

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE LAJEADO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2018 – 2021

Novembro de 2017.

Prefeito Municipal

Marcelo Caumo

Vice Prefeito Municipal

Glaucia Schumacher

Secretário de Saúde

Tovar Grandi Musskopf

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Roque Specht

Equipe Técnica de Elaboração do Plano Municipal de Saúde

Adalberto Nicaretta

Juliana de Marchi

Adriana Ulsenheimer

Leise Fernanda Sehn Rocha

Adriana Possamai Valgoi

Marcos Naher

Ana Maria Bianchini

Nilse Gemelli Lavall

Arminda Carolina Machado

Renata Soletti

Cassiano da Rosa Dannenberg

Sara Maria Ceolin Baldissera

Cristiano Both

Tatiana Jacondino Rehling

Fernando Diel

Waldirene Bedinoto

Jesuane Salami

SUMÁRIO

1. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	5
1.1 Panorama Demográfico	6
1.2 Determinantes e Condicionantes do processo saúde-doença	8
1.2.1 Educação	8
1.2.2 Trabalho, Renda e Desemprego	10
1.2.3 Habitação e Saneamento	12
1.2.4 Serviços de Atenção à Saúde	13
1.2.5 Cenário Municipal e suas peculiaridades	13
1.3 Perfil Epidemiológico e Condições de Saúde	14
1.3.1 Nascimento	14
1.3.2 Morbidade	16
1.3.2.1 Doenças de Notificação Compulsória	16
1.3.2.2 Morbidade Hospitalar	22
1.3.3 Mortalidade	24
2. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	26
2.1 Atenção Primária à Saúde – APS	26
2.2 Atenção Secundária e Terciária à Saúde	33
2.2.1 Assistência Hospitalar	33
2.2.2 Consultas Médicas na Atenção Especializada	34
2.2.3 Ações Específicas nas Atenções Secundárias e Terciárias	35
2.2.4 Rede de Atenção às Urgências	36
2.2.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	36
2.2.6 Ostomia	37
2.2.7 Rede de Atenção Psicossocial	37
2.3 Vigilância em Saúde	40
2.3.1 Integração da Atenção Primária à Saúde – APS com a Vigilância em Saúde.....	42
2.3.2 Integração com a Vigilância em Saúde nas Ações Especializadas	45
2.4 Participação Social	46
2.5 Sistemas de Informação	46
2.6 Gestão de Trabalho	47

2.7 Financiamento	50
2.8 Regulação	52
2.9 Auditoria	52
2.10 Fiscalização de Contratos, Convênios, Transferências Financeiras e Outros Instrumentos Afins	53
2.11 Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC	53
3 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	55
4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	63
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXO	65

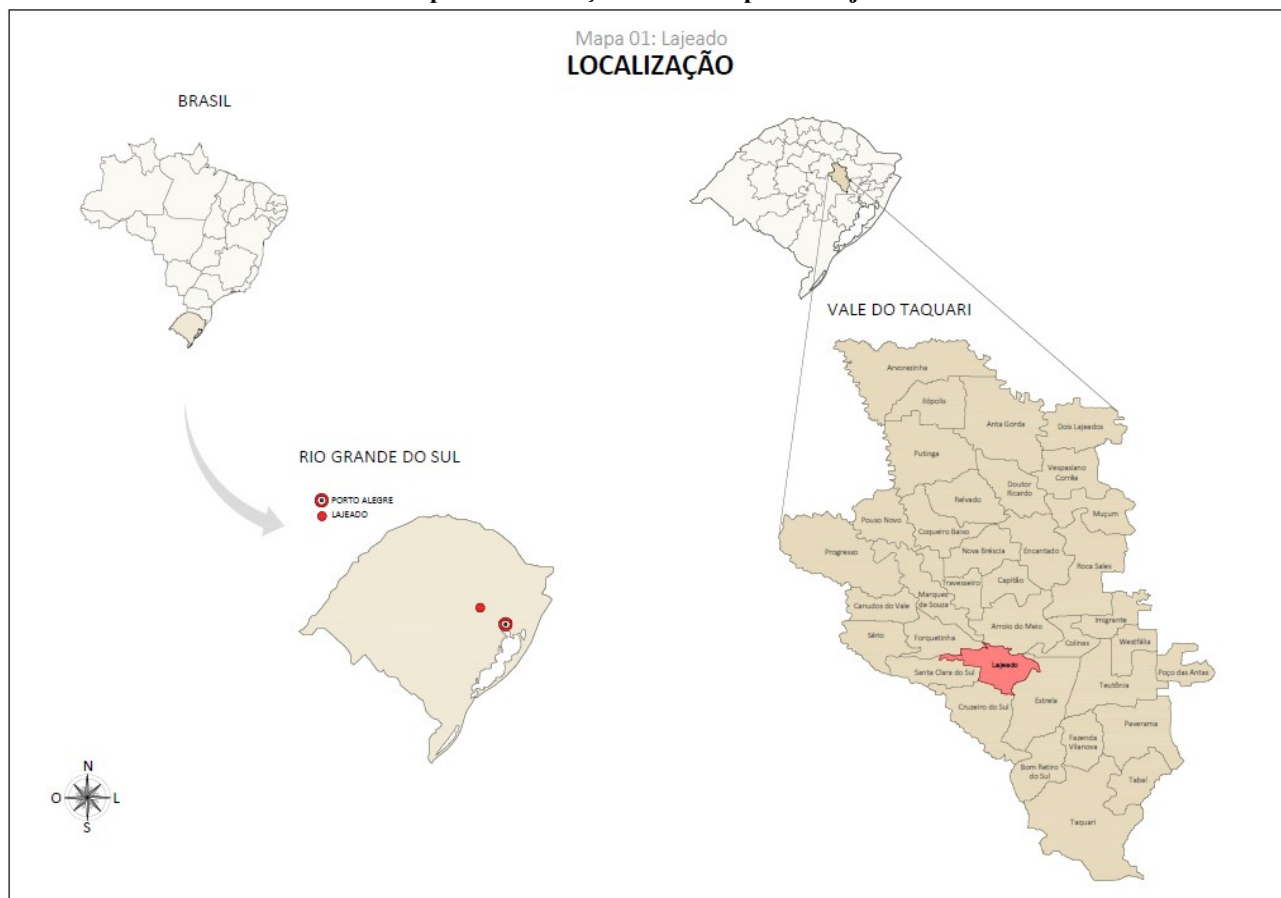
1. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

A partir deste capítulo, descreve-se a situação de saúde do município em diversos aspectos. É apresentada a localização, o perfil sociodemográfico bem como características da rede de atenção à saúde.

O município de Lajeado situa-se na Encosta Inferior do Nordeste, parte centro-leste do estado do Rio Grande do Sul. Está inserido na região geográfica do Vale do Taquari, conforme divisão geográfica regionalizada pelo Decreto Estadual nº 40.349, de 11 Outubro 2000, compreendendo, além do mesmo, mais outros 35 municípios. Sua distância em relação à capital, Porto Alegre, é de cerca de 116 Km.

O município tem uma área de 90,087 Km², distribuídos em vinte e sete bairros. A cidade situa-se entre o entroncamento da BR 386 com RS 130, faz divisa, ao Norte, com a cidade de Arroio do Meio, ao Oeste com Marques de Souza e Santa Clara do Sul, ao Sul, com Cruzeiro do Sul e ao Leste com Estrela sendo que a divisa com esta última se dá através do Rio Taquari.

Mapa da localização do município de Lajeado

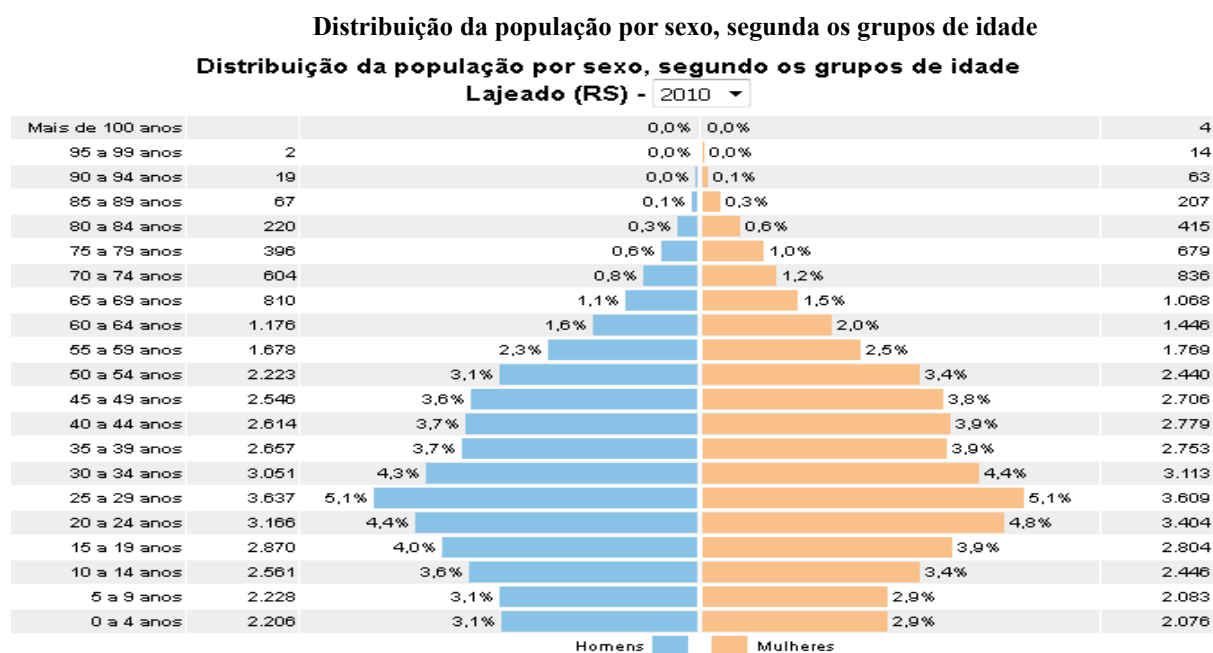


Fonte: Plano Diretor 2040

1.1 Panorama Demográfico

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, o total de 71.445 residentes. A população estimada de Lajeado em 2016, conforme dados do IBGE, é de 79.172 demonstrando um aumento populacional em relação ao Censo de 2010 de 10,8%, superior ao aumento do RS que foi de 4,9%, sendo considerado o município com maior população da Região do Vale do Taquari e Rio Pardo.

A população urbana é de 99,5% e a população rural é de 0,5%, com densidade demográfica de 793,07 habitantes por Km² e a média de moradores por domicílio é de 2,84.



