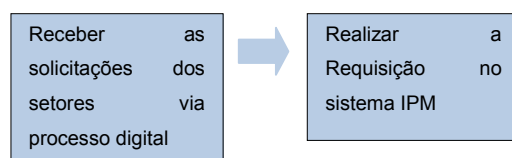
### 1.1.8 Notas Fiscais Empenhos Judiciais



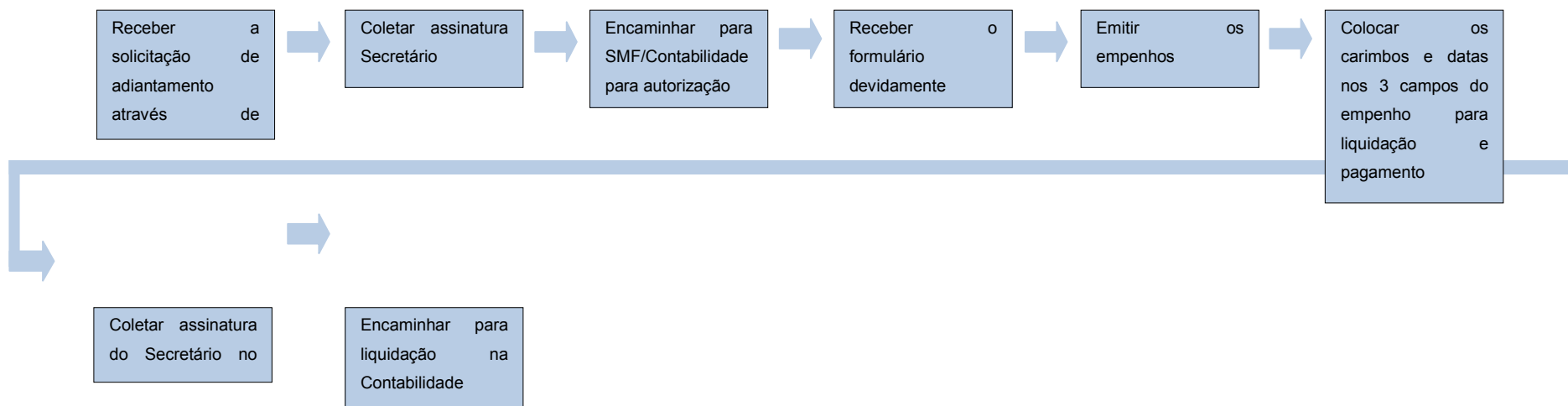
### 1.1.9 Notas Fiscais Empenhos Avulsos



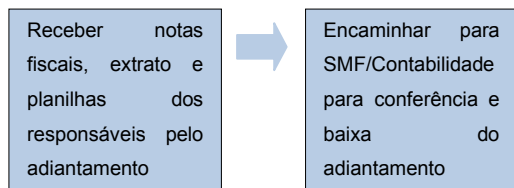
### 1.1.10 Requisições ao Almoxarifado



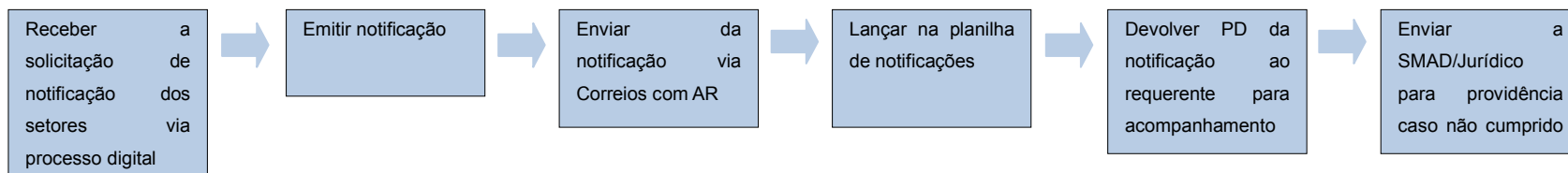
### 1.1.11 Adiantamento



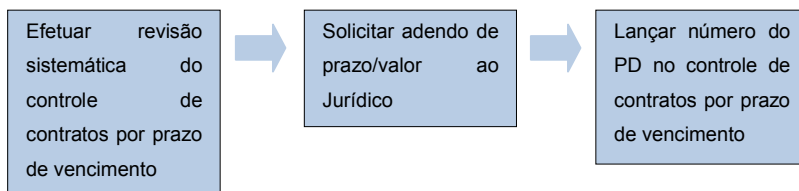
### 1.1.12 Prestação de Contas de Adiantamento



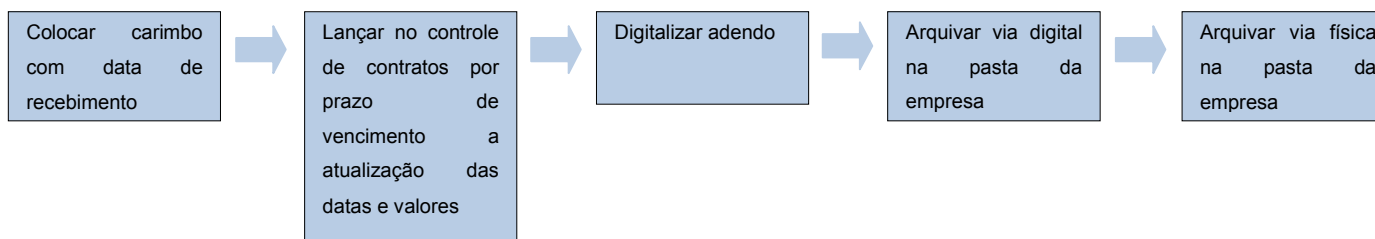
### 1.1.13 Notificações



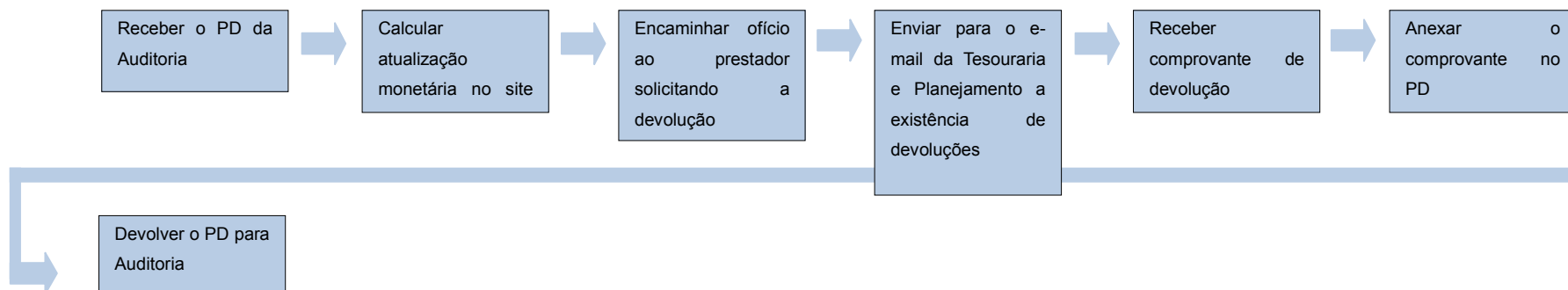
### 1.1.14 Solicitação de Adendos Contratuais



### 1.1.15 Recebimento do Adendo



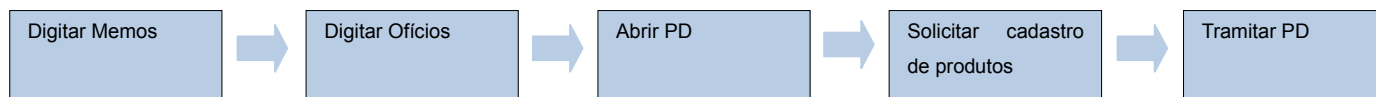
### 1.1.16 Devolução de Recursos ao Fundo Municipal



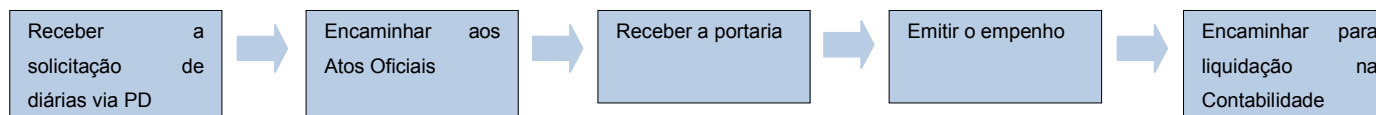
### 1.1.17 Atas Empenhos Materiais Manutenção



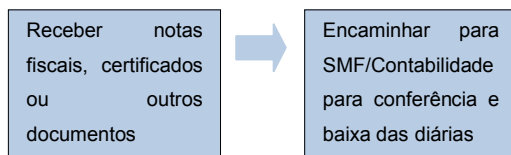
### 1.1.18 Outras Atividades



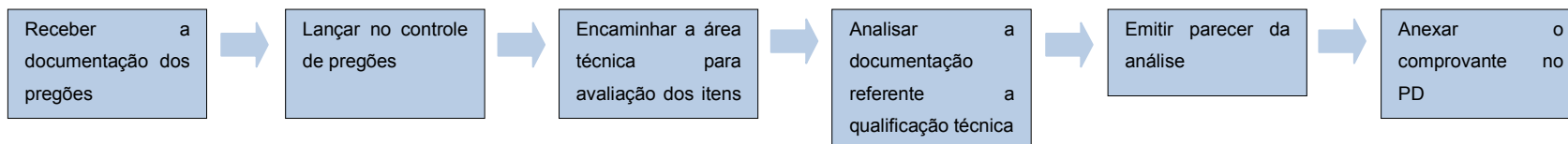
### 1.1.19 Solicitação de Diárias



### 1.1.20 Prestação de Contas de Diárias

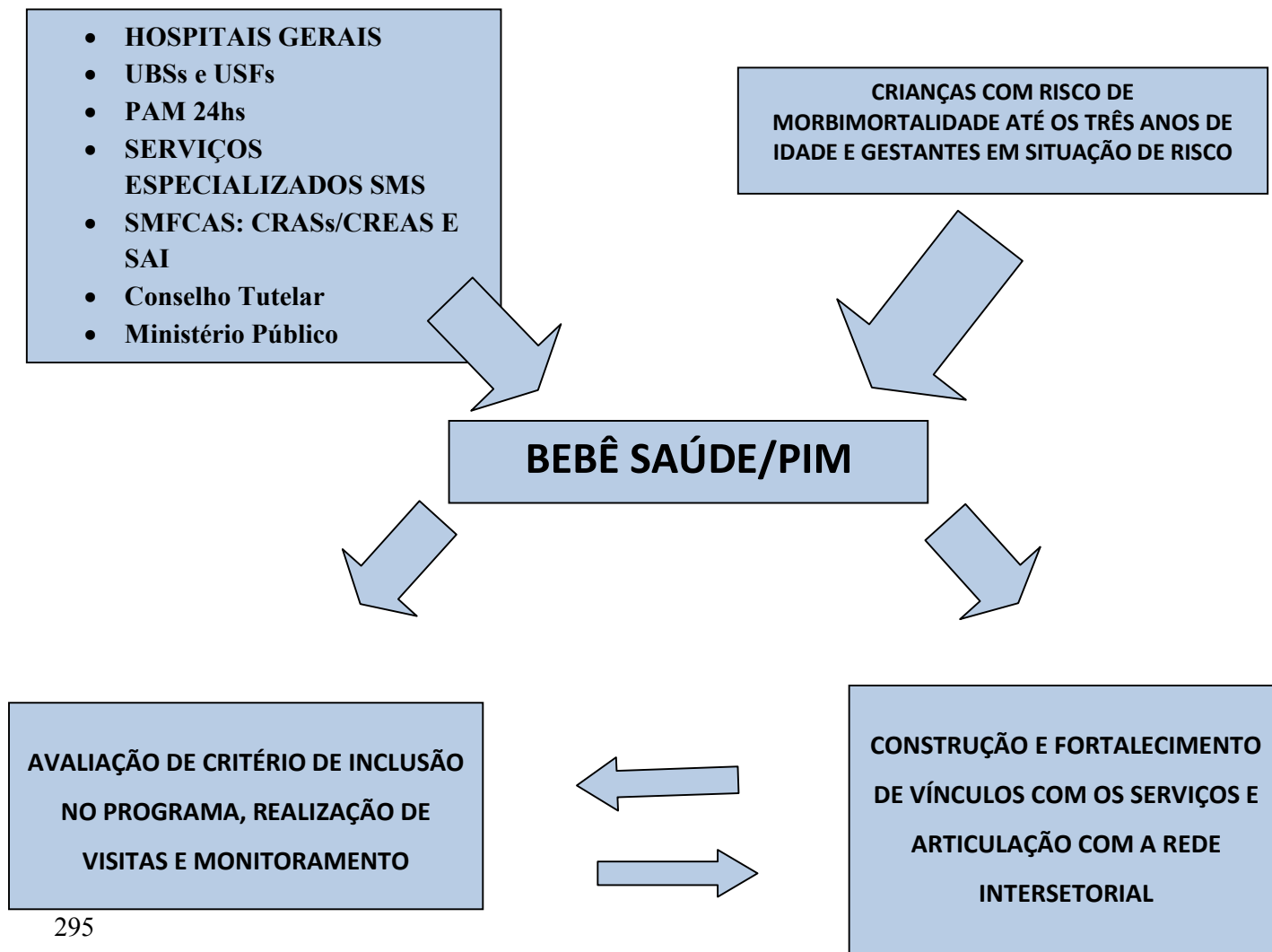


### 1.1.21 Análise de Documentos de Pregões



## 1.2 REDE CEGONHA

### 1.2.1 Bebê Saúde



## 1.2.2 Especialidades Pediátricas

### 1.2.2.1 Saúde Mental

**Criança e Adolescente (0-18a):  
Transtornos Mentais**



**Solicitar Matriciamento sobre o caso ou  
ligar para o CAPS i e agendar consulta/acolhimento  
Telefone: 3496-7887**

**Adolescentes  
Alcoolismo e Drogadição**



**Solicitar Matriciamento sobre o caso ou ligar  
para o CAPS AD e agendar consulta/acolhimento  
Telefone: 3421-5060**

### 1.2.2.2 Doenças Infectocontagiosas

**HIV, Sífilis e outras doenças  
infectocontagiosas**



**Solicitar Matriciamento sobre o caso ou ligar para o  
SAE e agendar consulta/acolhimento para  
Infectologista  
Telefone: 3431-0792/ 3496-4486**



**Crianças com baixo peso**  
**Crianças/Adolescentes obesos e/ou**  
**com alterações de exames laboratoriais**  
**Crianças/Adolescentes com outros**  
**diagnósticos que exijam restrições**  
**alimentares específicas**