Fonte: IBGE

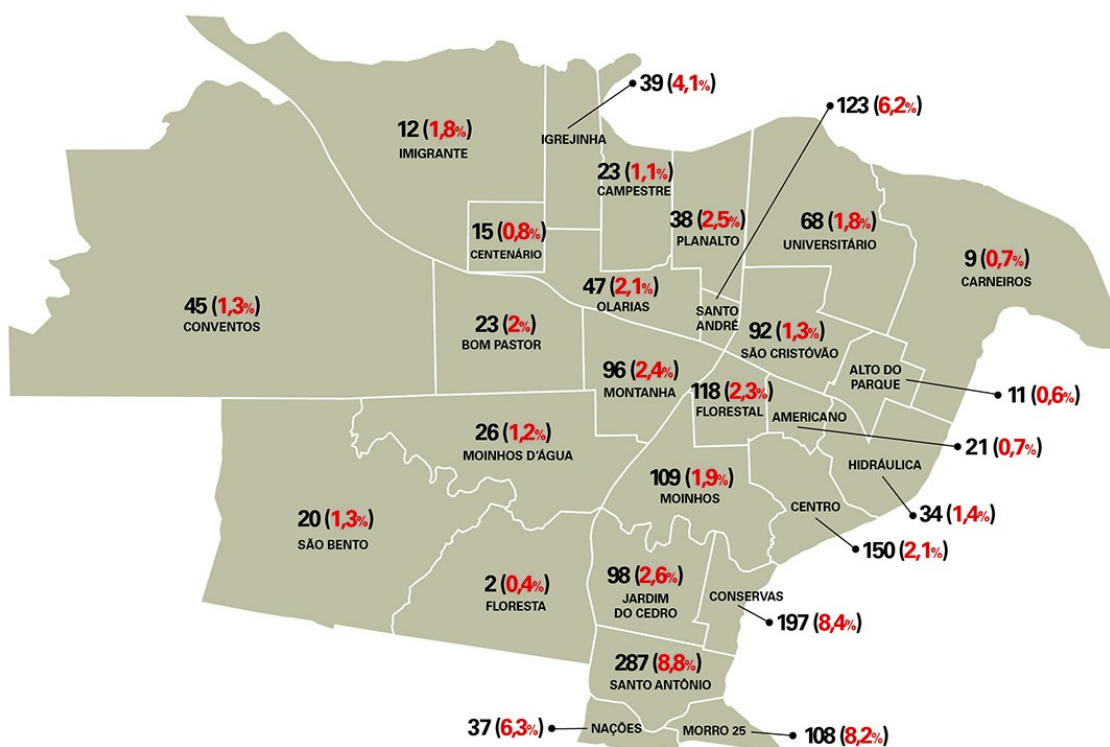
Quanto a distribuição geral da população por sexo, esta é proporcional, os homens contemplam 34.731 equivalente a 48% e a mulheres 36.714 equivalente a 52%, porém ao analisarmos por faixa etária percebemos a longevidade maior no sexo feminino.

Apesar da população de lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) vir ganhando espaço na rede de atenção a saúde, como por exemplo, a inclusão do nome social, o preconceito com às questões relacionadas à esta diversidade ainda existe, tendo maior risco para uso abusivo de álcool e outras drogas assim como qualquer sofrimento psíquico. Atualmente, temos 110 pessoas referente a esta população cadastradas.

Quanto à cor/raça a população se autodeclarou: branca (89,59%), parda (7,63%), preta (2,59%), amarela (0,01%) e indígena (0,08%), sendo este último grupo fixado no bairro Jardim do Cedro. Em relação a população cigana a mesma está concentrada nos bairros Montanha e Universitário porém sem quantitativo correto em virtude de não ser especificado no Censo tal etnia.

Quanto a população negra distribuída conforme o mapa abaixo os maiores conglomerados estão nos bairros: Santo Antônio, Conservas e Morro 25 com 8,8%, 8,4% e 8,2% respectivamente.

Distribuição da população negra no município



Fonte: IBGE

Série Histórica da Estrutura Etária da População - Lajeado

Estrutura Etária	Pop (1991)	% Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	13.928	29,93	15.010	25,10	13.600	19,04
15 a 64 anos	30.363	65,25	41.385	69,20	52.441	73,40
População de 65 anos ou mais	2.242	4,82	3.412	5,71	5.404	7,56
Razão de dependência	53,25	-	44,51	-	36,24	-
Taxa de envelhecimento	4,82	-	5,71	-	7,56	-

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

A partir da série histórica dos nascimentos percebe-se que houve um crescimento do número de nascimentos e um aumento da população acima de 65 anos, porém a razão de dependência diminuiu em função do aumento significativo da população potencialmente ativa/produtiva devido a característica do município ser polo regional e haver muitas vagas de emprego.

No Brasil, a expectativa de vida ao nascer era de 73,9 anos, em 2010 e de 68,6 anos, em 2000. No município, a expectativa de vida ao nascer cresceu 0,5 anos na última década, passando de

74,9 anos, em 2000, para 75,41 anos, em 2010. No grupo das mulheres, a expectativa de vida ao nascer em 2010 foi representado por 59% da população total acima de 60 anos e 69 % do contingente de maiores de 80 anos.

Em relação a faixa etária dos 9-19 anos, população adolescente, também ocorreu um crescimento e ao mesmo tempo constata-se um aumento nos adolescentes em conflito com a lei que atualmente chega a 53 adolescentes, conforme dados repassados pelo CREAS/RMA.

Segundo IBGE 2010, taxas inferiores a 2,10 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional, não é o caso de Lajeado que possui uma taxa 2,20. Vale ressaltar que a vinda de imigrantes provenientes do Haiti, Senegal, Nigéria, Índia, Bangladesh, Guiné Bissau e República do Belém iniciou em meados de 2011, totalizando 1.200 até 2017, corroborando para o crescimento da população ativa/produtiva e do aumento da natalidade.

A população gaúcha é a que menos cresceu no Brasil nos últimos anos (IBGE, 2015), em Lajeado este movimento não ocorreu porque o número de nascimentos prevalece sobre o número de óbitos como consta, na tabela abaixo:

Ano	Total de nascimentos Geral/Ano	Mortalidade Geral/Ano
2012	986	426
2013	1071	473
2014	1119	463
2015	1213	482
2016	1161	507

1.2 Determinantes e Condicionantes do processo saúde - doença:

Os determinantes e condicionantes referem-se às condições de vida e trabalho da população e como estas interferem no estado de saúde da mesma, tais como: saneamento básico, serviços sociais e saúde, habitação, desemprego e educação.

1.2.1 Educação:

A rede de educação no município é composta por:

- 11 escolas da rede Estadual de Educação;
- 12 escolas da rede Particular de Educação Infantil;
- 18 escolas da rede Municipal de Ensino Fundamental;
- 23 escolas da rede Municipal de Educação Infantil;
- 05 escolas Particulares de Ensino Fundamental e Médio; e

01 Universidade.

Na tabela abaixo encontra-se o detalhamento das crianças e adolescentes matriculados por ciclo de estudo nas sessenta e nove escolas do município.

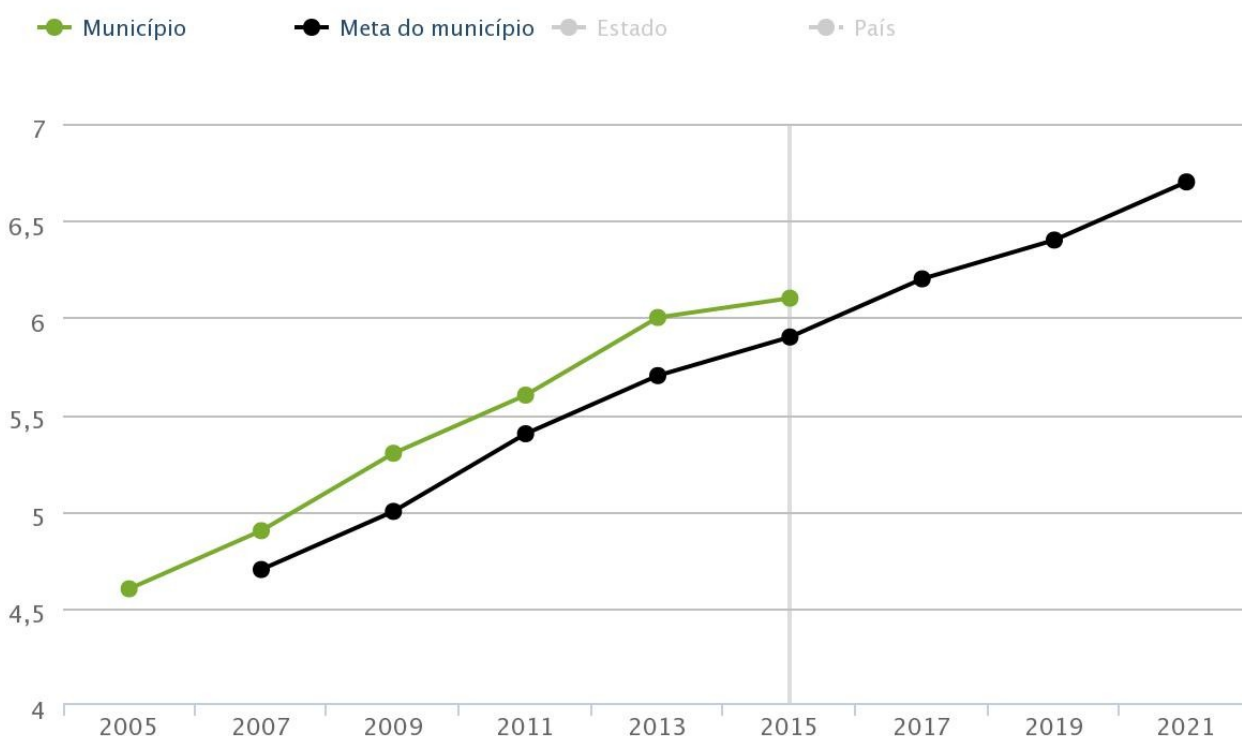
Matrículas em creches	2.531 estudantes
Matrículas em pré-escolas	2.026 estudantes
Matrículas anos iniciais	4.907 estudantes
Matrículas anos finais	3.952 estudantes
Matrículas ensino médio	2.434 estudantes
Matrículas EJA	935 estudantes
Matrículas Educação especial	128 estudantes

Em relação as crianças e adolescentes que não frequentam a escola ou evadiram observa-se na tabela abaixo um decréscimo ao longo dos anos das crianças de 0 até 5anos e um acréscimo nas de 6 até 14 anos.

Crianças e Jovens	1991	2000	2010
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	59,18	38,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	8,73	1,68	1,99

O Ideb (índice de desenvolvimento da educação básica) é calculado com base no aprendizado dos alunos em português e matemática (Prova Brasil), o município em 2015, nos anos iniciais da rede pública, atingiu a meta, cresceu e alcançou nota 6,0. É necessário manter esta situação para garantir que mais alunos aprendam e mantenham o fluxo escolar adequado.

EVOLUÇÃO DO IDEB



Fonte: IDEB

O indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo no RS foi 10,25 anos e no município 10,29 anos. Entre 2000 e 2010, ela passou de 10,25 anos para 10,00 anos, no RS, enquanto que no município este indicador passou de 10,21 anos para 10,19 anos. A taxa municipal de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais é 2,69%.

1.2.2 Trabalho, renda e desemprego

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 75,70% em 2000 para 78,49% em 2010.

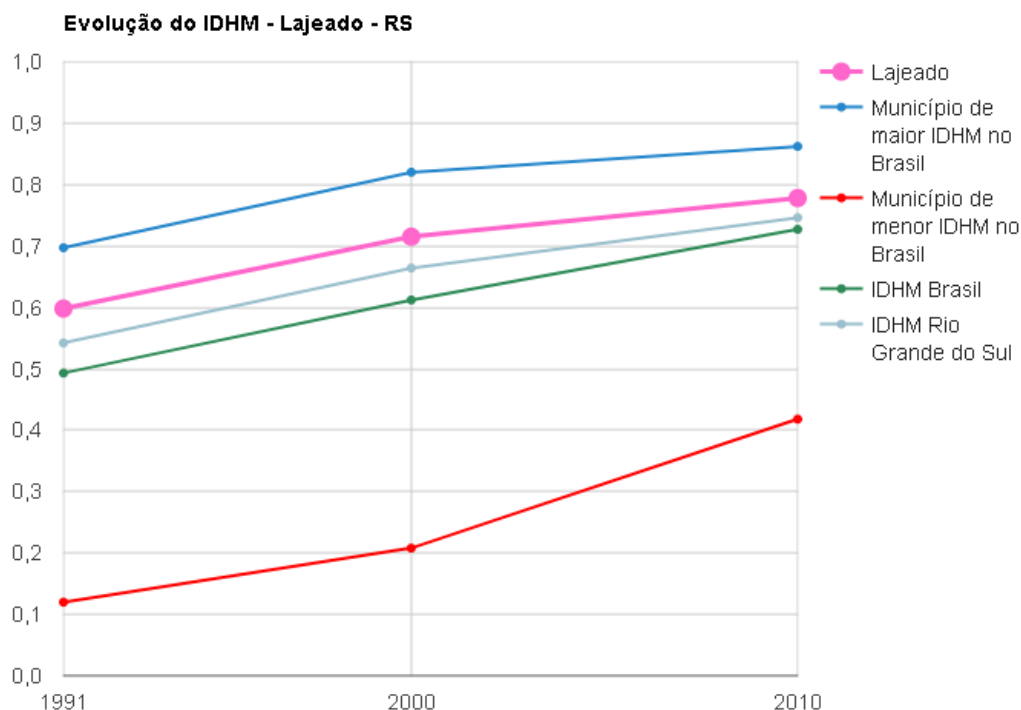
Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua) a taxa de desocupação no país continua em alta e o país tem agora 14,2 milhões de desempregados no trimestre encerrado em março, número 14,9% superior ao trimestre imediatamente anterior (outubro, novembro e dezembro de 2016) – o equivalente a 1,8 milhão de pessoas a mais desocupadas. No RS a taxa de desemprego chegou a 27,3% em 2016 e no município a taxa de

desemprego caiu de 9,2% em 2000 para 3,1% dez anos depois. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 9,21% em 2000 para 3,10% em 2010 e no mesmo ano a taxa da população economicamente inativa chegou a 18,4%.

A renda per capita média de Lajeado cresceu 83,45% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 616,43, em 1991, para R\$ 805,03, em 2000, e para R\$ 1.130,85, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,25%, sendo que a taxa média anual de crescimento entre 1991 até 2000 foi de 3,01%, e de 2000 até 2010 de 3,46%. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 11,27%, em 1991, para 6,84%, em 2000, e para 1,96%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,48, em 1991, para 0,50, em 2000, e para 0,46, em 2010.

Renda, Pobreza e Desigualdade Lajeado	1991	2000	2010
Renda per capita	616,43	805,03	1.130,85
% de extremamente pobres	2,70	1,77	0,38
% de pobres	11,27	6,84	1,96
Índice de Gini	0,48	0,50	0,46
Fonte: PNUD, Ipea e FJP			

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Lajeado é 0,778, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,840, seguida de Renda, com índice de 0,796, e de Educação, com índice de 0,704, como mostra o gráfico abaixo.



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

1.2.3 Habitação e Saneamento básico (água, esgoto e resíduos)

O saneamento básico interfere diretamente na qualidade de vida da população assim como na transmissão de diversas doenças, como a Hepatite A. Ao avaliar a tabela abaixo, nos anos de 2000 a 2010, percebe-se que todos os indicadores de habitação aumentaram, devendo ser dada atenção especial a melhoria do indicador de água encanada.

Indicadores de Habitação	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	93,78	89,92	90,43
% da população em domicílios com energia elétrica	97,85	99,60	99,92
% da população em domicílios com coleta de lixo	84,21	97,81	99,92
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	88,99	97,24	99,52

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Sabe-se que condições precárias de moradia, aglomerados populacionais são áreas de maior incidência de propagação de doenças infectocontagiosas assim como a falta de água potável, saneamento básico e eventos climáticos extremos.

Os bairros em crescimento, ou seja, com maior construção de novas moradias são: Conventos, Bom Pastor, São Bento, Jardim do Cedro e Olarias, e cada domicílio particular possui em média 2,84 moradores.

A arborização das vias públicas em 2010 chegou a 92,70% e a urbanização das mesmas atingiu 44,10%.

1.2.4 Serviços de Atenção à Saúde:

O município iniciou com a Gestão Plena da Saúde na competência 07/2013, sob a Resolução CIB nº 225/13.

Dentre os serviços ofertados temos: 14 ESFs/Estratégia de Saúde da Família (Campestre, Centro/São José, Conservas, Conventos, Jardim do Cedro, Moinhos, Montanha 1, Montanha 2, Morro 25, Olarias 1, Olarias 2, Santo André, Santo Antônio, São Bento); 5 ESBs/ Estratégia de Saúde Bucal (Conservas, Conventos, Jardim Cedro, Santo André e Santo Antônio); 03 Centros de Saúde (Centro, Montanha e São Cristóvão); 01 CEO/Centro de Especialidades Odontológicas (Montanha); 01 UBS/Unidade Básica de Saúde (Universitário); 03 CAPS/ Centro de Atendimento Psicossocial (Adulto, Infantil e Álcool e Drogas); 01 SAE/Serviço da Assistência Especializada; 01 Academia de Saúde; 03 Centros de Fisioterapia; 01 Farmácia Escola; 01 Farmácia de Medicamentos do Estado; 01 Equipe de Saúde Prisional; UPA/Unidade de Pronto Atendimento; SAMU/ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com 1 Unidade de Suporte Avançado e 1 Unidade de Suporte Básico.

Na Sede Administrativa SESA localiza-se: NUMESC/Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva; Sistemas de informatização; Regulação e Auditoria; Marcação; Patrimônio/Compras; Transporte; Coordenação (Nutrição, Odontologia, Enfermagem, Medicina); Vigilância em Saúde e sede do Conselho Municipal de Saúde.

1.2.5 Cenário Municipal e suas peculiaridades

Em relação a habitação e moradia Lajeado tem diversas peculiaridades, pois tem uma aldeia indígena localizada no bairro Jardim do Cedro onde residem 21 famílias (77 índios) caingangues da tribo Foxá; 13 famílias (60 pessoas) quilombolas no bairro Morro 25, numa área de terras invadidas nos bairros Conservas, Santo Antônio e Morro 25; situações de alagamento nos bairros Centro, Conservas, Hidráulica e Universitário que desabrigou e desalojou em torno de 69 famílias na cota 23,92 metros; um presídio no bairro Florestal com 302 homens privados de liberdade além dos 98 em regime semi-aberto e 21 mulheres, sendo uma gestante. Em relação as pessoas vivendo em situação de rua temos em média 50 pessoas, observa-se um crescimento de pessoas vivendo em tal situação.

1.3 Perfil Epidemiológico e Condições de Saúde

O município de Lajeado vem constantemente organizando sua estrutura, de forma a promover ações de saúde a partir do seu perfil epidemiológico. Para tanto, vem se utilizando dos programas disponibilizados pelo Ministério da Saúde em companhia de programas desenvolvidos a partir da demanda local. Para explanar o perfil epidemiológico e as condições de saúde do município, as informações foram organizadas em subtítulos, de acordo com a caracterização da situação e os problemas de saúde da população.

1.3.1 Nascimento

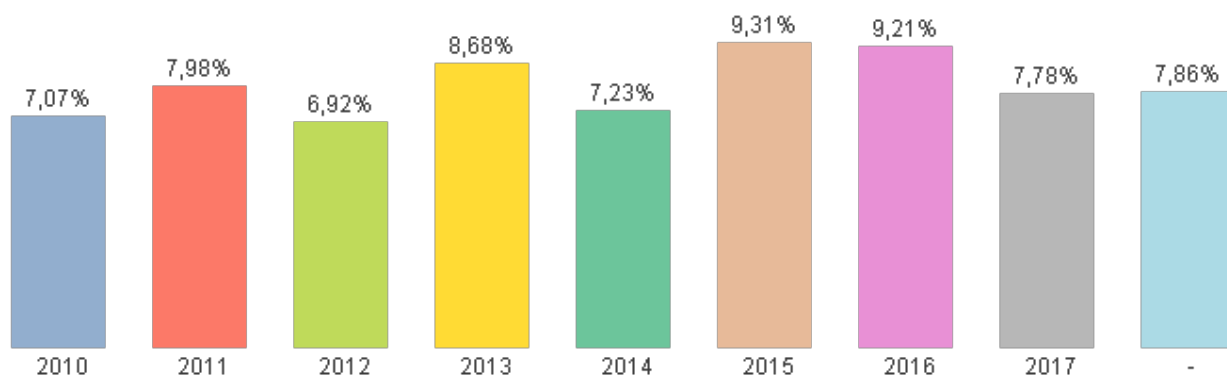
A série histórica referente ao número de nascimentos no RS apresenta discreta progressão sendo que em Lajeado foi mais acentuado, conforme mostra a tabela abaixo:

Ano	Total de partos no ano ocorrência HBB	Total de partos no ano Geral	% Base 2012 Nascimentos Geral
2012	865	986	100,00%
2013	954	1071	108,00%
2014	965	1119	113,00%
2015	1021	1213	123,00%
2016	957	1161	117,00%

O baixo peso ao nascer, peso < 2.500g, assim como a prematuridade, nascimentos entre 22 e < 37 semanas, é um sinal de alerta para o atendimento à crianças em razão da suscetibilidade e risco de adoecimento.

Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer

Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao Nascer (Por Ano)



FONTE: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc)

Analisando as tabelas, a proporção de nascidos com baixo peso indica um aumento de dois pontos percentuais de 2014 para 2015 e uma queda pouco significativa de 2015 para 2016 (9,21%) melhor que no Brasil onde a taxa chegou a 11,8% em 2011 mas aquém dos países em desenvolvimento que varia em torno de 6%. Já a proporção de prematuros de acordo com os partos ocorridos na faixa etária < 20 anos há um decréscimo, porém na faixa etária dos 35-49 anos observa-se um aumento considerável, indicando a importância do pré natal qualificado com ênfase nesta faixa etária.

Prematuros de mães < de 20 anos, até 36 semanas de gestação

	2012	2013	2014	2015
Parto prematuro	13	15	14	11
Total de partos	99	124	113	100
%	13,00%	12,00%	12,00%	11,00%

Fonte DATASUS

Prematuro de mães de 35 a 49 anos, até 36 semanas de gestação

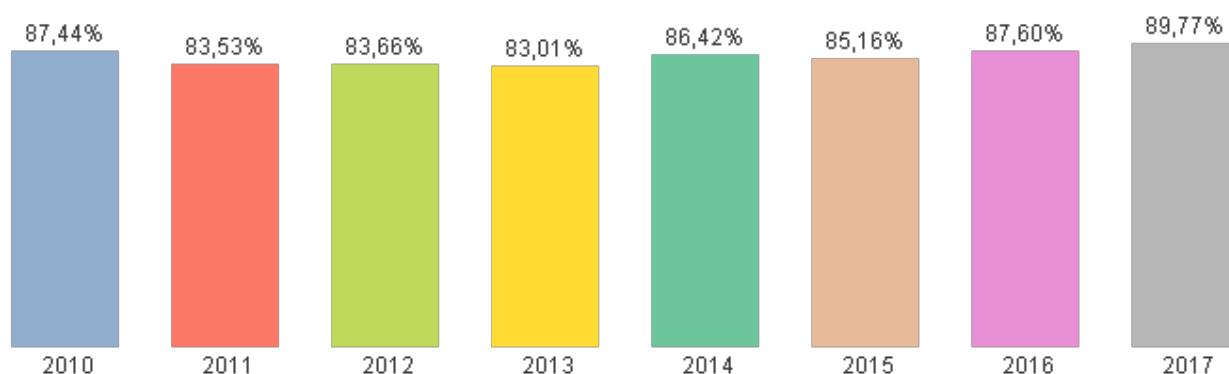
	2012	2013	2014	2015
Parto prematuro	21	36	22	35
Total de partos	172	178	188	235
%	12,00%	20,00%	12,00%	15,00%

Fonte DATASUS

No grupo de recém-nascidos com baixo peso e/ou prematuridade a mortalidade infantil precoce apresenta indicadores mais elevados indicando a necessidade de qualificação do pré natal.