**Paciente leva documento referência/contra-referência**  
**até o CENQ para agendamento**  
**Telefone: 3600-7750**

### 1.2.2.3 Fluxograma de Encaminhamento Pediátrico para Centros Especializados Municipal

**Fonoaudiologia:**  
**Crianças e Adolescentes 4 a 17 anos**  
**- Deficiências intelectuais síndrômicas ou não**  
**- Transtorno Global do Desenvolvimento (Autismo)**  
**- Gagueira**  
**-Substituições de fonemas e fala**  
**- Distúrbios articulatórios**



**Comparecer na Policlínica Municipal para**  
**agendar consulta, portando:**  
**- Documento de Ref/Contrareferência**  
**- Cópias Certidão Nascimento ou RG, Cartão SUS,**  
**CPF(acima de 16 anos) e do Comprovante de**  
**Residência**

**Neurologia**  
**Otorrinolaringologista**  
**Pneumologista**



**Comparecer na Policlínica Municipal para**  
**agendar consulta, portando:**  
**- Documento de Ref/Contrareferência**  
**- Cópias Certidão Nascimento ou RG, Cartão SUS,**  
**CPF(acima de 16 anos) e do Comprovante de**  
**Residência**

**Ambulatório de Seguimento**  
**Pediátrico de Risco(Neonatologista):**  
**-Pacientes pediátricos recém-egressos**  
**De UTIs com ALTA ATÉ 60 DIAS**  
**DA MARCAÇÃO DA CONSULTA**  
**-Suspeita de MICROCEFALIA**  
**(RN até 28 dias)**



**Comparecer na Policlínica Municipal para**  
**agendar consulta, portando:**  
**- Receituário comum e/ou nota de alta da UTI**  
**- Carteira de vacinas da criança**  
**- Carteira pré-natal mãe COM EXAMES**

Crianças com lesão cerebral



Comparecer na Policlínica Municipal para agendar consulta, portando:  
- Receituário comum e/ou nota de alta da UTI  
- Carteira de vacinas da criança  
- Carteira pré-natal mãe COM EXAMES

Demais especialidades



Encaminhar documento via Referência/CR para Central de Marcação (GERCON)\*

\*Encaminhar documento Referência Contra-Referência para Central de Marcação  
**Informações Obrigatórias:** Motivo do Encaminhamento, Dados do Exame Físico, Exames Laboratoriais, Exames de Imagem, Tratamento em uso **Documentos:** RG, Cartão SUS e comprovante de Residência  
*Todos os casos poderão ser discutidos via Telessaúde, anotar número do protocolo na referência*

#### 1.2.2.4 Estimulação Precoce

Crianças de 0 a 3 anos e 11 meses com Deficiências e Transtorno Global do Desenvolvimento

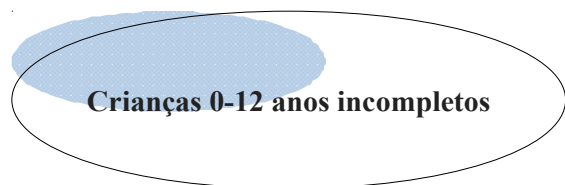


Encaminhar para APAE através dos CRAS

RNs (até 28 dias) com MICROCEFALIA

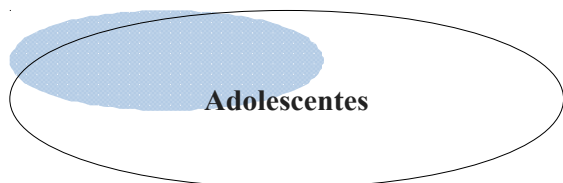


Encaminhar documento via Referência/CR para Central de Marcação (GERCON)\*



**Encaminhar documento via Ficha de Requisição para Tratamento de Reabilitação Multidisciplinar para Central de Marcação (GERCON)\* Para CEREPAL(Centro de reabilitação de Porto Alegre)**

### 1.2.2.5 Urgência e Emergência



**- PAM 24 horas: 24 horas  
-HDJB: 20 hs - 7 hs**



**PAM 24 horas/HDJB: 24 horas**

### 1.2.3 testes de triagem recém nascido

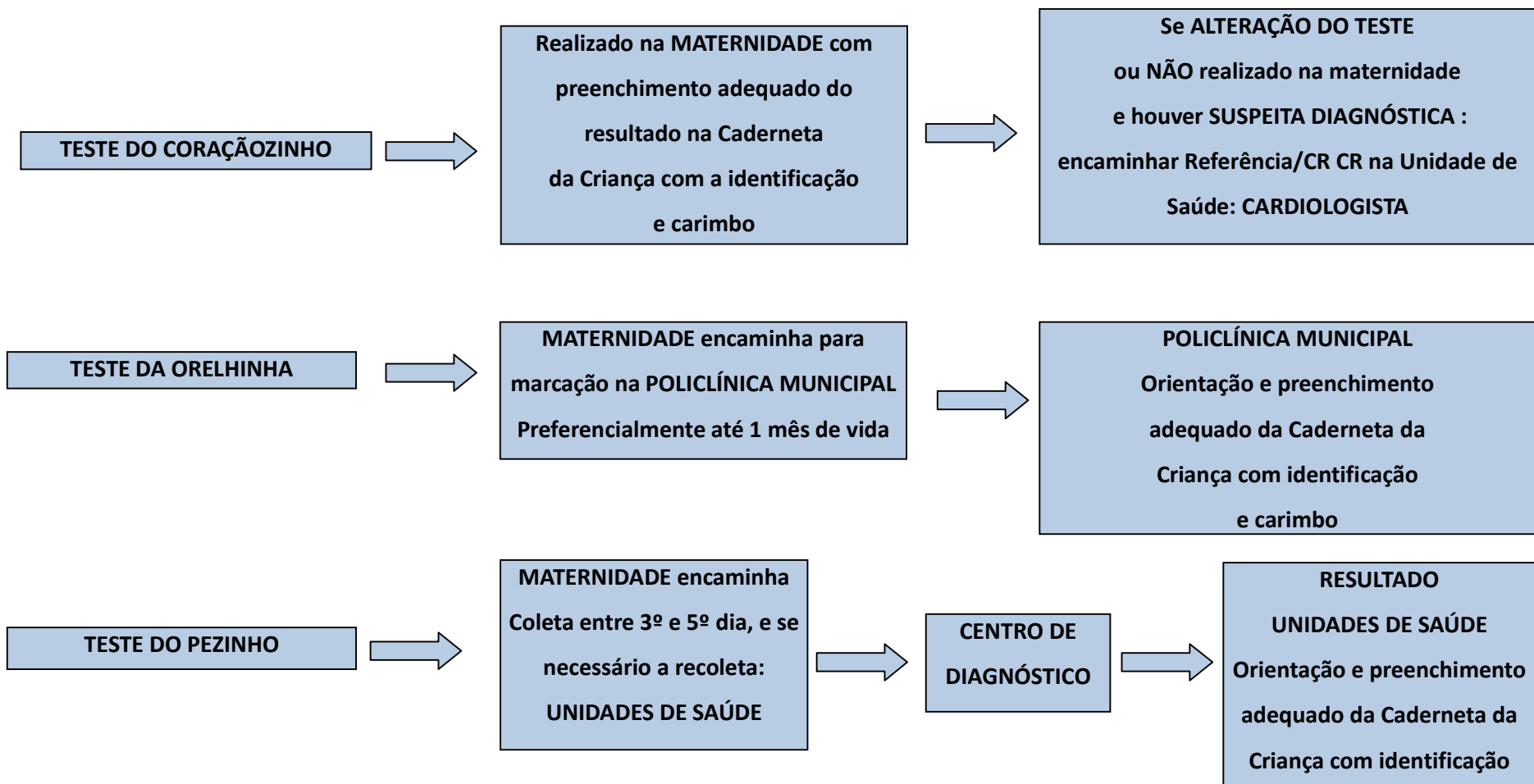
**TESTE DO OLHINHO**



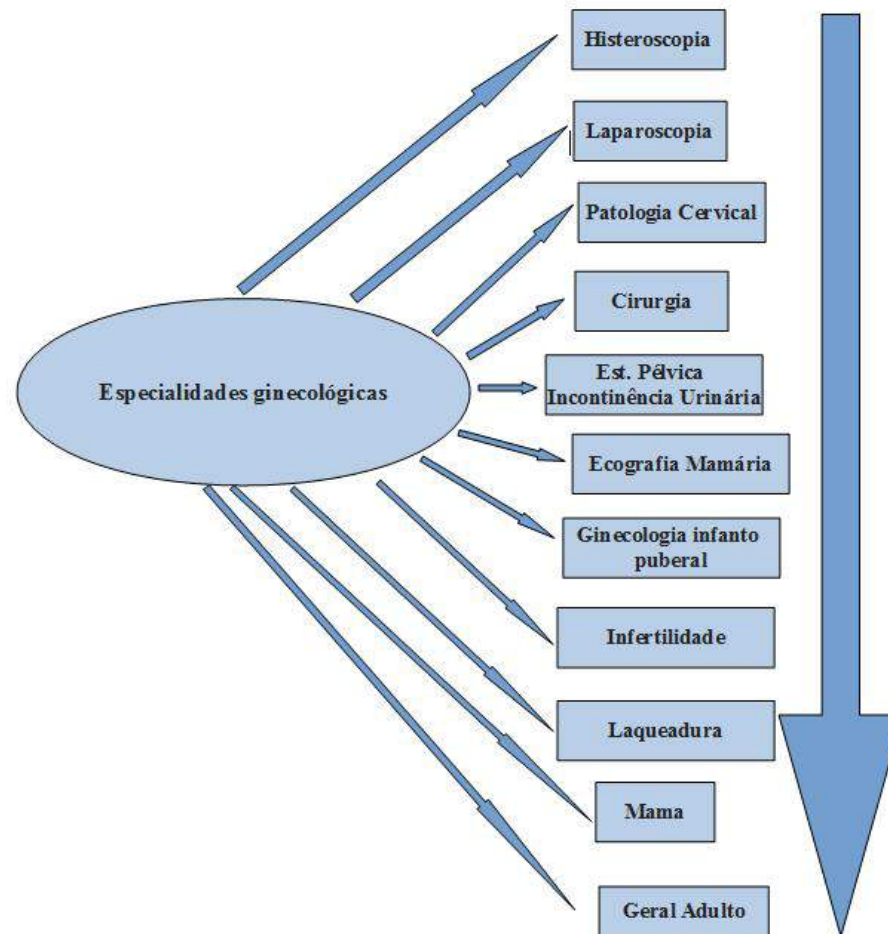
**Realizado na MATERNIDADE com preenchimento adequado do resultado na Caderneta da Criança com a identificação e carimbo**



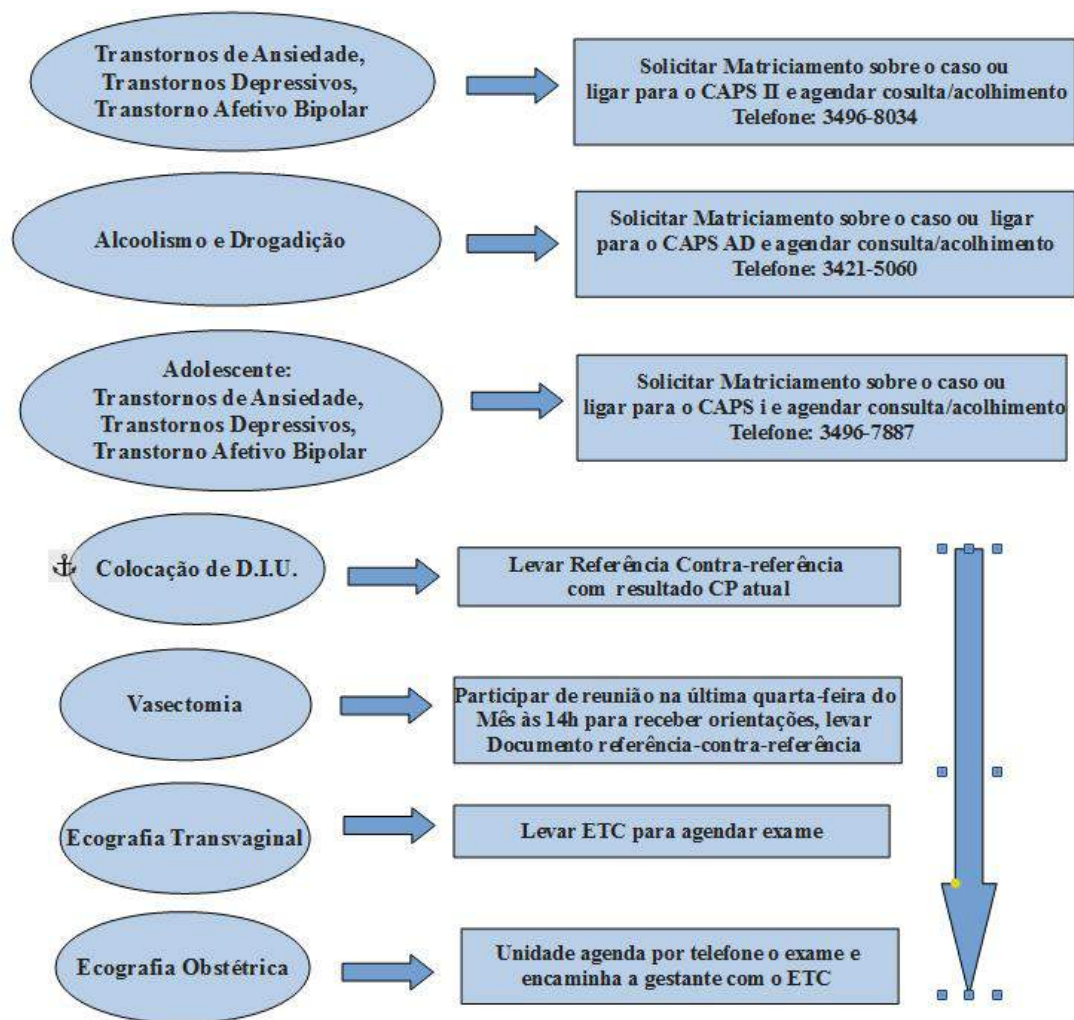
**Se NÃO realizado na maternidade e impossibilidade de realização na unidade, encaminhar Referência/CR na Unidade de Saúde: OFTALMOLOGISTA/TESTE**