Proporção de nascidos vivos com mães com 7 ou mais consultas de pré natal

Proporção por Ano



FONTE: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc)

O percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal vem aumentando suavemente ao longo dos anos chegando a 86,42% melhor que o estado que conquistou 72,8%, em 2014.

Analisando a escolaridade da mãe percebe-se que a grande maioria tem mais de oito anos de estudo, como mostra a tabela abaixo.

Nascidos vivos de mães de 12 - 17anos e de 18 - 20 anos por escolaridade (08 - 11 anos de estudos)

	2013		2014		2015		2016	
Idade da mãe	12 - 17 anos	18 - 20 anos	12 - 17 anos	18 - 20 anos	12 - 17 anos	18 - 20 anos	12 - 17 anos	18 - 20 anos
%	5,55%	94,4%	5,40%	94,59%	3,78%	96,215	4,48%	95,51%

Fonte SINASC

Sabendo que a necessidade de cesarianas é de 15 à 25%, que o parâmetro segundo a pactuação nacional é de 70% e que a relação do tipo de parto no RS pontuou 37%, percebe-se que apesar de haver um aumento gradativo do número de partos em relação as cesáreas que atingiu 31,9% em 2015, é imprescindível traçar estratégias para qualificar tal índice.

A proporção de partos em mulheres menores de 20 anos tem uma queda gradativa no município sendo mais significativo no ano de 2014 para 2015, 10,1% para 8,24%, ressaltando que no ano de 2016 tivemos um caso de gestação na faixa etária de maior risco (10-14 anos). Os bairros com maior incidência de gestação em menores de 20 anos são: Santo Antônio, Centro, Conservas e Morro 25. É preciso estar atento quanto a gestação nesta faixa etária principalmente dos 10-14 anos em função de poder estar vinculado a violência sexual.

1.3.2 Morbidade

1.3.2.1 Doenças de Notificação Compulsória

As doenças **Vírus Zika**, **Dengue** e **Chikungunya** são transmitidas pelo mosquito *Aedes Aegypti*. A tabela abaixo mostra o número de casos suspeitos sendo que em 2015 tivemos dois casos de Dengue confirmados e em 2016 01 caso confirmado, porém nenhum destes considerado autóctone pelo Ministério da Saúde. Há três crianças cadastradas no RESP em acompanhamento (SINAN Online).

Doenças transmissíveis pelo mosquito *Aedes Aegypti*

Notificações de casos suspeitos por ano	2012	2013	2014	2015	2016
Dengue	2	15	5	13	23
Chikungunya	0	0	0	0	2
Zika	0	0	0	0	14

Fonte Sinan Online

Focos do mosquito em Lajeado

2012	2013	2014	2015	2016
1	6	25	10	11

Fonte Vigilância ambiental Lajeado

Em 2012 foi encontrado o primeiro foco do mosquito no município, sendo que houve um aumento gradativo até abril de 2016, quando foi decretado pelo Estado, como município infestado pelo mosquito *Aedes Aegypti*. Os bairros com maior incidência do mosquito são: Olarias, Florestal e Montanha, dentre esse mais 14 bairros tiveram focos do mosquito assim gerando um total de 54 focos no município. Atenção especial quanto a prevenção vê-se necessária em virtude do aumento dos focos do mosquito e com isto a possível contaminação do mesmo e disseminação da doença no município.

Em relação a **Malária**, o RS é considerado área não endêmica, sendo que todos os 92 casos foram importados entre 2010 e 2014, um deles registrado em Lajeado, em 2014.

A **Leishmaniose visceral** tem alta letalidade se não tratada, iniciou no estado em 2008 em cães e 2009 em humanos, no município não existem casos registrados até o momento.

A **Raiva Humana** é letal em praticamente 100% dos casos, em 1981 ocorreu o último caso em Três Passos. No de período 2012-2015, Lajeado teve 892 notificações de atendimento antirrábico, sendo o Centro de Saúde Centro a referência regional para avaliar as situações que necessitam vacina.

A **Leptospirose** está relacionada a saneamento inadequado, com alta infecção de roedores infectados, grande volume de chuvas (enchentes) e trabalho agropecuário, estando distribuídos em todos os bairros do município, sem foco relevante.

Leptospirose	2012	2013	2014	2015	2016
Notificado	7	13	11	6	13
Confirmado	1	4	3	1	3

A **Toxoplasmose** é o resultado da infecção com um parasita comum encontrado em fezes de gato e alimentos contaminados. Pode causar graves complicações para gestantes e pessoas com o sistema imunológico debilitado. Analisando a tabela abaixo, referente aos casos de Toxoplasmose desde 2014 percebe-se um aumento, sendo que em 2016 ocorreu um caso de Toxoplasmose Congênita.

/	2014	2015	2016
Toxoplasmose	6	16	29
Toxoplasmose congênita	0	0	1

O Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) é um dos principais instrumentos do Programa VigiÁgua, que visa auxiliar o gerenciamento de riscos à saúde, associados à qualidade da água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. O município tem analisado mais que os 100% pactuados tendo a Proporção de amostras de água com presença de *Escherichia coli*, em Soluções Alternativas Coletivas, atingido 0,41 em 2015 e 1,72 em 2016, tentando chegar a proporções cada vez menores. Ponto importante é um poço na localidade de Alto Conventos/Interior que tem uma grande concentração de flúor na água devido ao tipo de rocha que possui no local, sendo que essa população já foi orientada. No que tange as doenças transmitidas por água e alimentos (DTHA) tivemos um caso em 2013 e dois 2014.

A incidência de casos de **Tétano acidental e neonatal, Difteria e Coqueluche** remete a cobertura vacinal da população que em Lajeado é superior a 95%. No município o último caso de tétano acidental registrado foi em 2007, não existem casos registrados Difteria e em 2013 ocorreu um diagnóstico clínico Coqueluche.

Quanto a Coqueluche, vale ressaltar que houve um aumento significativo em todo país do número de casos, nos anos de 2011(2.248), 2012 (5.443) e 2013 (6.368). Em setembro de 2014 foi introduzida a vacina DTPa para as gestantes e profissionais que trabalham em UTI neonatal e maternidades, considerando que a doença desenvolve sua forma mais grave em < de 3 meses de idade tendo maior incidência em crianças < de 12 meses.

A **Influenza** ocorre durante todo o ano, mas é mais frequente no outono e no inverno, quando as temperaturas caem, principalmente no sul e sudeste do país. Destacam-se os vírus A (H1N1 e H3N2) e B. Em 2009 ocorreu a pandemia da Influenza A (H1N1), com preocupação maior da população em relação a etiqueta respiratória e a vacinação, diminuindo a circulação do vírus no ano seguinte. A circulação do vírus A (H1N1) apresentou novo pico em 2016, preocupando pela sua capacidade de evoluir para formas mais graves, sobretudo em usuários com comorbidades, crianças, gestantes e idosos, Lajeado não apresentou nenhum óbito relacionado à Influenza desde a pandemia de 2009. A cobertura vacinal geral do município é em média de 80% nos grupos prioritários, chamando atenção para os baixos índices vacinais das crianças menores de 5 anos e das gestantes.

	2013	2014	2015	2016
Casos Confirmados para Influenza	6	2	0	9

Meningite é a ocorrência de um processo inflamatório das meninges (membranas que

envolvem o cérebro), pode ser causada por diversos agentes infecciosos, como bactérias, vírus e fungos. A meningite bacteriana causada pelo meningococo C é a que gera maior preocupação entre as meningites bacterianas pela sua capacidade de evoluir para formas graves da doença, em virtude disso em 2009 foi instituída a vacinação no calendário básico da criança, sendo que a cobertura vacinal em Lajeado é de 98%. Lajeado registrou 01 caso de Meningite por Meningococo C em 2013 usuário de 04 anos (sem registro vacinal) e 01 em 2015 usuário 61 anos (fora da faixa vacinal).

Hepatites Virais

A **hepatite A** é uma doença transmitida por alimentos ou água contaminados ou pelo contato com uma pessoa infectada, estando relacionada com as condições de saneamento básico, Lajeado não registrou casos entre os anos de 2012 e 2016.

As **hepatites B e C** são transmitidas por exposição a fluídos corporais infectados podendo cronificar. Quanto às vias de contaminação, no município de Lajeado, os casos de hepatite B em sua maioria ocorreram pela via sexual e na Hepatite C através do uso de drogas injetáveis. Vale ressaltar que todos os casos confirmados foram identificados na fase crônica da doença e os infectados têm, no mínimo, da 5ª até 8ª série.

Incidência de Hepatite em residentes por ano

Hepatites	2012	2013	2014	2015	2016
Hepatite B	53	75	76	56	58
Hepatite C	11	19	27	28	16

Hepatite B

	Sexo M	Sexo F	20-39 anos	40-59 anos
2012	25	28	18	29
2013	36	39	31	39
2014	33	43	23	39
2015	28	28	21	26
2016	31	27	21	20

Analisando o quadro percebe-se que a HB não tem relevância quanto ao sexo e a faixa etária predominante é dos 40-59 anos, exceto em 2016.

Hepatite C

	Sexo M	Sexo F	20-39 anos	40-59 anos
2012	6	5	4	6
2013	8	11	5	11
2014	17	10	11	15
2015	17	11	9	16

Analisando o quadro percebe-se que a HC não tem relevância quanto ao sexo e a faixa etária predominante é dos 40-59 anos, exceto em 2016.

2016	11	5	8	6
------	----	---	---	---

A Hepatite B é prevenível através de vacina disponibilizada para todas as faixas etárias e a vacinação para Hepatite A contempla crianças até 04 anos de idade. Com a introdução dos testes rápidos em 2014 os usuários têm acesso facilitado e rápido ao diagnóstico garantindo um acompanhamento eficaz.

Hanseníase é uma doença crônica causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*. Este bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto poucos adoecem (baixa patogenicidade). Lajeado apresenta detecção anual de casos novos de Hanseníase, sendo a proporção de cura de 100% e avaliação dos comunicantes é realizada em todos os casos.

Hanseníase	2012	2013	2014	2015	2016
Nº casos	1	1	4	1	1
Bairro de ocorrência	São Cristóvão	São Cristóvão	Campestre, Florestal, Jardim do Cedro e São Cristóvão	São Cristóvão	São Cristóvão

Tuberculose é um problema de saúde pública prioritário no Brasil, estima-se que cerca de um terço da população mundial está infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, sob risco de desenvolver a enfermidade. Em Lajeado percebe-se aumento do número de casos novos diagnosticados, porém a maioria está relacionado a comunidade fechada (presídio), que é assistido desde 2016 por uma Equipe de Saúde Prisional. A taxa de cura é de aproximadamente 70% e a taxa de coinfeção HIV/Aids está em média em 11%. Vale ressaltar que 100% dos casos positivos para Tuberculose são testados para HIV.

Tuberculose	2012	2013	2014	2015	2016
Casos Novos	19	22	28	29	38
Taxa de Cura	75,00%	68,42%	70,83%	81,82%	62,50%
Coinfecção HIV/Aids	1 (5,25%)	4 (18%)	3(11%)	4(14%)	3(8%)

A **Aids** é uma doença emergente, que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade em virtude de seu caráter pandêmico e gravidade. Apesar da disponibilidade da testagem rápida em todas as Unidades de Saúde de Lajeado, chama a atenção o grande número de diagnósticos tardios, o crescente de óbitos por Aids e os casos de Aids em criança, conforme a tabela abaixo.

Casos novos/ano	2012	2013	2014	2015	2016
-----------------	------	------	------	------	------

Aids/criança	1	0	1	0	1
HIV/Gestante	5	4	5	7	2
HIV adulto	9	16	36	24	25
Aids adulto (diagnóstico tardio)	11	30	23	23	25
Óbitos por Aids	2	8	4	3	7

A **Sífilis** é uma infecção de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum*, exclusiva do ser humano, e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica com sequelas irreversíveis em longo prazo. É transmitida predominantemente por via sexual e vertical.

Em 2014, com a introdução da testagem rápida em todas as Unidades de Saúde, percebeu-se um aumento considerável do número de casos notificados. A Sífilis em Gestante e Congênita apresenta um aumento proporcional, atingindo seu máximo em 2016, quando 39% das gestantes com a doença mantiveram o diagnóstico de Sífilis, resultando em 9 casos de Sífilis Congênita, apesar de disponibilidade de tratamento gratuito na Rede Básica.

Casos de Sífilis/ano	2012	2013	2014	2015	2016
Sífilis em gestante	7	13	18	31	23
Sífilis Congênita	0	1	3	8	9
Sífilis Adquirida	13	58	191	108	131

O Brasil é considerado livre da circulação viral autóctone da **Rubéola** e do **Sarampo** desde 2015 e 2016 respectivamente. Em Lajeado registramos de 2012 à 2016, 23 casos suspeitos, todos descartados. A **Caxumba** apresentou aumento de casos no RS em 2015, já em Lajeado o aumento foi registrado a partir do segundo semestre de 2016 sendo a população mais atingida adolescentes em idade escolar e adultos jovens. Estes agravos são imunopreveníveis por vacina disponibilizada na rede pública.

A **Poliomielite** está praticamente erradicada, tendo circulação apenas em alguns países do Continente Africano, no Brasil o último caso registrado foi em 1989. Para manter-se a condição de erradicação as coberturas vacinais devem estar acima de 95%, em Lajeado está em 99%, além disso faz-se o monitoramento de todas as paralisias flácidas agudas, com o intuito de descartar a relação dos casos com o poliovírus vacinal ou à doença.

O município de Lajeado faz a vigilância das **Violências** através das notificações. Apesar das subnotificações registramos altos números de notificações relacionados sobretudo à violência contra

mulheres, crianças, adolescentes, idosos, de gênero, indígenas e pessoas com deficiências. Em relação ao suicídio o município conta com um Comitê de Promoção da Vida e com o Observatório na UPA e Hospital Bruno Born afim de repassar os casos de tentativa de suicídio com maior rapidez para a rede de atenção seguir o acompanhamento deste usuário. As tentativas de suicídio são mais frequentes em mulheres e o suicídio em homens adultos e idosos sendo que a maneira mais utilizada é o enforcamento. Avaliando tal situação e buscando diminuir estes indicadores foram instituídas na Rede de Atenção Básica duas Oficinas Terapêuticas localizadas no bairro Santo Antônio e Conventos (maior índice de tentativas de suicídio).

	2012	2013	2014	2015	2016
Total notificações de Violência	253	293	426	656	356
Violência Sexual	10	31	21	26	25
Tentativa Suicídio	117	119	158	194	143
Suicídio	13	5	9	7	10

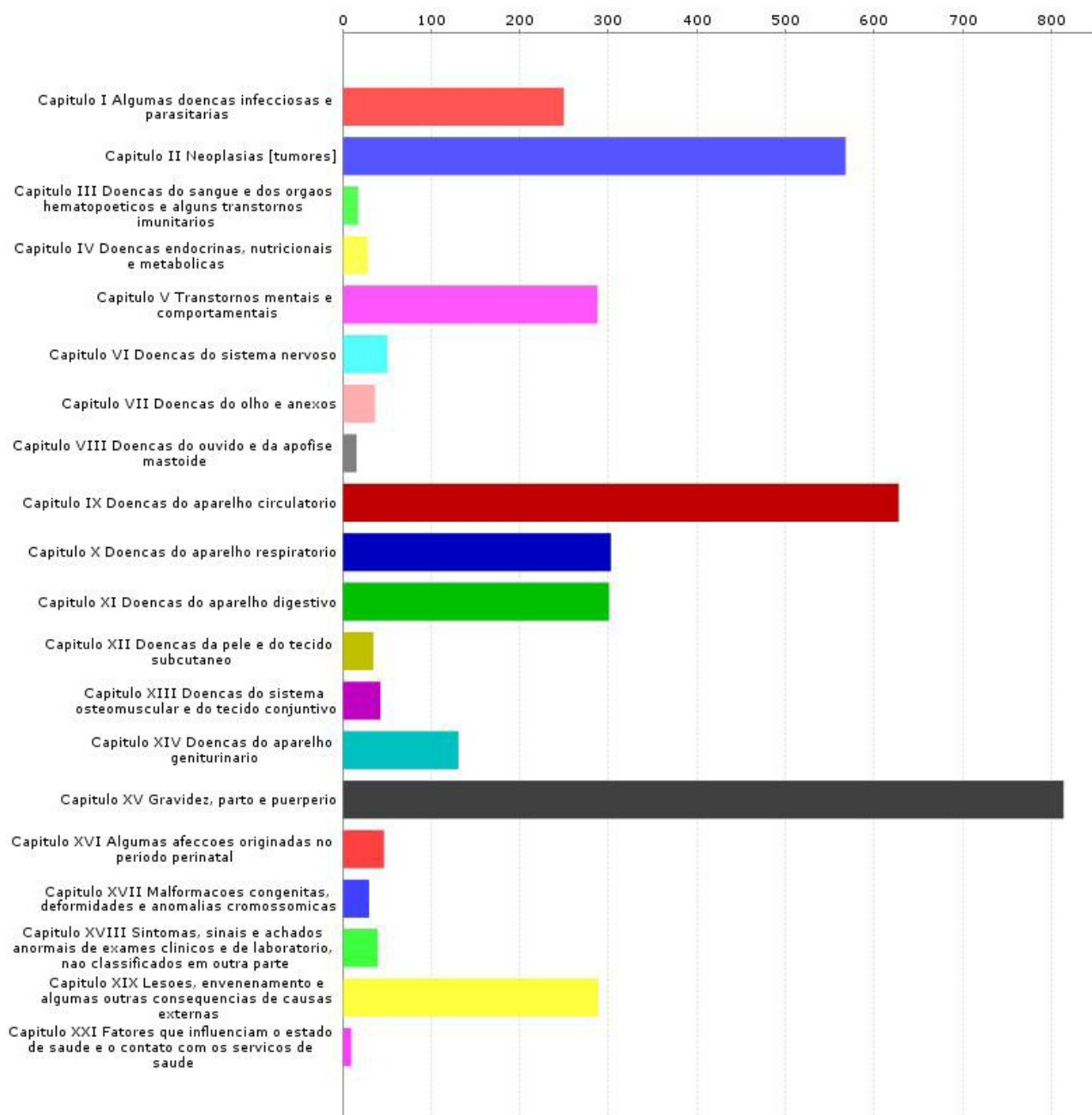
A partir de 2014 até 2016, em relação ao número de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionadas ao trabalho, temos: 852, 922 e 551 respectivamente, números muito aquém da realidade do trabalho sendo o desafio aumentar o número de notificações.

1.3.2.2 Morbidade Hospitalar

Em 2016, ocorreram 3928 internações das quais: gravidez, parto e puerpério, doenças circulatórias e neoplasias são as com maior incidência. A morbidade hospitalar quando analisada por grupos, causas e pelos ciclos de vida (7) observa-se que: crianças de 0 - 9 anos o maior número de internações ocorre em <1 ano devido a afecções geradas no período perinatal e nos maiores prevalece as doenças respiratórias; adolescentes dos 10 - 14 anos prevalece transtornos mentais e comportamentais; dos 15 - 19 anos prevalece o parto seguido de transtornos mentais e comportamentais; adultos dos 20 - 59 anos contabilizam 57% das internações devido a gravidez, parto e puerpério, doenças circulatórias e neoplasias e; idosos (> 60 anos) tem 30% das internações por doenças circulatórias e neoplasias.

MORBIDADE

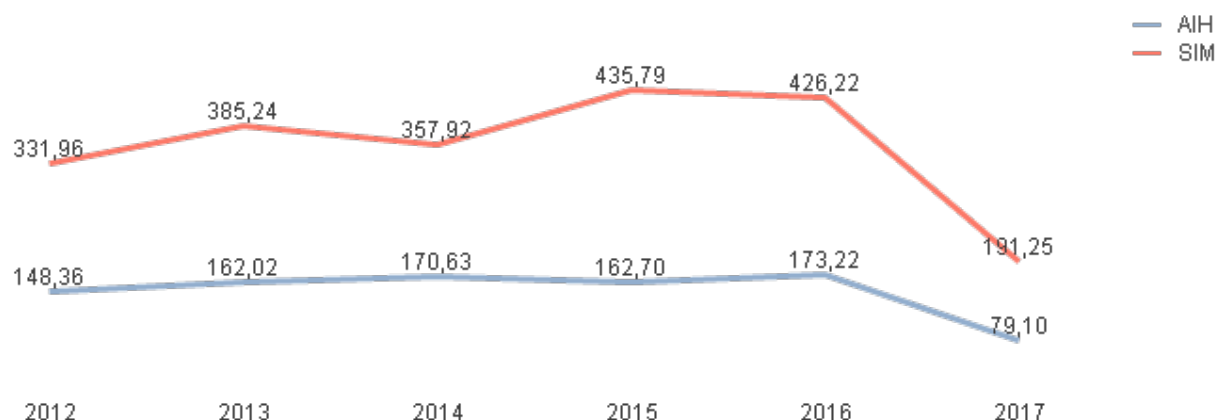
Abaixo segue demonstrativo de internações por capítulo do CID.



Fonte: BI-Saúde

No gráfico abaixo temos um panorama do Conjunto das quatro principais causas das Doenças Crônicas não Transmissíveis/DCNT (taxa de internação hospitalar/10.000 hab – AIH e coeficiente de mortalidade/100.000 hab – SIM).

Taxa de Internação Hospitalar (AIH) x Coeficiente de Mortalidade (Por Ano)



No que tange a avaliação do número de internações por Diabetes e Infarto Agudo do Miocárdio/IAM e óbitos por estas causas, temos:

	2014	2015	2016
Internações por Diabetes	19	16	15
Óbitos por Diabetes	26	33	39
Internações por IAM	36	28	47
Óbitos por IAM	3	3	6
Internações por Doenças Circulatórias	623	618	628
Óbitos por Doenças circulatórias	107	125	114

Analisando a tabela acima verifica-se que a proporção de óbitos nas internações por IAM tem aumentado de 2014 à 2016 de 8,33% para 12,77% sendo responsável por 1,2% dos óbitos em geral; as Doenças Circulatórias são responsáveis por 24% dos óbitos e a Diabetes por 8% da mortalidade geral em 2016. O grupo de DCNT contabilizaram 312 óbitos em 2016 correspondendo a 65%.