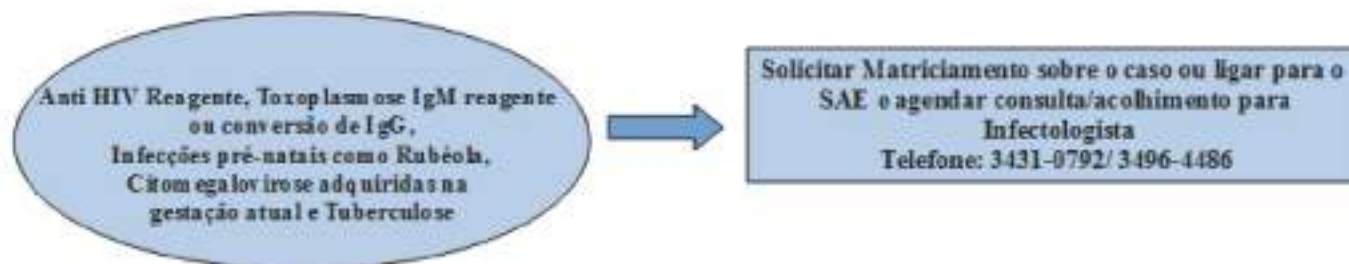
## 1.2.4 Fluxos de Ginecologia



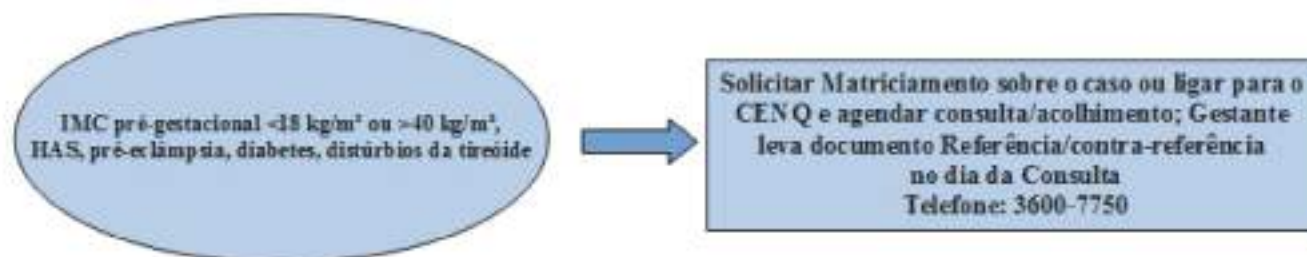
### 1.2.4.1 Saúde Mental

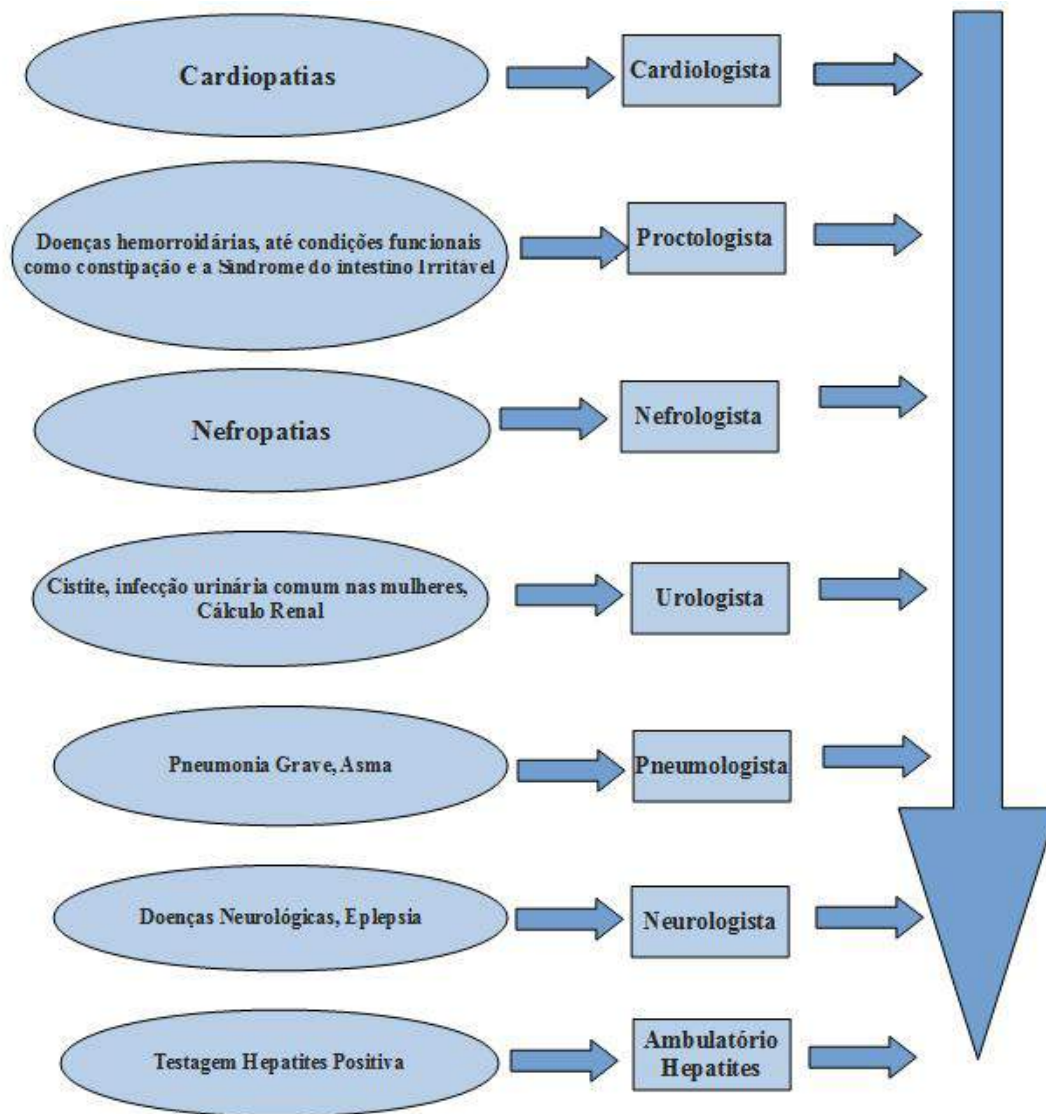


#### 1.2.4.2 Doenças Infectocontagiosas

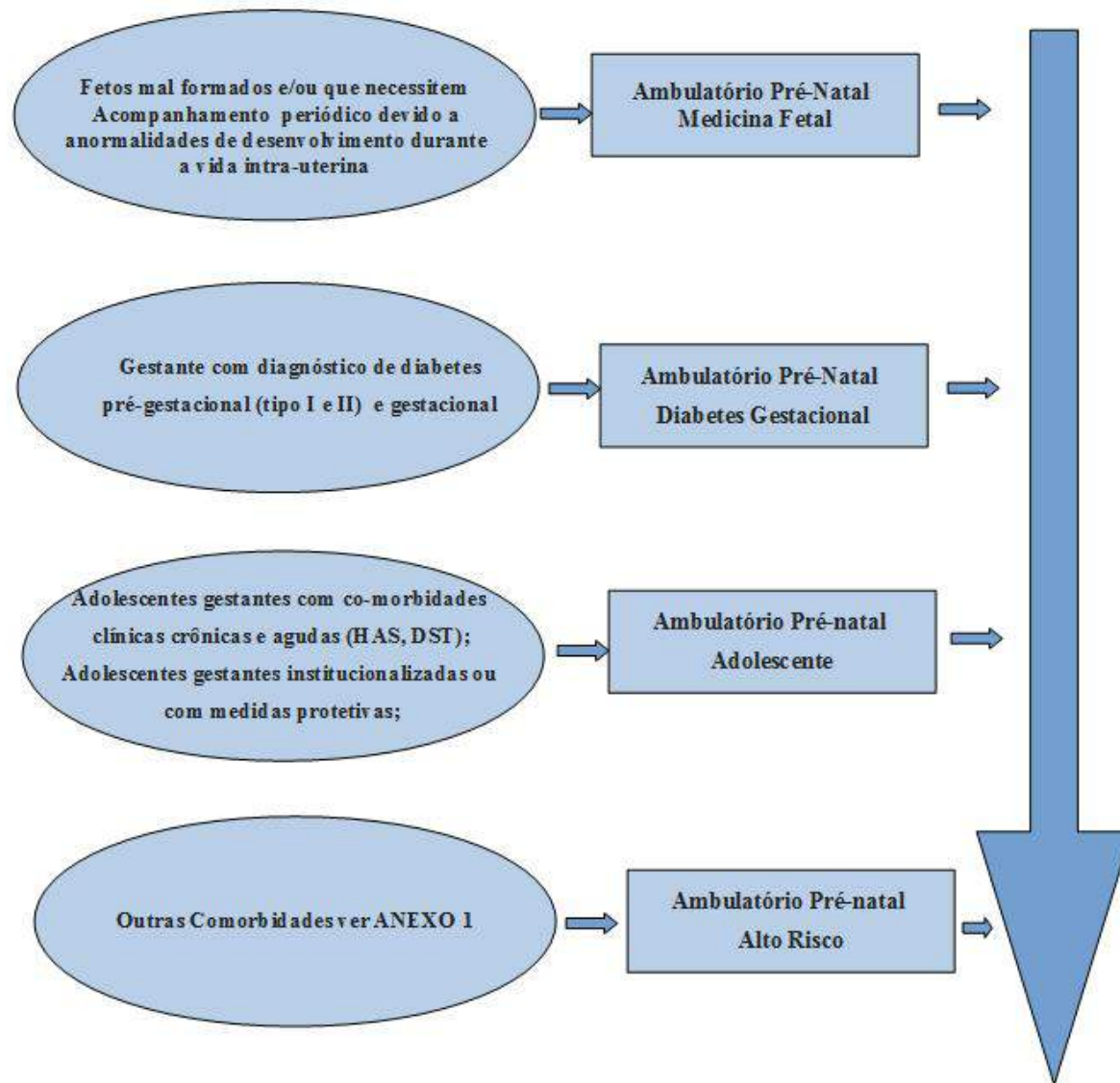


#### 1.2.4.3 Serviço de Nutrição

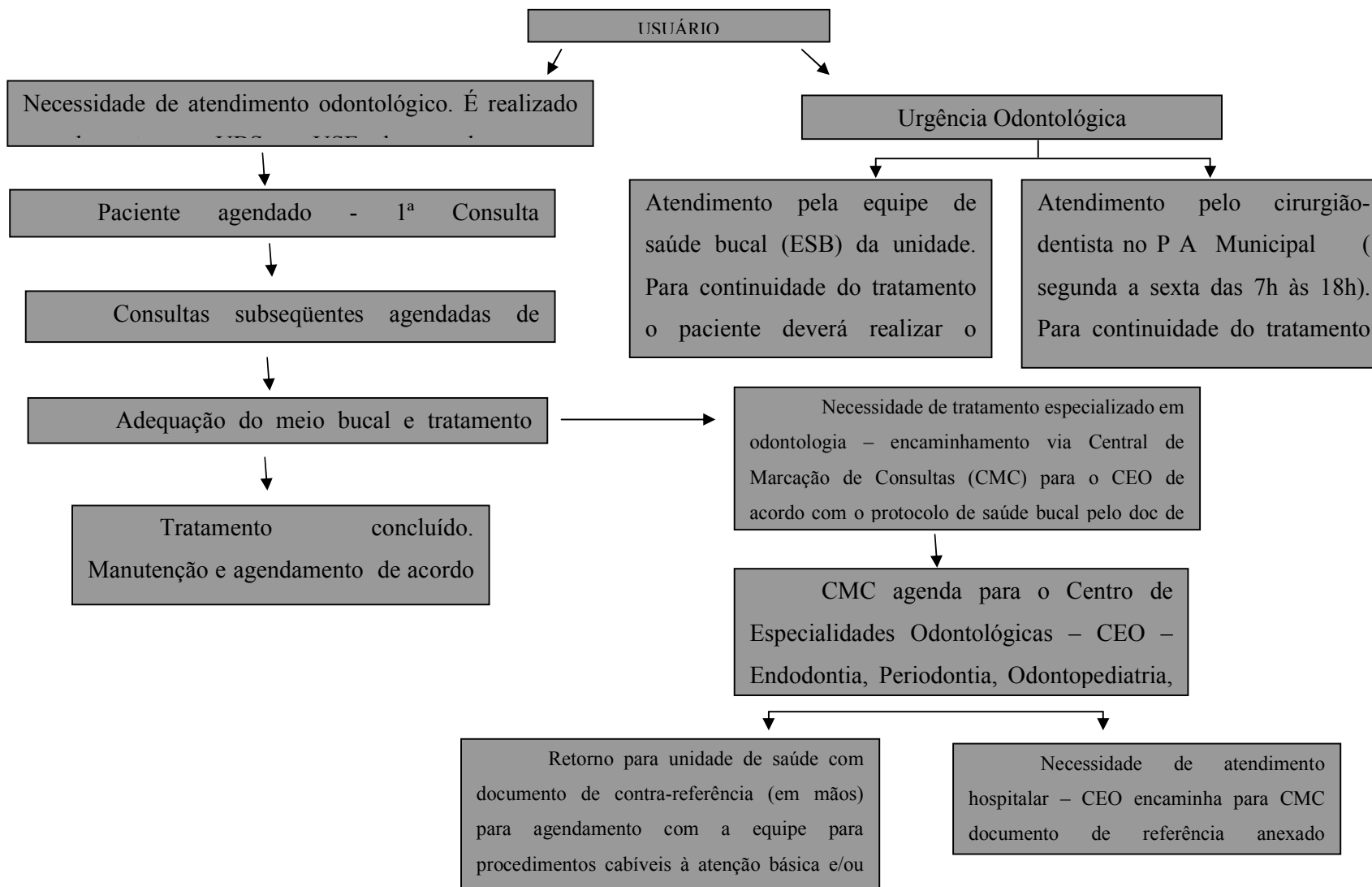




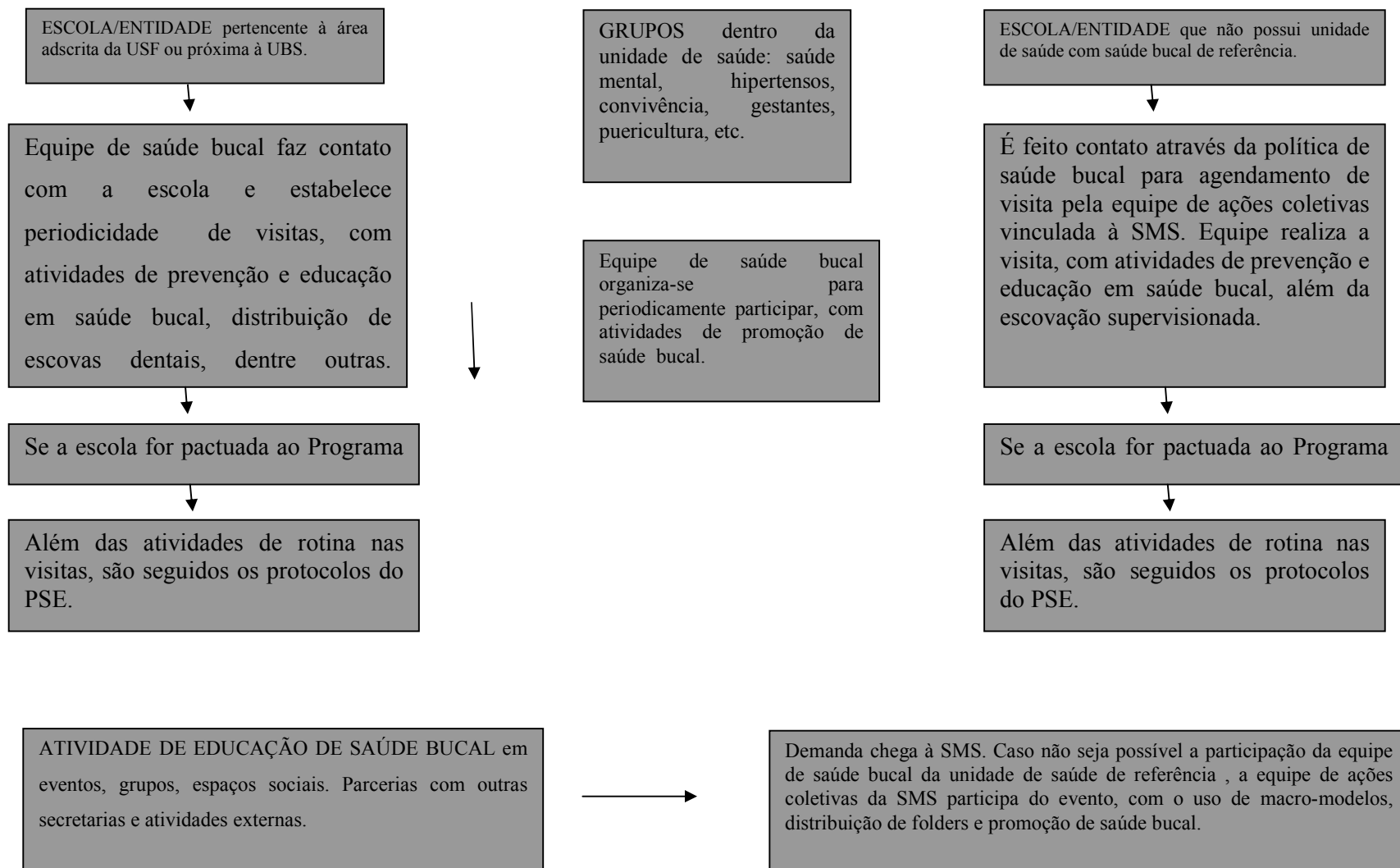




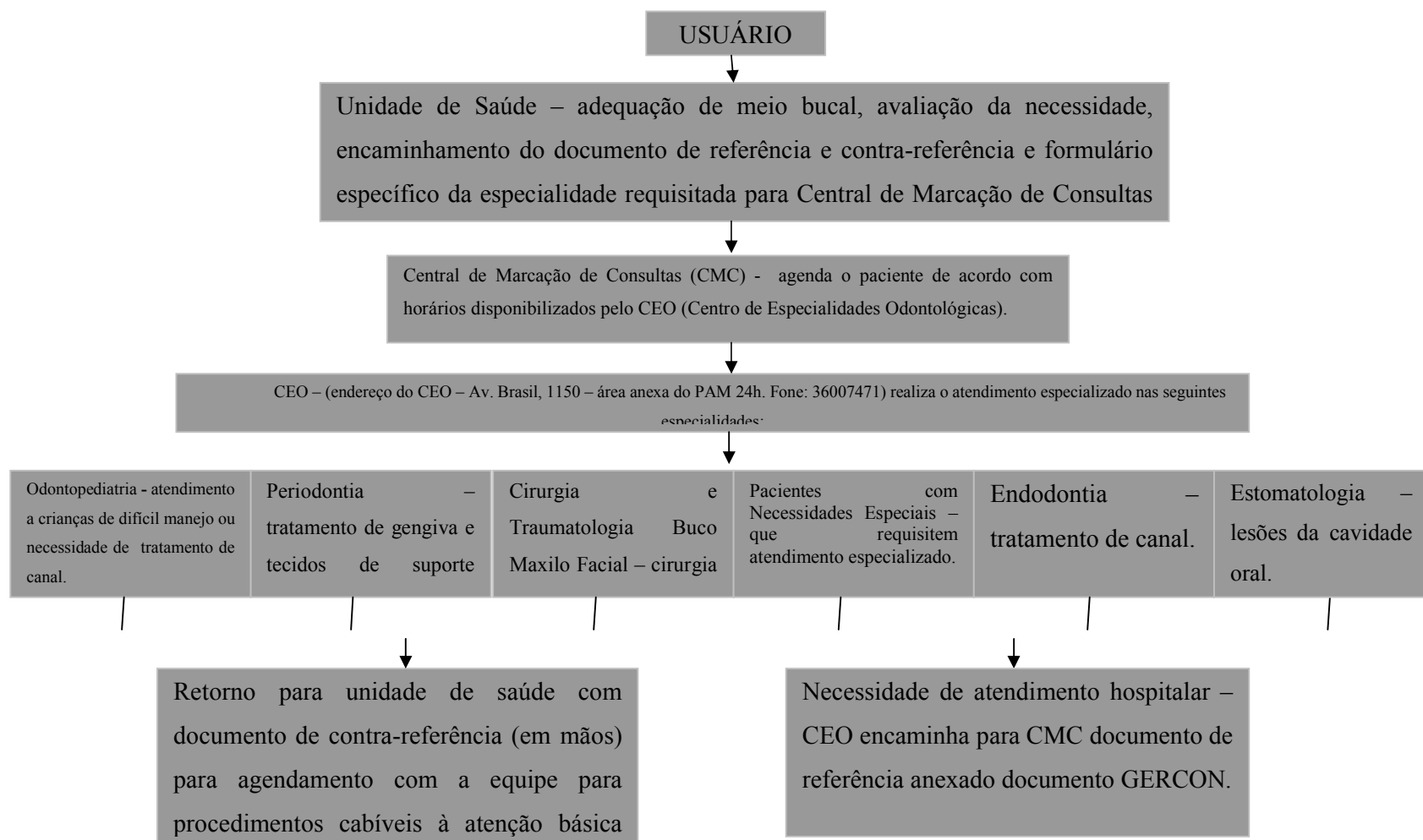
### 1.3 POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL



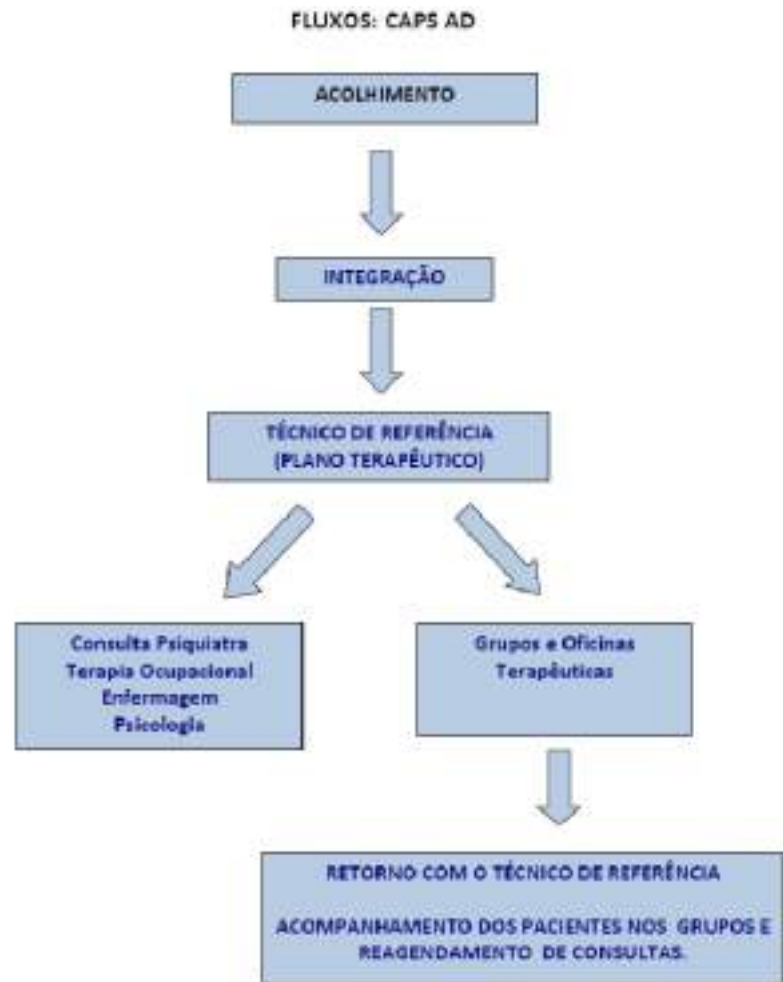
### 1.3.1 Fluxos das atividades coletivas da saúde bucal do município



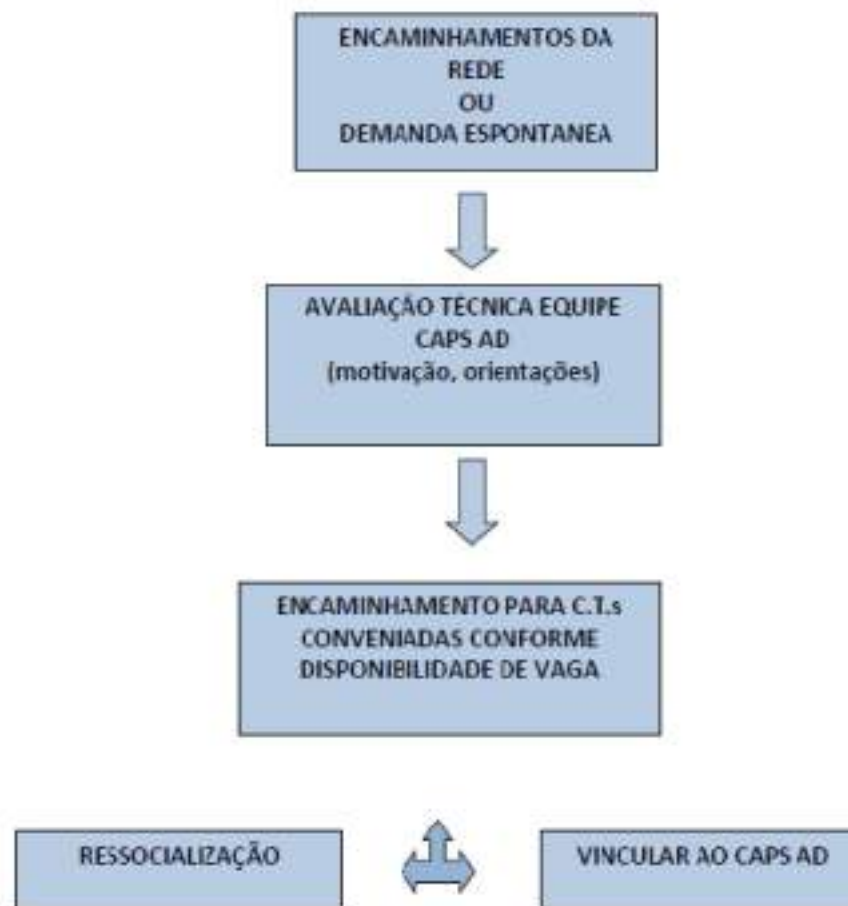
### 1.3.2 Fluxo assistencial do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) municipal



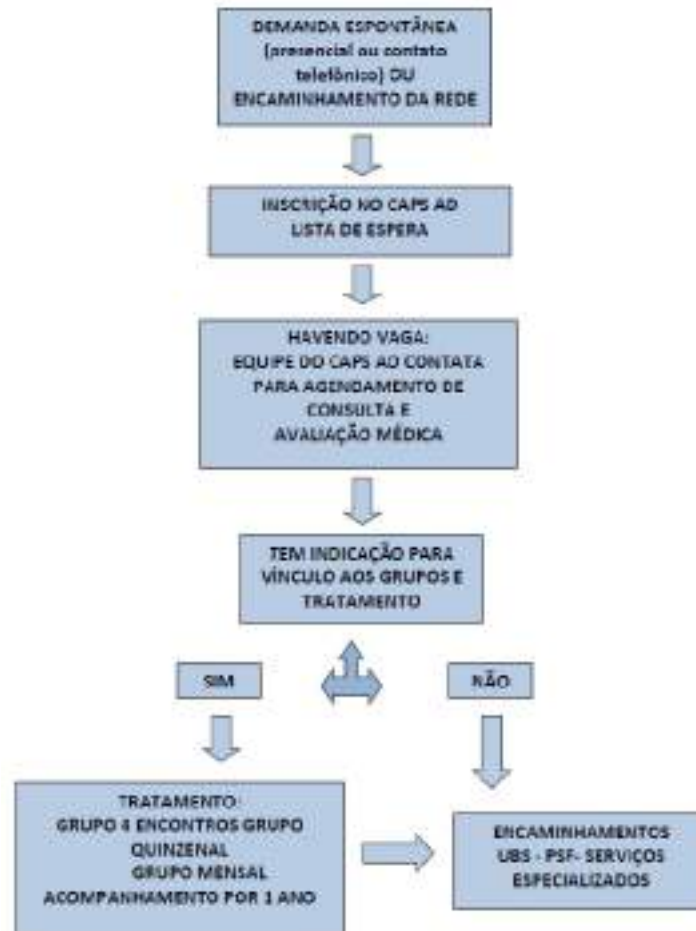
#### 1.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



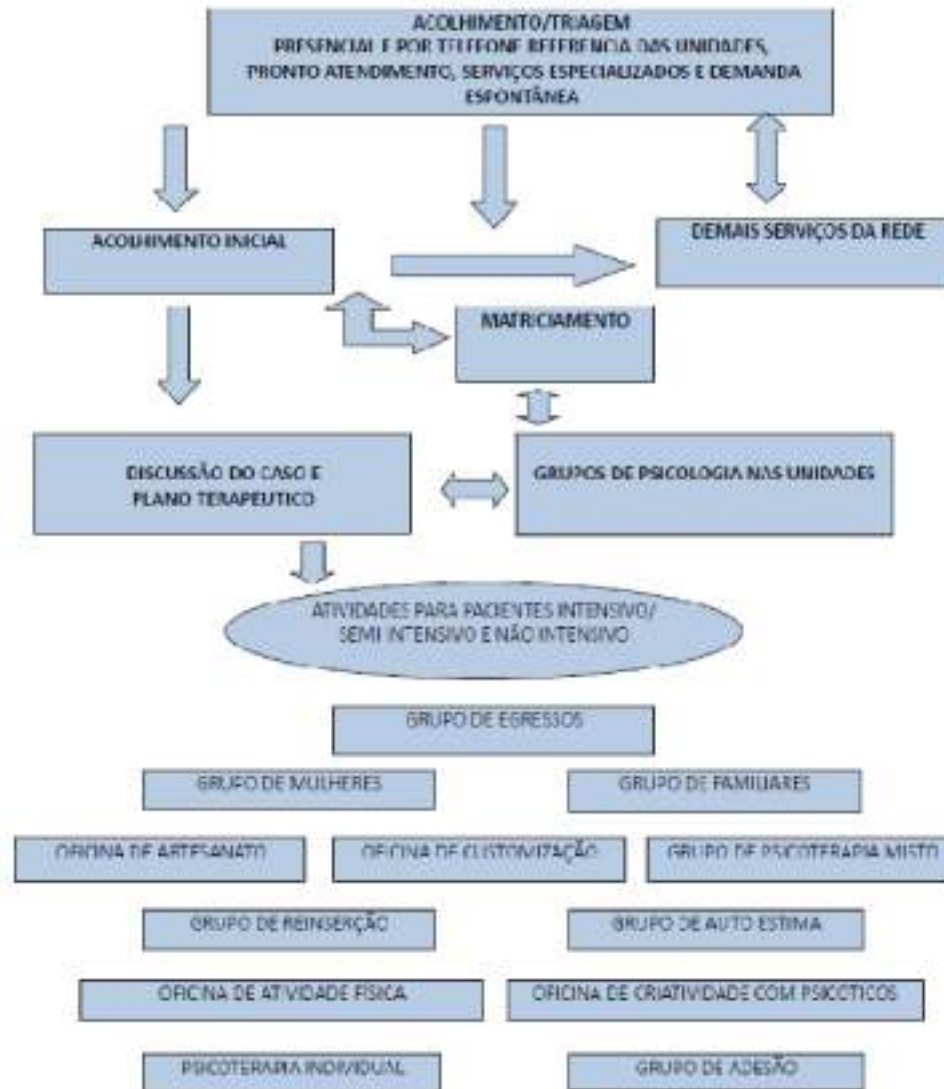
### FLUXOS: CAPS AD - COMUNIDADES TERAPÊUTICAS