1.3.3 Mortalidade

Em 2016, a mortalidade no município contabilizou 482 óbitos sendo: as neoplasias, as doenças circulatórias e as causas externas as mais relevantes.

- Neoplasias: foram contabilizados 65 óbitos ocorridos do sexo masculino, destes 14% está relacionado a Próstata (Saúde do Homem), a partir dos 63 anos e; 57 óbitos do sexo feminino sendo que 26% está relacionado a Saúde da Mulher. Das neoplasias relacionadas a Saúde da Mulher, 40% está vinculado ao Câncer de Mama embora a mamografia seja fornecida pela rede a partir dos 35 anos e a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos

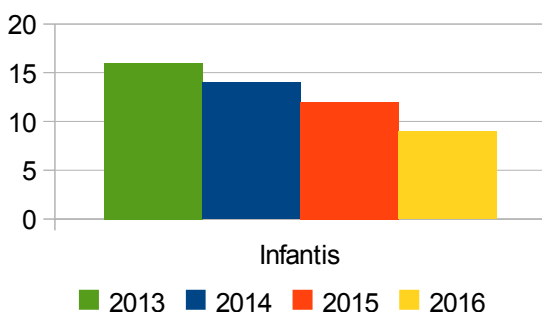
na população tenha aumentado ao longo dos anos de 0,56; 0,60 e 0,65 (2014 -2016) e 26% vinculado ao Câncer de Útero e Colo sendo que a razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos aumentou de 0,56, 0,60 para 0,65 (2014-2016).

- doenças circulatórias: totalizaram 128 óbitos sendo que 77% corresponde a faixa etária > 60 anos e 13% dos 50-59 anos.

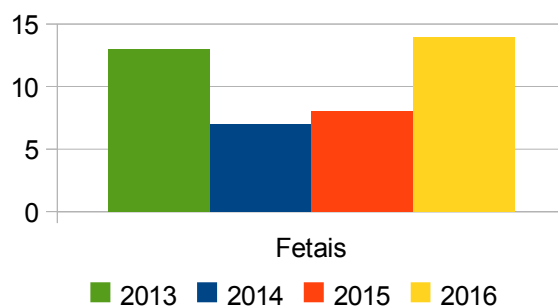
- causas externas: contabilizou 63 óbitos destes 51% na faixa etária dos 20 aos 59 anos sendo a causa externa de maior incidência o homicídio prevalecendo a faixa etária de 20 até 30 anos do sexo masculino. 33% da população > 60 anos têm como maior fator de causa externa as quedas e aspirações sendo que a maior incidência está nos idosos > 80 anos (com 50% dos casos). O suicídio tabulou 10 casos o equivalente a 16% na maioria homens entre 20-59 anos.

Analisando a mortalidade infantil ao longo dos anos ocorreu uma diminuição, sendo que em 2016 totalizou 9 casos distribuídos em diferentes bairros, destes: 78% planejou a gestação; 67% iniciou o pré natal em tempo oportuno; 44% acompanhou na rede pública. Em relação as causas de óbito na sua maioria constituem situações relacionadas a afecções no período perinatal que evoluíram para um parto prematuro.

Número de óbitos infantis série histórica



Número de óbitos fetais série histórica



Quanto aos óbitos fetais percebe-se um aumento significativo de 2015 para 2016 totalizando 14 casos distribuídos em diferentes bairros (porém Jardim do Cedro, Centro, Santo Antônio e Morro 25 contabilizaram dois casos cada), destes: 43% planejou a gestação; 57% iniciou o pré natal em tempo oportuno; 50% acompanhou na rede pública; 15% não realizou pré natal. Em relação as causas de óbito fetal 43% oligodrâmnio e 15% hipóxia intra útero.

Dentre os apontamentos do comitê ressalta-se a falta alguns registros em prontuário e/ou carteira de gestante e intervalo entre as consultas diferente do que o recomendado pelo Ministério da Saúde.

Em relação o número total de óbitos relacionados ao trabalho notificados nos sistemas de

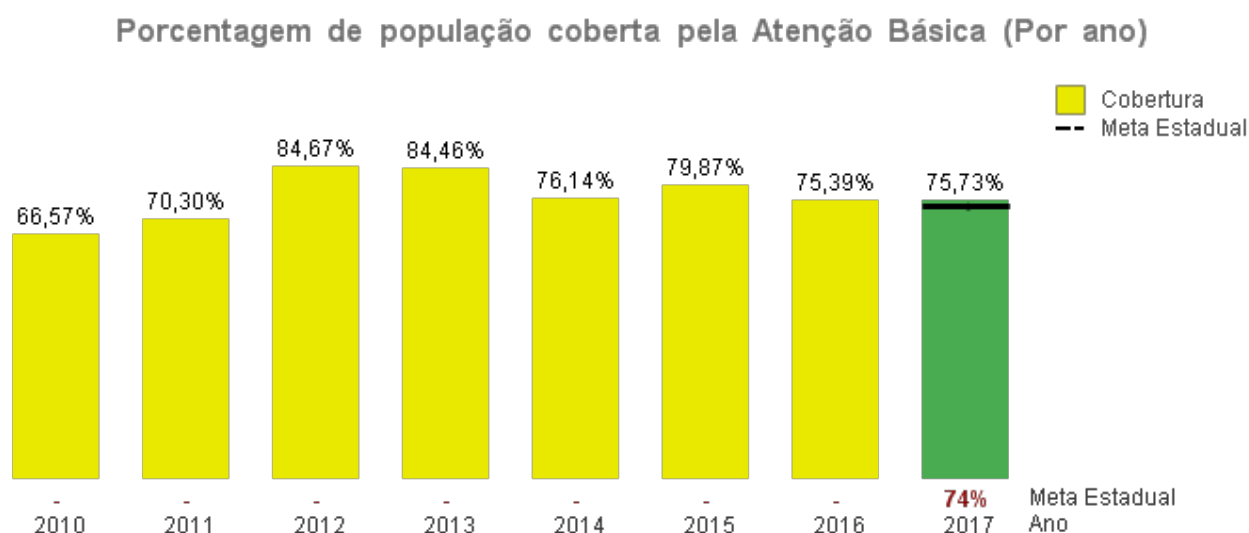
informação Relatório Individual de Notificação de Agravos (RINA), SINAN e SIM, ocorreu um, em 2016. Destes, 100% foram investigados pelo município.

2. Organização e Estrutura da Rede de Atenção à Saúde

Os instrumentos normativos do SUS vêm sendo reorganizados constantemente visando a integralidade da atenção à saúde e o término da fragmentação entre ações e serviços.

2.1 Atenção Primária à Saúde - APS

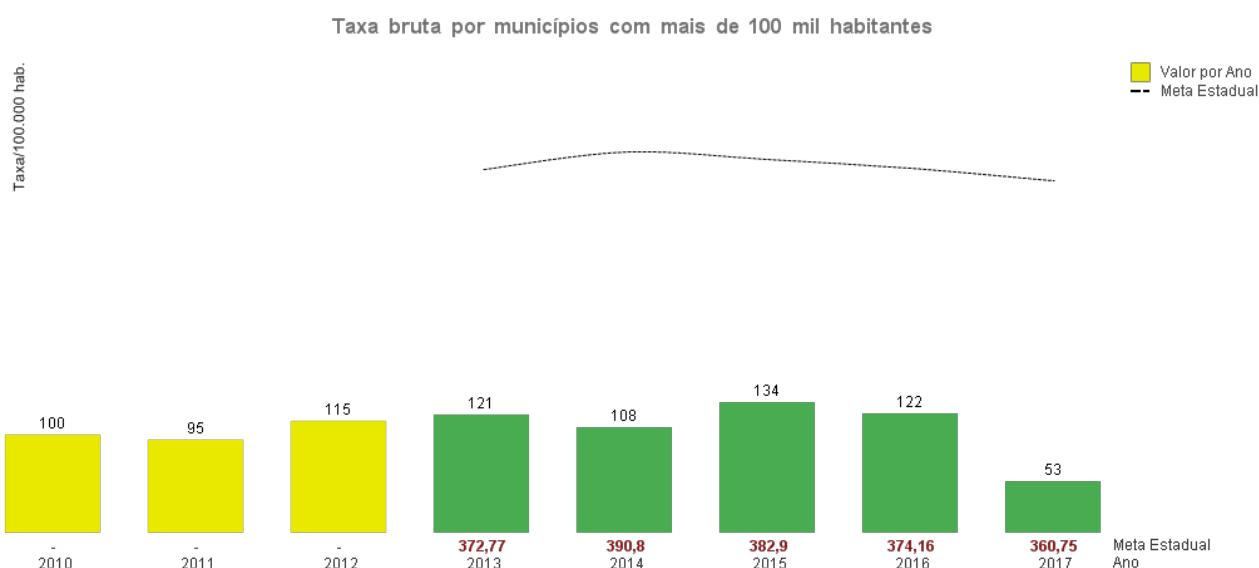
A APS é componente estratégico do SUS, também denominada de cuidados de saúde primários, é uma forma de intervenção precoce na história natural das doenças potencializando essa intervenção ou mesmo evitando sua necessidade. Cabe às equipes de Atenção Básica (EAB), às equipes de Saúde da Família (ESF) e as outras modalidades como a Saúde Prisional, prestar o atendimento a população do território adscrito. A série histórica abaixo mostra a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, superior a média do RS que é de 72,59%.



A população aumentou no decorrer dos anos e os profissionais odontólogos se mantiveram, logo o indicador de Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica regrediu de 2011 até 2014 nos anos seguintes até 2016 vem aumentando lentamente chegando a 29,62% e consequentemente tem se registrado um decréscimo da proporção de exodontia em relação aos procedimentos atingindo 2,07% no mesmo ano. A inserção das equipes de Saúde Bucal possibilita a ampliação de acesso da população aos profissionais e às práticas de Saúde Bucal.