FLUXOS: CAPS AD - TABAGISMO



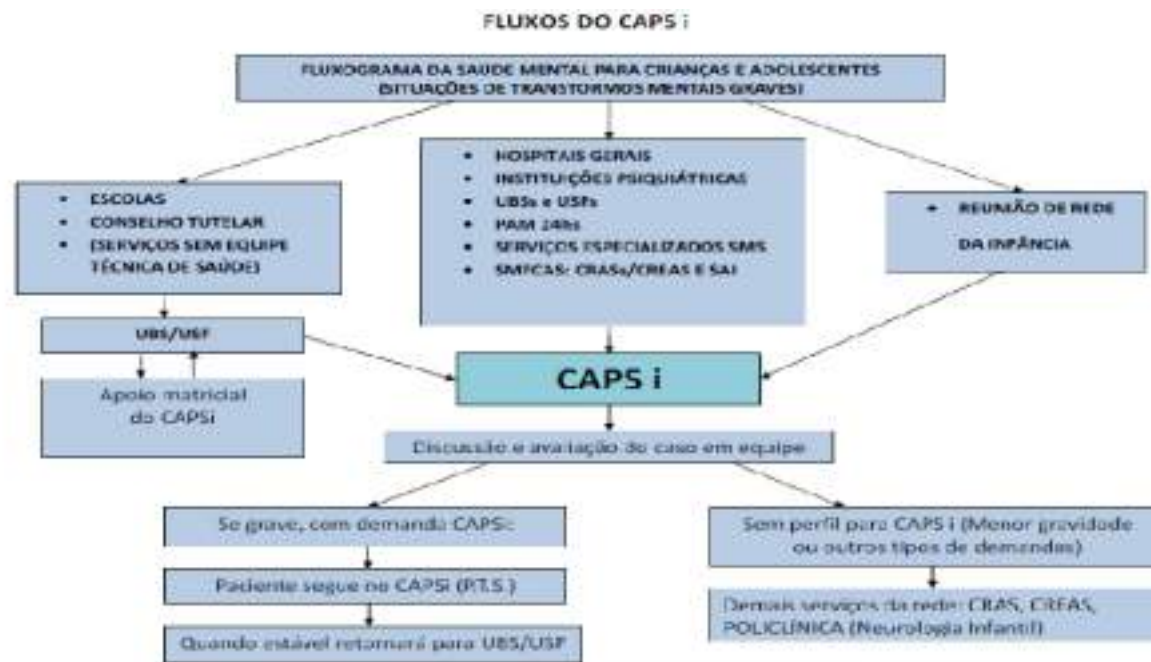
## FLUXOS: CAPS II - ATENDIMENTO/ENCAMINHAMENTO





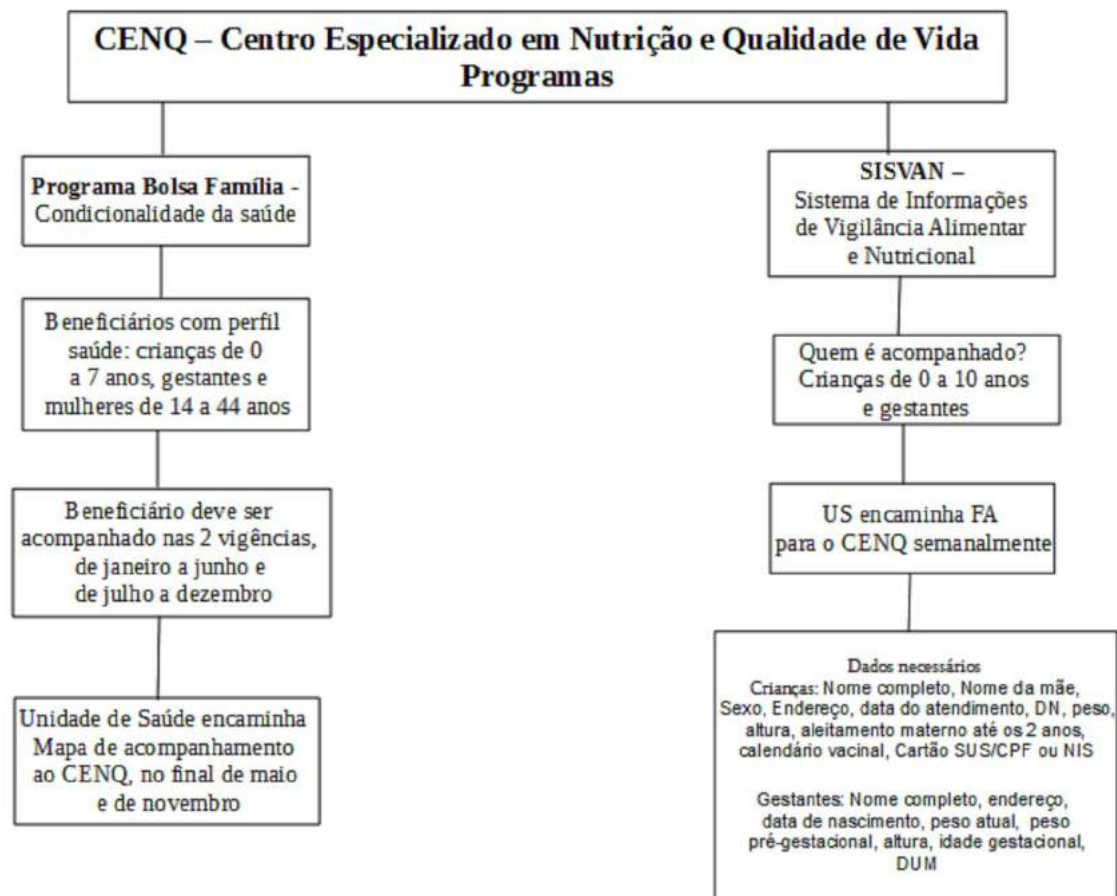
## FLUXOS: CAPS II – RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

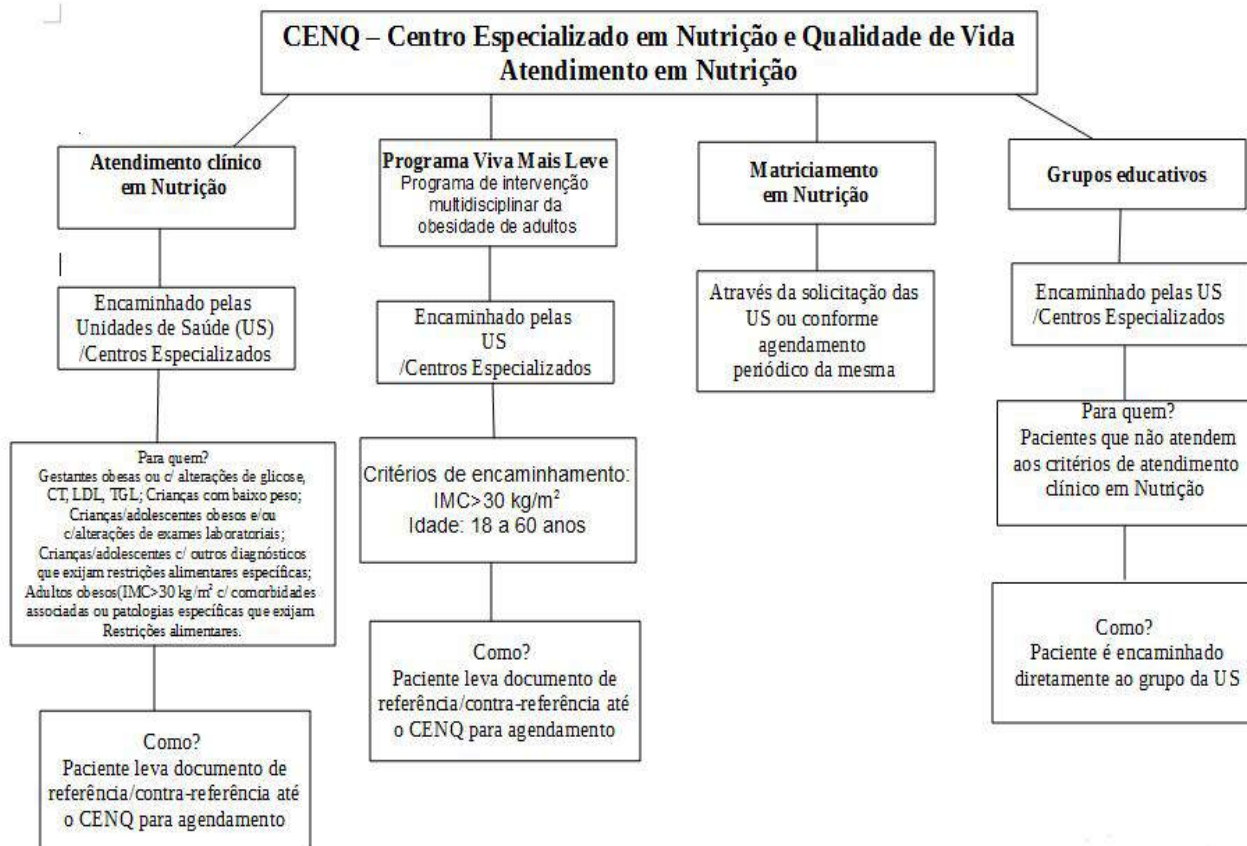




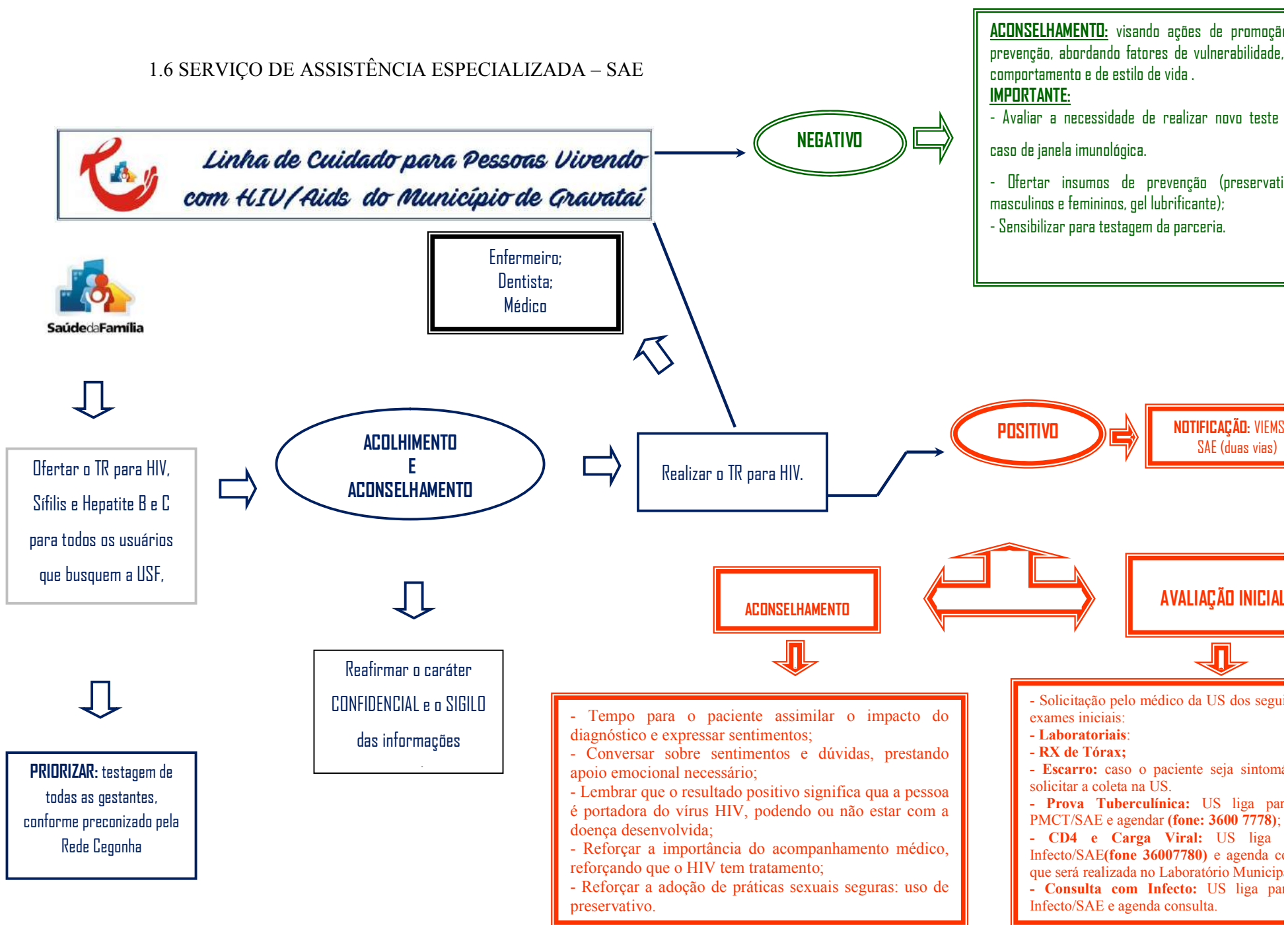
Endereço: Rua Madre Maria Maria, nº 35 - Centro -  
Horário de Funcionamento: das 08h às 17h - Telefone: 3496.7887

## 1.5 CENTRO DE NUTRIÇÃO E QUALIDADE DE VIDA - CENQ





## 1.6 SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA – SAE



## ANEXO 2 - REMUME 2017

| <b>MEDICAMENTOS DISPENSADOS À POPULAÇÃO</b>      |
|--|
| ACIDO ACETILSALICILICO 100mg cp                  |
| ACIDO FÓLICO 5mg cp                              |
| ALBENDAZOL 40mg/ ml fr                           |
| ALOPURINOL 100mg cp                              |
| ALENDRONATO SÓDICO 70mg cp                       |
| AMOCIXILINA 500mg cp                             |
| AMOXICILINA suspensão oral 250mg/5ml -150ml fr   |
| AMOXICILINA suspensão oral 250mg/5ml – 60ml fr   |
| AMOXICILINA 500mg + CLAVULANATO 125mg cp         |
| AMOXILINA + CLAVULALATO 250 + 62,5mg/5ml fr      |
| ANLODIPINO 5mg cp                                |
| AZITROMICINA 500mg cp                            |
| AZITROMICINA 900mg suspensão fr                  |
| CARBONATO DE CÁLCIO 500 mg + VITAMINA D 200UI cp |
| CEFALEXINA 250mg/5ml suspensão oral- 60ml fr     |
| CEFALEXINA 500mg cp                              |
| CIPROFLOXACINO 250mg cp                          |
| CLOREXIDINA 0,12% solução bucal fr               |
| DEXAMETASONA creme 0,1% - 10g bis                |
| DIGOXINA 0,25mg cp                               |
| DIPIRONA SODICA 500mg/ml solução oral – 20ml fr  |
| DOXICICLINA 100mg cp                             |
| ERITROMICINA 500mg cp                            |
| ESTROGENOS CONJUGADOS 0,625mg cp                 |
| ESPIRONOLACTONA 25mg cp                          |
| FLUCONAZOL 150mg cp                              |

|  |
|--|
| FUROSEMIDA 40mg cp   |
| GENTAMICINA COLÍRIO 0,5% fr                                    |
| IBUPROFENO GOTAS 50mg/ml fr                                    |
| IBUPROFENO 300mg cp  |
| INSULINA NPH Humana 100UI/mL – 10mL fr                         |
| INSULINA REGULAR Humana 100UI/mL – 10mL fr                     |
| ISOSSORBIDA DINITRATO 5mg (cp sublingual)                      |
| ISOSSORBIDA MONONITRATO 40mg cp                                |
| LEVODOPA 250mg + CARBIDOPA 25mg cp                             |
| LEVONOG 0,150mg + ETINILEST. 0,030mg - 21 drg                  |
| LEVOTIROXINA SÓDICA 25mcg cp                                   |
| LORATADINA 1mg/ml 100ml fr                                     |
| MEDROXIPROGESTERONA 10mg cp                                    |
| MEDROXIPROGESTERONA 150mg/mL acet. injetável amp               |
| METILDOPA 250mg cp   |
| METOCLOPRAMIDA 10mg cp   |
| METOCLOPRAMIDA solução oral 4mg/ml – 10ml fr                   |
| METOPROLOL,tartarato 100mg cp                                  |
| METRONIDAZOL 10% creme ou geléia vaginal + aplicador – 50g bis |
| METRONIDAZOL 250mg cp  |
| MICONAZOL 2% creme vaginal – 80g bis                           |
| NEOMICINA 5mg/g + BACITRACINA 250UI/g – 10g bis                |
| NISTATINA 100.000UI/ml suspensão oral – 50ml fr                |
| NITROFURANTOINA 100mg cp                                       |
| NORETISTERONA 0,35mg - 35 cp                                   |
| NORETISTERONA, ENANTATO + ESTRADIOL, VALERATO 50 + 5 mg/ml amp |
| OMEPRAZOL 20mg cp  |
| PARACETAMOL 200mg/ml solução oral – 15ml fr                    |
| PARACETAMOL 500 mg cp  |

|  |
|--|
| PERMETRINA 1% loção – 60ml fr                      |
| PERMETRINA 5% loção – 60ml fr                      |
| PREDNISOLONA suspensão oral 3mg/mL – 100ml fr      |
| PREDNISONA 20mg cp                                 |
| PREDNISONA 5mg cp                                  |
| PROMETAZINA, cloridrato 25mg cp                    |
| SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL - 27,9 g env              |
| SINVASTATINA 20mg cp                               |
| SMZ 200mg + TMP 40mg/5ml suspensão oral – 100ml fr |
| SMZ 400mg + TMP 80mg cp                            |
| SORO NASAL – 30ml fr                               |
| SULFADIAZINA 500mg cp                              |
| SULFATO FERROSO 40mg Fe elementar cp               |
| SULFATO FERROSO solução oral 25mgFe/ml – 30ml fr   |
| TIAMINA 300mg cp                                   |
| TIMOLOL 0,5% fr                                    |
| VARFARINA 5mg cp                                   |
| VERAPAMIL 80mg cp                                  |

|   |
|---|
| <b>MEDICAMENTOS CONTROLADOS DISPENSADOS À POPULAÇÃO</b> |
| ACIDO VALPRÓICO 250mg cp                                |
| AMITRIPTILINA 25mg cp                                   |
| BIPERIDENO CLORIDRATO 2mg cp                            |
| CARBAMAZEPINA 200mg cp                                  |
| CARBAMAZEPINA 2% suspensão oral - 100 ml fr             |
| CARBONATO DE LITIO 300mg cp                             |
| CLORPROMAZINA 25 mg cp                                  |
| CLORPROMAZINA 100 mg cp                                 |
| DIAZEPAN 5mg cp   |



|                                 |
|---------------------------------|
| FENOBARBITAL 100mg cp           |
| FENOBARBITAL 40mg/ml fr         |
| FENITOINA 100 mg cp             |
| FLUOXETINA 20mg cp              |
| HALOPERIDOL 5 mg cp             |
| RISPERIIDONA 1mg cp             |
| VALPROATO DE SÓDIO 250mg/5ml fr |

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS NAS UBS'S, USF'S, SAMU, PAM 24H, UPA E CENTROS ESPECIALIZADOS.**

|  |
|--|
| ACETILCISTEÍNA 100mg/mL amp 3mL                                      |
| ACICLOVIR 200mg cp   |
| ADENOSINA 3mg/mL amp   |
| ÁGUA PARA INJEÇÃO 5mL  |
| ÁGUA PARA INJEÇÃO 10mL   |
| AMINOFILINA 0,24g/10mL amp 10mL                                      |
| AMIODARONA 50mg/mL amp 3mL   |
| AMOXICILINA 1000mg + CLAVULANATO 200mg EV                            |
| AMPICILINA SÓDICA 1g   |
| AMPICILINA 1g + SULBACTAM 0,5g EV                                    |
| ATROPINA Sulfato 0,50mg/mL   |
| BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000UI + diluente                    |
| BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000UI + diluente                      |
| BENZILPENICILINA PROCAÍNA 300.000UI + BENZATINA 100.000UI + diluente |
| BENZILPENICILINA 1.000.000UI   |
| BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% amp 10mL                                   |
| BIPERIDENO 5mg/mL amp  |
| CAPTOPRIL 25mg cp  |
| CARVÃO ATIVADO 1Kg   |

|                                      |
|--------------------------------------|
| CEDILANIDE 0,2mg/mL amp              |
| CEFALOTINA 1g EV                     |
| CEFTRIAXONA 1g EV                    |
| CETOPROFENO 100mg Pó EV              |
| CIPROFLOXACINO 200mg 100mL EV        |
| CLARITROMICINA 500mg EV              |
| CLINDAMICINA 150mg/mL amp 4mL        |
| CLOPIDOGREL 75mg cp                  |
| CLONIDINA 0,200mg cp                 |
| CLORETO DE SÓDIO 20% amp 10mL        |
| CLORETO DE POTÁSSIO 10% amp 10mL     |
| CLORPROMAZINA 5mg/mL amp 5mL         |
| CODEÍNA 30mg cp                      |
| COLÍRIO ANESTÉSICO fr 10mL           |
| COMPLEXO B amp 2mL                   |
| DEXAMETASONA 4mg/mL amp 2,5mL        |
| DIAZEPAM 5mg/mL amp 2mL              |
| DICLOFENACO DE SÓDIO 25mg/mL amp 3mL |
| DIMENIDRINATO EV                     |
| DIMETICONA 75mg/mL fr 10mL           |
| DIPIRONA SÓDICA 500mg/mL amp 2mL     |
| DIU COBRE                            |
| DOBUTAMINA 12,5mg/mL amp 20mL        |
| DOPAMINA 5mg/mL amp 10mL             |
| EPINEFRINA 1mg/mL amp 1mL            |
| ESPIRAMICINA 500mg cp                |
| FENITOÍNA 50mg/mL amp 5mL            |
| FENOBARBITAL 100mg/mL amp 2mL        |
| FENOTEROL 5mg/mL fr 20mL             |

|   |
|---|
| FENTANILA 0,05mg/mL amp 10mL                        |
| FITOMENADIONA 10mg/ml amp 1mL                       |
| FLUMAZENIL 0,5mg/mL amp                             |
| FUROSEMIDA 10mg/mL amp 2mL                          |
| GENTAMICINA 40mg/mL amp 1mL                         |
| GLICOSE 50% amp 10mL                                |
| GLUCONATO DE CÁLCIO 10% amp 10mL                    |
| HALOPERIDOL 5mg/mL amp 1mL                          |
| HALOPERIDOL DECANOATO 70,52mg amp 1mL IM            |
| HEPARINA SÓDICA 5.000UI/mL fr-amp 5mL               |
| HEPARINA SÓDICA 5.000UI/0,25mL subcutânea           |
| HIDROCORTISONA 100mg + diluente EV                  |
| HIDROCORTISONA 500mg + diluente EV                  |
| HIOSCINA 10mg cp                                    |
| HIOSCINA 20mg/mL amp 1mL                            |
| HIOSCINA 4mg + DAPIRONA 500mg/mL amp 5mL            |
| IPRATRÓPIO Brometo 0,025% fr 20mL                   |
| LEVOFLOXACINO 500mg bolsa sist fechado 100ml        |
| LEVONORGESTREL 0,75mg cp                            |
| LIDOCAÍNA 2% gel bisn. 30G                          |
| LIDOCAÍNA 2% solução injetável SEM VASO fr-amp 20mL |
| LIDOCAÍNA 2% solução injetável COM VASO fr-amp 20mL |
| LIDOCAÍNA 10% spray fr 50mL                         |
| METRONIDAZOL 0,5% bolsa sistema fechado 100mL EV    |
| METOCLOPRAMIDA 5mg/mL amp                           |
| METOPROLOL 5mg/5mL amp 5mL                          |
| MIDAZOLAM 5mg/mL amp 3mL 15mg/3mL                   |
| MIDAZOLAM 5mg/mL amp 10mL                           |
| MORFINA 10mg/mL amp 1mL                             |

|  |
|--|
| NALOXONE 0,4mg/mL amp                          |
| NEOCAÍNA 0,5% COM VASO frasco-ampola c/ 20mL   |
| ONDANSETRONA 4mg/2mL amp 2mL                   |
| OXACILINA 500mg EV                             |
| PETIDINA 50mg/mL amp                           |
| PIRIMETAMINA 25mg                              |
| PROMETAZINA 25mg/mL amp 2mL                    |
| RANITIDINA 25mg/mL amp 2mL                     |
| SALBUTAMOL 100mcg spray                        |
| SOLUÇÃO DE GELATINA 3,5% sistema fechado 500mL |
| SULFADIAZINA DE PRATA 1% pomada 30g            |
| SULFATO DE MAGNÉSIO 50% amp 10mL               |
| SUCCINILCOLINA fr-amp 100mg                    |
| TERBUTALINA 0,5mg/mL amp 1mL                   |
| TRAMADOL 50mg/mL amp 2mL                       |
| VERAPAMIL 2,5mg/mL amp 2mL                     |

|   |
|---|
| <b>MEDICAMENTOS DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO</b> |
|---|

|                          |
|--------------------------|
| ADESIVO DE NICOTINA 7mg  |
| ADESIVO DE NICOTINA 14mg |
| ADESIVO DE NICOTINA 21mg |
| BUPROPIONA 150mg cp      |
| GOMA DE NICOTINA 2mg     |

## **ANEXO 3 - Relatório de Propostas da 5ª Conferência**

### **Eixo 1 Direito a saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade**

1. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos e insumos do SUS.
2. Consolidar e efetivar o serviço de informatização em saúde, evitando o atendimento fragmentado e melhorando o acesso aos serviços.
3. Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões.
4. Fortalecer o cuidado da saúde nos serviços básicos e especializados, valorizando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e as reabilitações para reduzir as mortes evitáveis e qualificar as condições de vida das pessoas.
5. Fortalecer políticas, como a Estratégia de Saúde da Família, que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde articulando outras políticas como reforma urbana, segurança, transporte, acesso a terra e água, e segurança alimentar e nutricional, entre outras relacionadas às perspectivas de impactos no desenvolvimento regional e na determinação social da saúde.
6. Efetivar a Política da Pessoa com Deficiência garantindo o acesso, a prioridade, a sinalização adequada e o transporte adaptado, com profissionais de saúde capacitados para o atendimento e abordagem destes usuários, além de centro de referência em reabilitação física e psicomotora(adulto e infantil) em todos os níveis de complexidade, em todas as regiões de saúde.

7. Implantar o programa Melhor em Casa no município de Gravataí a fim de promover o cuidado integral das pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso) que necessitam de atendimento domiciliar.
8. Aprimorar as redes de atenção à saúde através da implantação do NASF (Núcleos de Apoio a Saúde da Família).
9. Adequar estruturas físicas dos serviços de saúde garantindo acessibilidade.
10. O Município, de maneira urgente, deve estabelecer uma metodologia para garantir o acesso à atenção à saúde, através da agilização na marcação de consultas, evitando a constituição de demanda reprimida (filas).
11. Garantir a execução da Lei que determina as diretrizes do Bebê Saúde/PIM com qualidade no atendimento das famílias assistidas.
12. Disponibilizar para as Pessoas Portadores de Deficiências/ou Necessidades Especiais, pelo SUS, o método terapêutico Equoterapia como tratamento de saúde.
13. Fortalecimento e ampliação da Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde.
14. Garantia que seja criada, em regime de urgência, a Política Municipal de Saúde do Trabalhador no município de Gravataí.
15. Fortalecimento e ampliação da política de saúde do trabalhador no município;
16. Garantia que seja criada, em regime de urgência, a Política Municipal de Saúde da População Negra no município de Gravataí.
17. Propiciar acessibilidade aos serviços de ouvidoria na Secretaria Municipal de Saúde.
18. Retomar a discussão sobre violência doméstica contra as mulheres na rede municipal.