O indicador referente as Condições Sensíveis à Atenção Básica/ICSAB mostra um decréscimo ao longo dos anos no país e no RS igualmente ocorrido no município que mantém a

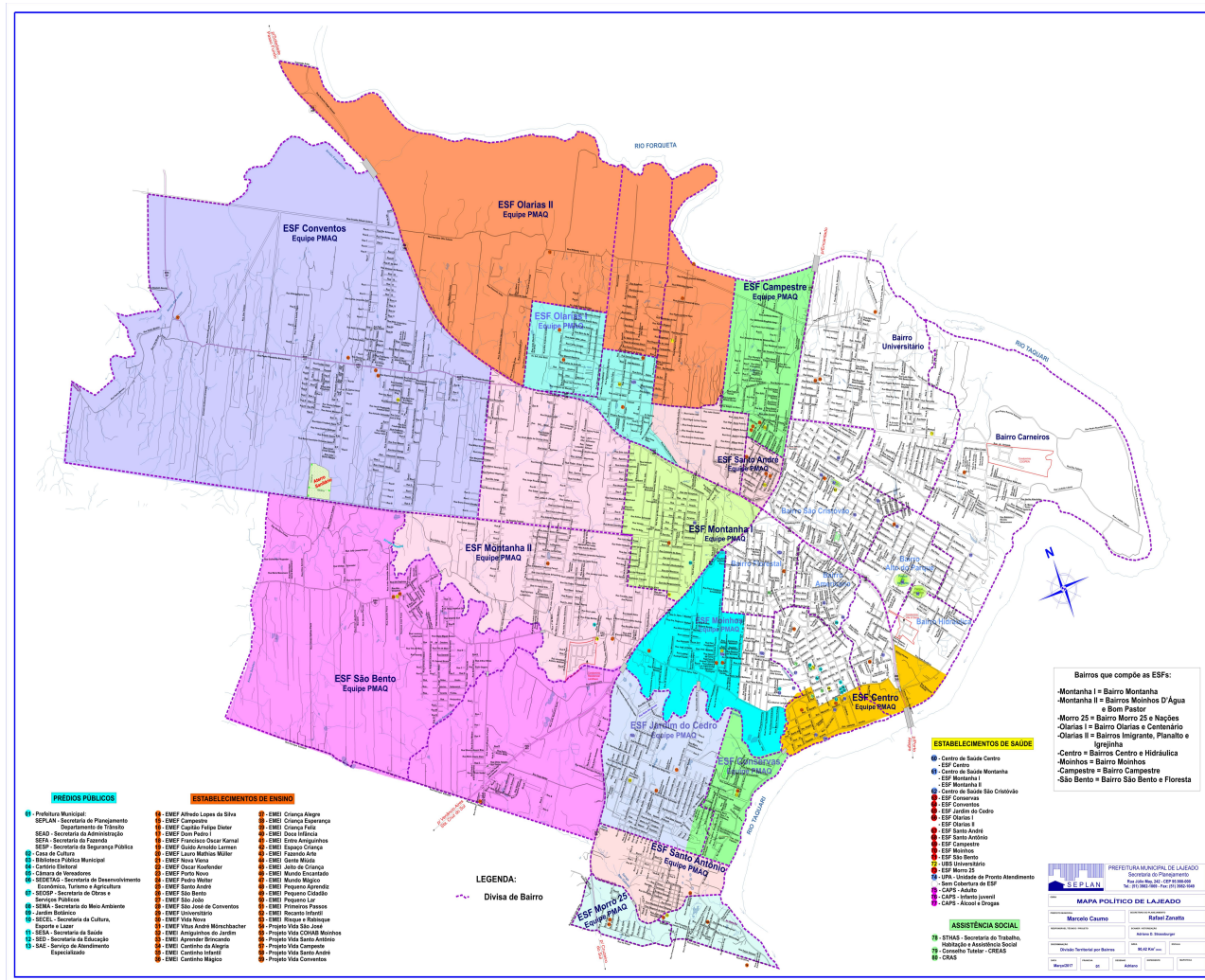
proporção de internação por condições sensíveis a atenção básica baixa, tendo maior impacto no ano de 2015 para 2016 que retrocedeu de 20,92% para 16,59%. Em relação a Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) temos um decréscimo 2015 para 2016 corroborando ao aumento de 4 ESFs (Centro, Moinhos, São Bento e Campestre) que ocorreu a partir de 2014 qualificando o atendimento da Atenção Básica. Ainda, na garantia de haver o profissional médico o município aderiu ao Programa Mais Médicos/ PMM sendo contemplado com 11 profissionais. O município tem 14 ESF e atingiu uma cobertura de 61,54 % da população.



Capacidade instalada dos dispositivos da APS, 2016

Serviços/Equipe	Nº Absoluto
Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	01
Estratégia de Saúde da Família ESFs	14
Equipe de Saúde Bucal ESB	5
Equipe de Atenção Básica Prisional EABp	1
Programa Academia da Saúde	1
Agentes de Combate às Endemias (ACE)	6
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	89
Oficinas Terapêuticas	2
Médico PMM	11
Pontos Telessaúde	14

Mapeamento da área adscrita por Estratégia de Saúde da Família



Fonte: PACS, 2017

No que se refere à atenção psicossocial o município conta com três Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS): Álcool e Drogas, Adulto e Infantil e através da CIB/RS nº404/2011 foram criadas duas Oficinas Terapêuticas (OT) na Atenção Básica com o intuito de promover a saúde mental e fortalecer a rede.

A Assistência Farmacêutica (AF) municipal atua de forma integrada e transversal com a rede de saúde municipal.

A organização do **acesso** se dá da seguinte maneira: Componente Básico da AF (CBAF) – através das 12 farmácias localizadas nas Unidades de Saúde, da Farmácia-Escola (parceria com a Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's), atendendo também o Presídio de Lajeado (Saúde Prisional).

O elenco de medicamentos essenciais disponibilizados para a população está definido na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) devidamente aprovada no Conselho Municipal de Saúde. A **seleção** dos medicamentos é feita de acordo com o Anexo I da RENAME

(Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) sendo avaliada por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica formalizada e atuante regularmente, devidamente homologada através de portaria.

Em relação aos medicamentos de uso ambulatorial são selecionados de acordo com os procedimentos definidos e realizados pelas Unidades de Saúde do município. Quanto a **programação** dos quantitativos para atendimento da demanda municipal é feita através de consumo histórico e perfil epidemiológico para uso anual de acordo com a REMUME, sendo a **aquisição** dos medicamentos feita por intermédio do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Taquari (CONSISA) com recursos definidos nas portarias específicas do MS complementados por recursos próprios do município. O **armazenamento** e distribuição dos medicamentos na rede municipal está estruturado da seguinte forma: A Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), localizada em prédio próprio e específico é responsável pelo recebimento, armazenamento (conforme as Boas Práticas de Armazenagem) e separação dos medicamentos para as Unidades de Saúde que possuem farmácia conforme rotina de solicitação de medicamentos.

O controle de estoque é informatizado através de programa específico (Consulfarma) e a distribuição (transporte em veículo específico) dos medicamentos para as unidades é realizada conforme roteiro definido e as unidades possuem sala específica (farmácia) para guarda dos medicamentos. Os medicamentos são estocados por ordem alfabética do nome genérico, por forma farmacêutica e validade em quantidade suficiente para atendimento de uma semana (reposição semanal). Existe controle de estoque informatizado interligando a CAF com as farmácias.

Entende-se por **dispensação** o ato que caracteriza a relação direta, face a face, entre o Farmacêutico e a pessoa que vai utilizar o medicamento, é o momento em que o profissional ouve, esclarece dúvidas, complementa informações, analisa a prescrição, e fornece informações quanto ao uso e a guarda do medicamento, objetivando a eficácia da terapêutica. Didaticamente o ato de dispensar pode ser dividido em quatro etapas: abordagem do usuário, análise da prescrição, exame físico dos medicamentos e orientação ao usuário. Em 12 (doze) de suas farmácias o município não realiza a **dispensação** de medicamentos propriamente dita, somente a **entrega** dos mesmos à população. A entrega é feita basicamente mediante a apresentação de prescrição médica da rede municipal em duas vias (1ª via usuário, 2ª via Farmácia), descritos pela Denominação Comum Brasileira (nome genérico), por auxiliares administrativos de saúde e/ou estagiários da área de saúde de acordo com o horário de funcionamento da Unidade.

A entrega dos medicamentos segue a seguinte rotina: apresentação da prescrição; separação da(s) quantidade(s) com respectivo fracionamento se for necessário para uso de acordo com a posologia prescrita; identificação da unidade dispensadora e datação (carimbo) com anotação da(s) quantidade(s) fornecidas; entrega do medicamento ao usuário com afixação de etiquetas adesivas

referente a posologia e registro no sistema informatizado por usuário com controle de lote e validade.

A partir de outubro de 2011 o município celebrou convênio com a UNIVATES implantando a Farmácia-Escola. Neste local são realizados todos os serviços farmacêuticos de acordo com a legislação vigente. É o único local que possui registro no Conselho Regional de Farmácia pois conta com profissionais farmacêuticos atuando durante todo o tempo de funcionamento. A Farmácia-Escola é a referência para dispensação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98, pelos medicamentos fitoterápicos e dermatológicos devidamente inseridos na REMUME, sendo atendidos também os serviços referenciados pelo SUS municipal.

O acesso ao **Componente Estratégico da AF (CESAF)** se dá através do Serviço de Assistência Especializada (SAE) que trata diretamente com a 16ª Coordenadoria Regional de Saúde referente as demandas do serviço.

O acesso ao **Componente Especializado da AF (CEAF)** e Especial do RS se dá através da Farmácia do Estado, estabelecimento específico para atendimento desta demanda (medicamentos, dietas, fraldas, etc.) de forma administrativa além da forma judicializada sendo utilizado o Sistema de Administração de Medicamentos Especiais (AME) para operacionalização do trabalho de acordo com o fluxo de acesso aos medicamentos especializados e especiais do RS.

A AF no município ainda apresenta diversos pontos com oportunidade de melhorias no sentido de se alcançar o uso racional de medicamentos.

A seguir são descritas políticas e programas e sua articulação junta às práticas desempenhadas pelas equipes de APS.

A **Política de Atenção Integral à Saúde da Criança** prevê o acompanhamento multiprofissional da criança de acordo com o calendário mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde além da situação vacinal, Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho, Teste da Linguinha, Teste do Coraçãozinho são algumas ações realizadas que englobam a saúde da criança. A coleta em tempo oportuno do Teste do Pezinho atinge em média 92%.

Em relação a cobertura vacinal atinge 100%, analisando a proporção de vacinas selecionadas no calendário nacional de vacinação para crianças < 2 anos (Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice Viral) com cobertura vacinal preconizada, por haver sala de vacinas em todas as ESFs/CS.

A Vigilância do Óbito Infantil é efetiva, composta por um comitê multiprofissional que avalia os óbitos e, posteriormente, relata ao profissional ou equipe as falhas no atendimento à gestante ou criança visando diminuir os óbitos materno, fetal e/ou infantil.

A Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, que atende dos 10-19 anos, propiciando privacidade e confidencialidade, garantindo o acesso à saúde para este público bem como interagir com eles nos espaços de convivência (escolas) visando a educação sexual e reprodutiva, crescimento e redução de morbimortalidade por causas externas, através do Programa de Saúde na Escola (PSE). No município todas as ESFs aderiram ao PSE e realizam acompanhamento nas escolas (EMEI's e EMEF's) do seu território. Ainda, deve-se estimular o acompanhamento de adolescentes na APS ofertando uma consulta médica e duas de enfermagem ao ano a partir dos 10 anos de idade, seguindo os princípios da privacidade e confidencialidade.

Em relação a situação vacinal contra HPV e Meningite introduzida em 2013 e 2017 respectivamente, percebe-se que o trabalho realizado em parceria com a comunidade escolar tem desempenhado um papel importante na adesão deste público às atividades de imunização, observando o PNI na forma de Campanhas, Rotina e Intensificações de Vacinação.

Atenção Integral da Saúde do Homem preconiza a prevenção da violência e das doenças prevalentes na população masculina com foco no câncer próstata, saúde sexual e paternidade tentando facilitar o acesso a este público.

Atenção Integral da Saúde da Mulher com enfrentamento do câncer de mama e útero, enfrentamento à violência, planejamento familiar e pré-natal. Considerando os índices de mortalidade por câncer relacionado a saúde da mulher é imprescindível que sejam mantidas ações de promoção, prevenção e detecção precoce na rede de APS.

O enfrentamento à violência se constitui como uma ação complexa que mobiliza diversos profissionais de diferentes setores trabalhando de maneira integrada afim de formar uma rede de atenção às vítimas. O município conta com um Comitê de Promoção à Vida que mobiliza diversos setores e promove diversas ações de combate a violência e suicídio e o Centro de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM).