## **Eixo 2 – Participação e Controle Social**

~~19. Implementar a plena dos serviços de controle interno e de auditoria autônoma e atuante com vínculo com Conselho Municipal de Saúde e órgão de controle externo para a verificação da utilização dos recursos públicos, estabelecidas no Plano~~

**~~municipal de Saúde e a correta aplicação dos recursos para a melhoria dos serviços prestados a população.~~**

20. Que o serviço de controle interno e de auditoria preste assessoria técnica ao conselho municipal de saúde para verificação de recursos públicos, através da realização de auditorias no relatório de gestão, para verificar o cumprimento das diretrizes estabelecidas no plano municipal de saúde e a correta aplicação dos recursos e melhorias de serviços prestados;
21. Promover a inclusão nos espaços dos conselhos de saúde de representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, tais como mulheres, idosos, população do campo e da floresta, juventude, população negra e quilombola, LGBT, população em situação de rua, pessoas com deficiência;
22. Garantir que o PPA, LDO , LOAS e planos anuais de saúde, sejam aprovados pelos Conselhos de Saúde em suas referidas instâncias, antes de serem aprovados pelo Legislativo.
23. Exigir o cumprimento da Lei a qual se refere a homologação pelo executivo das resoluções e deliberações propostas pelos Conselhos de Saúde.
24. Respeitar a competência legal, a autonomia e o caráter deliberativo dos conselhos de saúde na formulação de políticas e na fiscalização das três esferas de governo;
25. Comprometer e responsabilizar os gestores nas três esferas do SUS pela oferta de estrutura física, recursos humanos e financiamento adequado para que os conselhos de saúde possam exercer plenamente suas funções cumprindo com suas atribuições definidas em lei, garantindo a **autonomia financeira conforme** Resolução CNS473;
26. Refletir e propor estratégias para a efetividade dos resultados e das resoluções das conferências;
27. Criar uma comissão permanente de acompanhamento e fiscalização da execução do Plano Municipal de Saúde elaborado com base nas determinações da 5ª Conferência Municipal de Saúde de Gravataí;
28. Implementar os conselhos locais de saúde;
29. Garantir que o Conselho Municipal de Saúde tenha condições e autonomia financeira para executar a tarefa de constituições dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde.
30. Definir o território de atuação ~~das Unidades Básicas de Saúde e~~ Unidade de Saúde da Família, para que seja possível a constituição dos Conselhos Locais de Saúde.
31. Efetivação dentro das USF da participação dos usuários como ponto de partida para a criação dos Conselhos Locais de Saúde.
32. Criação dos Conselhos Distritais de Saúde, com participação paritária, a partir dos Conselhos Locais de Saúde.

33. Fomentar espaços de articulação entre representantes de usuários, serviços e gestão para o desenvolvimento de ações conjuntas no enfrentamento às doenças transmissíveis, em especial aqueles que possuem relação direta com a pobreza e a dificuldade de acesso.

### **Eixo 3 – Valorização do trabalho e da educação em saúde**

34. Garantir programas de educação permanente, continuada e educação em saúde, incluindo cursos para garantir acessibilidade e inclusão nos serviços (exemplo cursos de LIBRAS).
35. Implantar e implementar a Política de Educação Permanente em Saúde
36. Intensificar as capacitações dos profissionais da área da saúde.
37. Combater a terceirização dos trabalhadores de saúde em todas as classes profissionais, incluindo os serviços de apoio.
38. Implantar efetivamente o Plano de Carreira, Cargos e Salários no município de Gravataí.
39. Propor políticas de gestão do trabalho e de educação que estimulem a fixação dos profissionais no SUS através da criação de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) que valorizem o trabalho e atendam as necessidades de saúde da população;
40. Combater a precarização das relações de trabalho evitando a transferência ou terceirização de serviços públicos para o setor privado;
41. Investir em carreira pública para os servidores, realizando concursos públicos pelo Regime Jurídico Único (RJU) com plano de carreira para contratação de profissionais de saúde para o SUS, abolindo todas as formas de precarização do trabalho;
42. Assegurar ambiente de trabalho saudáveis e promotores do bem estar dos usuários das usuárias, dos trabalhadores e das trabalhadoras e dos estudantes através da manutenção da estrutura física e reposição de materiais, mobiliários e equipamentos de proteção individual (EPI's);
43. Investir na infraestrutura dos serviços próprios do município, de maneira a manter a qualidade e evitar a terceirização dos serviços existentes;
44. Garantir a contratação por meio de concurso público de médicos especialistas para os serviços especializados do SUS no município;
45. Garantir a manutenção dos vetos presidenciais à Lei do Ato Médico;
46. Criar conjuntamente com os trabalhadores , um projeto de lei que estabeleça uma banca de remanejamento dos profissionais do SUS de Gravataí com critérios claros que estarão regimentados;



47. Regular a formação de profissionais de saúde em consonância com as necessidades de saúde da população com ênfase na atenção básica, reconhecendo as especificidades dos povos tradicionais, comunidades rurais, ribeirinhos, comunidades quilombolas e indígenas;
48. Ampliar as ações de prevenção em saúde nas escolas públicas de Gravataí;
49. Garantir a aplicação de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) na educação, contemplando os ambientes de aprendizagem e as práticas nos serviços do SUS;
50. Criar um serviço vinculado à secretaria da saúde de escuta, acompanhamento e cuidado dos servidores em saúde, com profissionais especializados;
51. Rever os critérios de avaliação do estágio probatório, com criação de comissão avaliadora a fim de garantir as competências éticas, técnicas e morais dos servidores de saúde;
52. Garantir a participação efetiva aos servidores estáveis de saúde nas alterações do Regime Jurídico Único (RJU) de Gravataí;
53. Garantir a existência de concurso público vigente para todos os cargos da Secretaria Municipal da Saúde;
54. Garantir o cumprimento da reposição das perdas inflacionárias anuais dos trabalhadores públicos de Gravataí;
55. Implantar o plano de carreira municipal para os servidores da saúde.

#### **Eixo 4 – Financiamento do Sus e Relação Público/Privado**

- ~~56. Exigir o investimento em saúde pública de 10% do PIB pelo Governo Federal.~~
57. Reafirmar a saúde como direito Universal e Integral e dever do Estado, destinando 10% das Receitas Correntes Brutas da União ou equivalente; Assegurando financiamento estável com definição de novas fontes de financiamento; priorizando o investimento na atenção primária e nas ações de serviços públicos;
58. Exigir o cumprimento da lei de financiamento da saúde pública, garantindo 15% dos municípios e 12% do Estado;
59. Inversão da aplicação da verba da Saúde, priorizando a saúde pública em detrimento da saúde suplementar.
60. Garantir que os recursos investidos pela união financiem as ações em saúde realizadas dentro do municio;
61. Defender a eliminação absoluta dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros privados de saúde de insumos, bem como o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar;

62. Manutenção dos incentivos do PMAQ;
63. Revisão dos valores financeiros da tabela SUS;
64. Ampliação dos recursos de média e alta complexidade;
65. Ampliação do financiamento da atenção básica pelo Estado e pela União, com ênfase na estratégia de saúde da família.

#### **Eixo 5 – Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde**

- ~~66. Fortalecer a atenção básica, garantindo a ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), objetivando 75% de cobertura no município;~~
67. Aumentar a cobertura da estratégia de saúde da família, chegando a 80% até 2018;
68. Garantir a elaboração de Plano de Prevenção e Combate a Incêndio para todos os serviços de saúde públicos de Gravataí;
69. Levantar os riscos que os servidores estão expostos no exercício das suas atividades para elaborar e implementar Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO ) e plano de promoção e prevenção a saúde do servidor municipal atendendo a legislação vigente;
70. Qualificação do processo de gestão.
71. Manutenção e ampliação do Programa Mais Médicos
72. Implantar o NASF e equipes multidisciplinares nos CAPS
73. Aumento e acréscimo do número de equipamentos na atenção básica;
74. Investir em RH, capacitação e infra-estrutura para os serviços de saúde;
75. Inclusão de outros profissionais na atenção básica– Matriciamento;
76. Manter o serviço de atendimento especializado ao adolescente em um área física específica, sendo a porta de entrada regulada pela atenção básica. Recursos Humanos mínimos para esse serviço: psiquiatra, psicóloga, hebiatra, enfermeiro, técnico em enfermagem, nutricionista;
77. Realizar pesquisa para conhecer a realidade das necessidades de atendimentos de saúde mental no município, visando fortalecer a Rede Atenção a Saúde Mental;
78. Implantar gradativamente NASFs de acordo com a cobertura de saúde da família;
79. Criar o serviço de assistência domiciliar no SUS conforme Lei Federal 963/13;
80. Aumentar o número de vagas do SUS no programa de internação domiciliar do Hospital Dom João Becker;
81. Implantar o NUMESC,

82. Fortalecer o PSE;
83. Criar uma interface entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação, para que seja realizadas atividades de educação em saúde em todas as series do ensino fundamental;
84. Criar um programa de educação em saúde de acesso em massa com transmissão em rádio ou outras mídias;
85. Fortalecer a utilização tele saúde pelos profissionais de saúde;
86. Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para promoção da saúde e redução das desigualdades sociais;
87. Fortalecer as ações de vigilância em saúde ambiental, sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador, visando reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável;
88. Revisar o fluxo da rede de atenção a saúde do trabalhador e ampliar os recursos humanos visando atender as necessidades de saúde da população;
89. Aproximação da Secretaria Municipal de Saúde com os Conselhos e Associações;
90. Investigar quais são as causas e fatores que levam a população adoecer, em geral e por distrito, visando o desenvolvimento de políticas públicas;
91. Incentivar a integração ensino-serviço com as universidades através dos estágios de cursos de graduação e pós-graduação;
92. Implantar um Setor de Tecnologia da Informação na Secretaria da Saúde, com recursos humanos do quadro e software específicos para atender a demanda de cada serviço;
93. Fortalecimento e ampliação da Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde.

### **MOÇÕES**

Delegados da 5ª Conferência Municipal de Saúde de Gravataí repudiam o calote na saúde pública pelo governo Estadual e Governo Federal.

Ausência sistemática do Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Gravataí nas plenárias ordinárias e na Conferência Municipal de Saúde e apoio a condução realizada pelo vice presidente na condição de presidente.

~~Moção contra as recentes alterações no Regime Jurídico Único (RJU), retirando direitos adquiridos dos trabalhadores públicos do município;~~

Moção contra a crescente terceirização de serviços e profissionais de saúde em Gravataí;

Moção contra o contínuo e velado assédio moral nos serviços de saúde de Gravataí;

## **ANEXO 4 - Relatório Final 1ª Conferência Municipal de Saúde das Mulheres – Gravataí-RS (Inserido Resolução CMS 10/2017)**

Eixo I – Situação da saúde das mulheres e os determinantes econômicos, sociais e ambientais que levam ao adoecimento.

Esfera: Municipal/Estadual/Federal

1.2 – Repudiar o sucateamento do SUS, nas 03 esferas de governo, ampliando a fiscalização dos serviços terceirizados de saúde, evitando o caos sanitário e a melhoria na gestão dos recursos públicos.

1.5 – Qualificar o sistema de atenção básica (E-SUS) junto às equipes conforme o território, disponibilizando infraestrutura tecnológica para integração das informações e promoção integral da saúde.

Esfera: Municipal

1.1 – Ampliar o acolhimento, o matriciamento e formação de grupos de atenção primária voltados à prevenção da saúde mental.

1.2 – Implantar no município de Gravataí um serviço de acolhimento e atendimento as mulheres vítimas de violência, em todas as fases da vida, com apoio de equipes multidisciplinares especializadas com encaminhando destas mulheres às demais redes de apoio do município como educação, habitação, trabalho, etc.

1.3 – Disponibilizar uma Unidade de Saúde de Portas Abertas em cada distrito (18:00 às 22:00) para acolhimento das demandas de saúde do território.

1.4 – Oportunizar transporte adequado e suficiente para que a população possa ter melhor acesso as unidades básicas de portas abertas.

1.5 – Qualificar e promover a adesão dos profissionais de saúde aos protocolos de atendimento propiciando a escuta e atenção integral. Deliberações

Eixo II – Políticas Públicas para mulheres e participação social

Esfera: Estadual

2.1 Garantir, através de políticas de estado, em articulação com as políticas públicas de saúde, educação e assistência social, com os conselhos de saúde, conselho de políticas intersetoriais e os movimentos sociais e sindicais, o direito sexual e reprodutivo das mulheres, apresentando as equidades em saúde visando à redução erradicação da violência sexual e doméstica; diminuição da mortalidade materna; atendimento humanizado em situação de aborto e luto materno; atenção das mulheres privadas de liberdade e egressas; indígenas; quilombolas; em sofrimento psíquico; com

deficiência; em situações de rua; mulher LBT (lésbicas, bissexual, travesti e transexuais); negras; do campo; da floresta e das águas; imigrantes; refugiadas; ciganas; vivendo com HIV/AIDS; profissionais do sexo; usuárias de álcool e outras drogas; dentre outras, em todos os seus ciclos vitais (infância, adolescência, Idade adulta e velhice) a diminuição das formas de violências, de mortalidade da mãe e feto, ampliando o acesso aos métodos contraceptivos e as informações sobre planejamento familiar, parto humanizado, além da reprodução assistida, considerando os novos arranjos familiares e a qualificação do atendimento em situações de aborto, contemplando as praticas integrativas e complementares em saúde.

2.2 fomentar a criação de grupos de reflexão na escola, em parceria como os serviços de saúde, conselho tutelar, de modo que questões relativas à saúde, sexualidade, identidade de gênero, gravidez não planejada, estratégia de prevenção de IST, HIV/AIDS, hepatites virais (prevenção combinada), que sejam vivenciadas pelos educandos, educadores, profissionais de saúde, garantindo o protagonismo juvenil.

Esfera: Municipal

2.1 Criação do Conselho Municipal de Políticas Públicas para mulheres;

2.2 Estimular a participação das mulheres em diversos espaços de controle social, fortalecendo o empedramento destas, visando a sua inclusão na discussão da construção das políticas públicas e garantir o seu direito a saúde; Deliberações

Eixo III – Vulnerabilidades e Equidade na Vida e na Saúde das Mulheres

Esfer:a Estadual/Nacional

3.2 garantir o direito à saúde integral das mulheres privadas de liberdade e egressas; indígenas; quilombolas; em sofrimento psíquico, com deficiência; em situação de rua; mulher LBT; negras; do campo, da floresta e das águas; imigrantes e refugiadas; ciganas; vivendo com HIV/AIDS; profissionais do sexo; usuárias de álcool e outras drogas; dentre outras. Em todos os seus ciclos vitais, com atenção especial aos direitos reprodutivos e visando a diminuição e erradicação de todas as formas de violência, redução de mortalidade, ampliação do acesso aos métodos contraceptivos e às informações sobre planejamento familiar, além da reprodução assistida considerando os novos arranjos familiares, bem como a qualificação da assistência para garantia do atendimento humanizado em situação de abortamento, através de planejamento e desenvolvimento de ações de saúde adequados às especificidades de cada perfil.

3.6 fortalecer o acolhimento, nos serviços de saúde, das vítimas dos diferentes tipos de violência, com manejo adequado e em tempo oportuno nos casos de violência física e/ou sexual, bem como a articulação com a rede de serviços para as mulheres privadas de liberdade e egressas; indígenas; quilombolas; em sofrimento psíquico, com deficiência; em situação de rua; mulheres

LBT; negras; do campo, da floresta e das águas; imigrantes e refugiadas; ciganas; vivendo com HIV/AIDS; profissionais do sexo; usuárias de álcool e outras drogas, dentre em todos os seus ciclos vitais.

Esfera: Municipal

3.1 Cuidado com mulheres idosas, prevenção sexualidade, DSTs e promoção a saúde;

3.2 Criação de unidade móvel para atendimento ginecológico, e alcance de populações vulneráveis que não procuram unidade de saúde;

3.3 Assegurar o cumprimento do atendimento ginecológico de urgência e emergência hospitalar em Gravataí;

3.4 Estreitar o contato com as redes que prestam atendimento à mulher, promovendo encontro com as mulheres;

3.5 Qualificar e ampliar o atendimento junto as redes, o atendimento as mulheres negras, indígenas, quilombolas, LBGTs, idosas;

3.6 Promover atendimento integral ao cuidado em saúde mental das mulheres, garantindo o atendimento terapêutico pela rede;

3.7 Questionar o fluxo atual do planejamento familiar do município em relação a Ligadura Tubária (LT), garantindo acesso rápido a decisão da mulher.

Eixo IV: O Mundo do Trabalho e suas consequências na vida e saúde das mulheres

Esfera: Estadual/Federal

4.4. Exigir que o INSS:

a) redefina os protocolos consensuados pelo MS, para avaliação de doença, incapacidades físicas e/ou mentais, que levam ao afastamento para o trabalho, incluindo a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF);

b) repasse as informações referentes às comunicações de acidentes do trabalho (CATs), mesmo as recusadas, ao ministério do trabalho, aos órgãos de vigilância em saúde do trabalhador do SUS e os sindicatos;

c) considerem os laudos estabelecidos pelo SUS, tanto médico como dos demais profissionais da área da saúde;

d) aplique o Nexa Temático Epidemiológico (NTE) na realização das perícias do INSS;

e) aceite as comunicações de acidentes de trabalho (CAT) emitidas pelo SUS e sindicatos de trabalhadores e trabalhadoras; e que nenhuma negativa de nexa com o trabalho seja produzida sem a investigação e realização de perícia nos locais de trabalho, com a presença do trabalhador e da trabalhadora e respectivo sindicato;

f) no caso de afastamentos por agravos mentais, seja reconhecida a autoridade do psicólogo em diagnosticar e fornecer laudos e não apenas dos psiquiatras.

4.17-Assegurar a formação e capacitação das mulheres para o mercado de trabalho na medida do significado de sua independência econômica no enfrentamento à violência doméstica e familiar.

Esfera: Municipal

4.1 Implementar comissão de caráter permanente que envolva a Atenção Básica, VIEMSA, UREST/CEREST, Rede Urgência e Emergência, universidades, entre outros, a qual discuta e acompanhe os dados gerados através das notificações de suspeitas de agravos relacionados ao trabalho para então fomentar ações conjuntas no âmbito municipal.

Eixo V – Papel o Estado no Desenvolvimento Socioeconômico e Ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres

Esfera: Estadual/Federal

5.3 Incentivar a compra de alimentos e produtos oriundos da agricultura familiar, comunidades quilombolas e povos de comunidades tradicionais, sem agrotóxicos e sem hormônios, em um mínimo de 30% das compras totais do SUS em respeito as recomendações da ONU.

5.18 Rejeitar a atual proposta da reforma da previdência, por violar os direitos das mulheres evitando a imposição de regras de comportamento que comprometam a liberdade de escolha das mulheres.

Esfera: Municipal

5.1 Garantir os programas de saúde da mulher no contexto do pensar saúde integral das famílias no seu território. Este tema não deverá ser tratado de maneira fragmentada das demais Políticas Públicas de Saúde;

5.2 Incentivar compra institucional de alimentos e produtos oriundos da agricultura familiar, comunidades tradicionais, sem agrotóxico e sem hormônio, garantindo a renda familiar, a manutenção da zona rural, o fomentando a produção orgânica e incentivando a redução diminuição do uso de agrotóxicos, minimizando os impactos ambientais (tais como contaminação hídrica, solo, entre outros) e melhoria da saúde ocupacional;

5.3 Incentivar o desenvolvimento da agricultura familiar e a economia solidária no território, orientando o microempreendedor individual, a partir de ações educativas, considerando a RDC 153/2017 que tem por finalidade estabelecer diretrizes nacionais para simplificação e integração dos procedimentos de licenciamento sanitário no âmbito da Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios (REDESIM).



## **ANEXO 5 - Relatório Final da I Conferência Municipal de Vigilância em Saúde do município de Gravataí para Política Estadual e Nacional (Inserido Resolução CMS 10/2017).**

Eixo I: O Lugar da Vigilância em Saúde No SUS

Estadual

1.6 Garantir que as políticas públicas de saúde sejam políticas de Estado e não de governo com a participação democrática;

1.18 Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas de vigilância, informação, monitoramento e avaliação para a prevenção e o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Cardiovasculares, Diabetes, Hipertensão), levando em consideração a prevalência e as características de fatores protetores e de riscos;

1.38 Garantir uma política de saúde mental no trabalho, incluindo ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores - que contemple a complexidade das relações trabalho/saúde mental, com atuação multiprofissional e interdisciplinar, construindo as interações necessárias entre as Redes de Atenção Psicossocial e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

Nacional

1.1 Garantir recursos financeiros suficientes para as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos que contemple as necessidades de saúde no território;

1.10 Exigir que o setor público que atua na área de saneamento básico implemente de forma integrada o Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab), orientado por um modelo de sustentabilidade e numa perspectiva de intersetorialidade das ações e corresponsabilidade de todos setores da sociedade;

1.32 Exigir a reavaliação dos processos de registros e os cadastros de agrotóxicos visando a proibição do uso de agrotóxicos perigosos e de maior risco à saúde e ao meio ambiente e reafirmar a proibição da importação, produção e do uso de agrotóxicos já proibidos nos países de origem.

Eixo II: Responsabilidades do Estado e dos Governos com a Vigilância em Saúde

Estadual

2.1. Garantir Plano de Carreira Nacional do SUS para os servidores das três esferas de governo, com Isonomia de Vencimentos, no regime estatutário (RJU) que contemple:

- a) ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento dos cargos de chefia;
- b) uma jornada de trabalho máxima de 30 horas semanais;

- c) dedicação exclusiva como regime de trabalho a todos os servidores;
- d) política de valorização do servidor e reajustes salariais dignos;
- e) estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento;
- f) que incluam formação profissional e incentivos salariais e de carreira;
- g) regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades insalubres, penosas e perigosas, com integralidade e paridade;
- h) cargo efetivo de fiscal sanitário na vigilância em saúde, com autonomia funcional e poder de polícia;

2.2 Estabelecer número mínimo servidores públicos concursados, para vigilância em saúde, de acordo com a população do território;

2.3 Garantir nas três esferas de governo que as aquisições de produtos, principalmente medicamentos de alta complexidade, de contratação de serviços de saúde e outros insumos, sejam articulados com as políticas de saúde, de prevenção de agravos e proteção da saúde, e que obedeçam a critérios de garantia, de eficácia, segurança e qualidade.

#### Nacional

2.1. Garantir Plano de Carreira Nacional do SUS para os servidores das três esferas de governo, com Isonomia de Vencimentos, no regime estatutário (RJU) que contemple:

- a) ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento dos cargos de chefia;
- b) uma jornada de trabalho máxima de 30 horas semanais;
- c) dedicação exclusiva como regime de trabalho a todos os servidores;
- d) política de valorização do servidor e reajustes salariais dignos;
- e) estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento;
- f) que incluam formação profissional e incentivos salariais e de carreira;
- g) regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades insalubres, penosas e perigosas, com integralidade e paridade;
- h) cargo efetivo de fiscal sanitário na vigilância em saúde, com autonomia funcional e poder de polícia;

2.2 Estabelecer número mínimo servidores públicos concursados, para vigilância em saúde, de acordo com a população do território;

2.3 Garantir o financiamento da Vigilância em Saúde, mantendo o respectivo bloco de financiamento, conforme Portaria GM/MS no 204, de 29/01/2007.

Eixo III: Saberes, Práticas, Processos de Trabalho e Tecnologias na Vigilância em Saúde

#### Estadual

3.10 Estruturar os processos de trabalho de forma a utilizar o componente laboratorial (LACEN) da maneira mais oportuna e eficiente para a tomada de decisão na vigilância;

3.13 Trabalhar com a metodologia da Gestão de Riscos para priorização de atuação da vigilância em saúde nos territórios;

3.14 Desenvolver tecnologias de informação e comunicação para qualificar o trabalho em Vigilância em Saúde.

#### Nacional

3.3 Contemplar, na Política Nacional de Vigilância em Saúde, as diretrizes e estruturas, bem como, os recursos humanos e financeiros necessários à descentralização das ações de vigilância em saúde;

3.11 Propor a definição de equipes mínimas de Vigilância em Saúde, com servidores públicos concursados, para desenvolver as atribuições e as ações de acordo com características do território;

3.15 Revisar e atualizar a RDC n.º 283/2005 e outras legislações de acordo com a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Eixo IV: Vigilância em Saúde Participativa e Democrática para Enfrentamento das Iniquidades Sociais em Saúde

#### Estadual

4.7 Fortalecer o controle social, promovendo integração e articulação entre os Conselhos de saúde e outros conselhos de controle social. Social sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença;

4.1 Promover debates nos Conselhos de Saúde sobre as questões de vigilância em saúde, com o objetivo de planejar a execução de ações intersetoriais de promoção e proteção da saúde, integrando diferentes setores da sociedade e o setor regulado, com estímulo a ações educativas e de organização dos cidadãos, priorizando as áreas mais necessitadas;

4.11 Garantir a articulação de ações de vigilância e assistência, na área rural, para atender a política de saúde mental.

#### Nacional

4.5 Garantir dotação orçamentária para a estruturação dos Conselhos de Saúde, abrangendo sede, suporte técnico-administrativo e formação dos conselheiros, capacitando-os a exercerem sua representação no controle social;

4.9 Garantir e fortalecer a implantação de Comissões intersetoriais de saúde do Trabalhador nos Conselhos de Saúde, assegurando o direito de participação dos trabalhadores na formulação,

planejamento, avaliação, e controle das políticas e ações de saúde do trabalhador, inclusive as de fiscalizações nos ambientes de trabalho;

4.12 Integrar as políticas de vigilância em saúde e de assistência social, de forma a garantir a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e a proteção social as pessoas afetadas pela tuberculose, IST/AIDS e por doenças negligenciadas, por meio de ações executadas pelas três esferas do governo.

Propostas para a Política Municipal:

I: Processos de trabalho da Secretaria Municipal da Saúde / Vigilância em Saúde e a Rede de Atenção à Saúde

- Garantir plano de carreira para servidores e gratificação pela função do exercício da fiscalização e por atividade de coordenação;

- Planejar calendário de educação continuada, conforme demanda e ou necessidade da rede de saúde, com integração de todas as vigilâncias. Incentivar o uso contínuo da internet e a troca de informações em rede e em tempo real para otimizar o serviço;

- Desenvolver um sistema informatizado municipal para alimentar o fluxo de informação entre a rede de atenção à saúde e a SMS/VIEMSA, abrangendo ferramentas necessárias à fiscalização;

- Aumentar o número de profissionais na Vigilância em Saúde do Trabalhador, incluindo engenheiros de segurança do trabalho ou técnico em segurança do trabalho;

- Criar sistema informatizado para a Vigilância em Saúde com as ferramentas necessárias à fiscalização;

- Controlar rigorosamente as faltas através do DP/SMS e os atestados e comprovantes de consultas/procedimentos através do SESMT/SMAT, e tomar as providências necessárias;

- Construir sede própria para a Vigilância Ambiental/Núcleo de Vigilância dos Riscos e Agravos Ambientais Biológicos no terreno onde situa-se a Vigilância em Saúde;

- Manter os materiais, bens e insumos necessários para o processo de trabalho da Vigilância em Saúde (EPI, veículo, material de escritório e outros);

- Manter o contrato com as empresas que realizam a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, tais como gerador, câmaras frias (toda a rede de frio municipal), termômetros, entre outros;

- Otimizar os trâmites do processo de alvará sanitário, entre os órgãos públicos;

- Intensificar a fiscalização da SMS/VIEMSA nos serviços de saúde da rede pública;

- Intensificar o fluxo de informação entre a Rede de Atenção à Saúde;

- Inserir a Vigilância em Saúde nas reuniões de equipe da atenção básica;

- Ampliar n.º de Agente de Combate a Endemias, conforme o Programa Nacional de Combate à Dengue;

- Aumentar número de fiscais sanitários da Vigilância em Saúde. (Eixo 4 também sugere esta proposta);

- Garantir mecanismos de gestão para a efetiva integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária/Básica;

- Efetuar estudos de avaliação de riscos e vulnerabilidades, no sentido de orientar a população na prevenção das doenças e agravos considerados mais freqüentes no território;

- Trabalhar com a metodologia da Gestão de Riscos para priorização de atuação da vigilância em saúde nos territórios;

- Integrar a Vigilância em Saúde às Redes de Atenção à Saúde (RASs), qualificando o processo de planejamento do SUS, identificando as prioridades e executando as ações no território;

- Criar a política municipal de estado de vigilância em Saúde;

- Considerando que o lixo representa um dos principais problemas de saúde pública, apoiar a implementação de políticas públicas de resíduos sólidos local e/ou regional (industriais, resíduos de serviço de saúde, domésticos e resíduos de construção civil, outros) com gerenciamento integrado, para: coleta seletiva, destinação adequada, implantação de usina de processamento de resíduos sólidos urbanos e rurais, política de combate a acidentes com produtos perigosos, reciclagem, com controle social;

- Capacitar a rede de assistência para a identificação dos Acidentes e Óbitos Relacionados ao Trabalho, incluindo-os no Sistema de Informações e Agravos de Notificação (SINAN) e no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST), como forma de servir como fonte fidedigna de dados epidemiológicos e subsídio ao planejamento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

## II. Secretaria Municipal da Saúde / Vigilância em Saúde na Comunidade

- Garantir Educação em Saúde para a Comunidade na Temática Vigilância em Saúde;

- Garantir Educação Continuada e Permanente;

- Garantir a publicação do boletim informativo da SMS/VIEMSA para divulgar dados epidemiológicos do município;

- Intensificar ações conjuntas com outros órgãos, da administração direta e indireta, das três esferas de governo;

- Promover maior interação entre a SMS/VIEMSA e as clínicas veterinárias, visando otimizar as notificações sobre zoonoses;

- Promover a educação em saúde, através de ações e materiais de comunicação como boletins informativos, caminhadas educativas, cinema, teatro para formação e esclarecimento da comunidade em geral.

III. Legislação Criar comissão para revisar e atualizar a RDC n.º 283/2005 e outras legislações municipais de acordo com a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

- Criar Lei Municipal para classificação de risco dos alimentos fornecidos e comercializados por ambulantes, visando reduzir agravos e doenças transmitidas por alimentos;

- Retomar amplo debate com a categoria dos carroceiros, prevendo um processo de transição para extinção da tração animal do município.