Todas ESFs realizam pré-natal de risco habitual corroborando para o aumento da cobertura do acompanhamento de pré-natal, que abrange 86,42% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Quando ocorrem intercorrências as gestantes são encaminhadas para o Centro de Saúde São Cristóvão, referência no atendimento de gineco - obstetrícia, e estas por sua vez reencaminham situações mais graves o Ambulatório de Gestação de Alto Risco - AGAR/Estrela ou Porto Alegre conforme a situação de cada usuário. Importante salientar que o atendimento segue concomitante entre os setores afim de manter o vínculo com as usuárias. No entanto, ainda apresentam-se grandes desafios para a efetivação do cuidado pois indicadores como a Sífilis Congênita vem aumentando de forma significativa.

Atenção Integral da Saúde do Idoso tem por objetivo o envelhecimento ativo e saudável. As ações prioritárias para o fortalecimento do atendimento ao idoso na APS: campanha de vacinação para a Influenza, atenção domiciliar longitudinal das pessoas idosas com indicação e a responsabilidade sanitária sobre as Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) do município que contabilizam 10.

A **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)** vem compor a atenção básica para a organização da atenção nutricional, visando o aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida e a adequada introdução dos alimentos. O município conta com profissional nutricionista em 11 ESFs e demais são referenciadas ao Centro de Saúde Centro, que realizam atendimento/avaliação nutricional individual e coletivo (escolas infantis e de ensino fundamental), grupo de educação em saúde, visita domiciliar, entre outros.

Como controle da obesidade o grupo de nutricionistas do município iniciou um grupo de reeducação alimentar denominado “AMIGOS DA BALANÇA” que tem como objetivos a redução de peso, melhora da qualidade de vida e da autoestima dos usuários participantes, ocorrendo nos ESF, sendo sua característica ser fechado, num total de doze encontros semanais, composto por usuários que estiverem interessados em reduzir o peso, com ou sem outras patologias. Pela periodicidade semanal e objetivos em comum, o grupo tem possibilitado acompanhamento nutricional mais assíduo, trocas de experiências/vivências, esclarecimento de dúvidas, e ainda, estabelecer vínculos, pré-requisitos estes indispensáveis para o cuidado em saúde e conquista de resultados satisfatórios. Ainda, como prevenção e tratamento da obesidade vê-se necessária a implantação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade.

O Programa Bolsa Família (PBF) atende famílias em situação de vulnerabilidade social, acompanha mulheres dos 14 - 44 anos, gestantes durante o pré natal e até 6 meses pós parto e crianças < 7 anos (acompanhamento do desenvolvimento infantil e situação vacinal). No último semestre de 2016, haviam 976, foram elegíveis para acompanhamento de saúde 836 famílias, sendo que destas foram acompanhadas 675 pela Atenção Básica, correspondendo a 80,74%.

Tabagismo

Além dos programas citados, existem outras ações realizadas que têm relação com a APS, como o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, cujo objetivo é o de reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco; para tanto os profissionais da APS realizam ações educativas, de atenção à saúde e encaminham usuários com interesse em cessar com o fumo para o Centro de Saúde Centro onde ocorrem encontros semanais, na modalidade de grupo aberto, absorvendo usuários em diferentes fases do processo de tratamento. A equipe é multiprofissional composta por: nutricionista, médico, psicólogo,

enfermeiro, odontólogo e fonoaudiólogo.

2.2 Atenção Secundária e Terciária à Saúde:

A atenção secundária e terciária é caracterizada por ações e serviços de saúde em âmbito ambulatorial e hospitalar, realizados mediante procedimentos de maior densidade tecnológica.

2.2.1 Assistência Hospitalar

A assistência hospitalar está estruturada através do Hospital Bruno Born, mantido pela Sociedade Beneficência e Caridade de Lajeado, uma entidade privada, filantrópica sem fins lucrativos.

O hospital possui 188 leitos de internação, sendo 133 leitos habilitados pelo Sistema Único de Saúde.

Abaixo segue tabela com a relação de leitos por tipo.

Leitos por Especialidade		
Tipo	Total Existentes	Total SUS
Cirúrgicos	49	32
Obstetrícia Clínica	04	02
Obstetrícia Cirúrgica	16	07
Pediatria Clínica	06	04
Pediatria Cirúrgica	07	05
Clínicos	51	38
Psiquiatria	07	07
Hospital Dia	10	10
UTI Adulto Tipo II	20	15
UTI Infantil Tipo II	04	03
UTI Neonatal Tipo II	07	07
Unidade de Isolamento	07	03
Total de Leitos:	188	133

Fonte: CNES/DATASUS, agosto 2017

O hospital é referência regional em alta complexidade nas especialidades de oncologia, cardiologia, neurologia e neurocirurgia.

Na oncologia o hospital Bruno Born é classificado como Unacon, sendo referência para oncologia cirúrgica Porte B, oncologia clínica, quimioterapia, radioterapia e hematologia.

Na cardiologia, o hospital Bruno Born é referência para cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, cirurgia intervencionista, eletrofisiologia e procedimentos endovasculares.

Na neurologia e neurocirurgia, o hospital Bruno Born é referência para trauma, anomalia de desenvolvimento, coluna e nervos periféricos, tumores do sistema nervoso, neurocirurgia vascular e neurocirurgia, dor e funcional.

2.2.2 Consultas Médicas na Atenção Especializada

A atenção básica é a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, onde acontece o atendimento inicial, identifica riscos, necessidades e demandas de saúde.

A entrada dos usuários na atenção especializada ocorre pela atenção básica, através de documento de referência e contra referência, sendo que todos os documentos passam pela regulação médica da Secretaria de Saúde, que referencia o usuário ao prestador conforme sua necessidade.

Abaixo segue a tabela com a relação de prestadores e as especialidades de referência.

Tabela com a distribuição de consultas na Atenção Especializada		
Município	Estabelecimento/Prestador	Especialidade
Lajeado	Centro Clínico Univates	Alergologista
		Cardiologista
		Dermatologista
		Endocrinologista
		Fisioterapia
		Gastroenterologista
		Geriatria
		Ginecologista
		Hematologista
		Nefrologista
		Neurologista
		Otorrinolaringologista
		Pediatria
		Pneumologista
		Reumatologista
Lajeado	Hospital Bruno Born	Cardiologista
		Cirurgia Vascular
		Neurologista
		Neurocirurgia
		Nefrologista

		Oncologista
Lajeado	Secretaria da Saúde	Dermatologista
		Cirurgião Ambulatorial
		Fonoaudióloga
		Fisioterapia
		Infectologista
		Gastroenterologista
Lajeado	Fundef	Otorrinolaringologista
		Reabilitação Auditiva
		Lábio Leporino
		Fissura Palatina
Estrela	Hospital Estrela	Cirurgia Geral
		* Aguardando Resolução CIB para iniciar o atendimento
		Pré Natal Alto Risco
Encantado	Centro Oftalmológico	Oftalmologista
Teutônia	Hospital Ouro Branco	Proctologista
		Bucomaxilofacial
Arroio do Meio * Aguardando assinatura do contrato para iniciar o atendimento	Hospital São José	Traumatologista
		Otorrinolaringologista
		Cirurgia Vascular
Porto Alegre	Sistema Gercon	O acesso às consultas especializadas acontece pela Central de Regulação de Porto Alegre, via sistema Gercon
Canoas	Sistema AGHOS WEB	Ortopedia e Traumatologia de Alta Complexidade

2.2.3 Ações Específicas nas Atenções Secundárias e Terciária

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), identificado como Lajeado Sorridente, instalado junto ao Centro de Saúde Montanha, presta atendimento em média complexidade em saúde bucal, está habilitado como Centro de Especialidade tipo I, oferecendo os seguintes serviços: diagnóstico bucal, detecção de câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. O CEO é regulamentado pela Portaria nº1.464

de 24/06/2011.

O Serviço de Assistência Especializada - SAE, presta atendimento e tratamento a usuários portadores de IST/HIV/Aids, Tuberculose, Hanseníase, Hepatites Virais e Infectocontagiosas além da Sífilis. Oferecendo atendimento com médico clínico geral, infectologista, gastroenterologista e pediatra.

2.2.4 Rede de Atenção às Urgências

A rede de urgência e emergência do município de Lajeado está organizada com a região do Vale do Taquari de forma hierarquizada a atender os casos prioritários.

O Hospital Bruno Born, através da Unidade de Pronto Socorro é referência regional, atendendo os municípios da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, através da Central de Regulação do SAMU.

A Unidade de Pronto Atendimento – UPA Lajeado, foi inaugurada em 10 de março de 2014, sendo referência para atendimento de urgência e emergência para os municípios de Lajeado.

No município contamos também com a base regional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, que possui uma Unidade de Suporte Básico e uma Unidade de Suporte Avançado, sendo o responsável pela Central de Regulação o município de Porto Alegre.

2.2.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

O atendimento na reabilitação auditiva é realizada pela Fundef, que é referência para os municípios da 8ª, 13ª e 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, prestando diagnóstico e tratamento aos usuários com déficit auditivo.

A Fundef disponibiliza atendimento com médico otorrinolaringologista e exames audiológicos, é referência em triagem auditiva neonatal (teste de orelhinha) e Bera Triagem. Todos os atendimentos são regulados pelo sistema SISREG.

Na Reabilitação Física a nossa referência é a Universidade de Santa Cruz do Sul – Unisc, através do centro de reabilitação na clínica de fisioterapia. Este centro oferece serviços de reabilitação, prevenção, orientação e concessão de órteses, próteses (aparelhos destinados a alinhar, prevenir ou melhorar a função das partes móveis do corpo) e meios auxiliares de locomoção, como a cadeira de rodas. Todos os atendimentos são regulados pelo sistema SISREG.

A Reabilitação Intelectual se destina a crianças com algum atraso no desenvolvimento, ou mesmo crianças especiais que necessitam de estimulação precoce (até os 4 anos de idade). As crianças são referenciadas a APAE do município que dispõe de avaliação com neurologista e equipe multiprofissional, com enfoque nos desenvolvimentos das mesmas.

Na Reabilitação Visual o agendamento é realizado via sistema Gercon, é destinado a usuário com baixa visão ou cegueira que necessitam de protetização.

2.2.6 Ostomia

O programa de ostomias é um programa de responsabilidade do estado e os insumos são fornecidos por ele através de cadastros realizados no município. Este programa é centralizado no Centro de Saúde Centro, embora os usuários sejam acompanhados em suas unidades de referência. O município trabalha como facilitador do acesso e na distribuição dos insumos, sendo os beneficiários deste programa usuários ostomizados e urostomizados, com incontinência fecal e urinária independente do gênero. A lista de insumos é variável conforme licitação do Estado.

Quando o usuário necessita de materiais fornecidos pelo programa, ele ou um familiar são direcionados a CS Centro para orientações e Cadastro do mesmo no sistema GUD, após a liberação da coordenadoria o usuário passa a receber mensalmente os insumos.

2.2.7 Rede de Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS desenvolvem as seguintes atividades, conforme Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012 do Ministério da Saúde:

- Acolhimento inicial: consiste no primeiro atendimento ofertado pelo CAPS para novos usuários por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território. O acolhimento consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.
- Ações de articulação de redes intra e inter setoriais: estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.
- Fortalecimento do protagonismo de usuários e seus familiares: atividades que fomentem a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como conferências/congressos, a apropriação e a defesa de direitos, e a criação de formas associativas de organização.
- Matriciamento de equipes da atenção básica: apoio presencial sistemático às equipes de atenção básica que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações

intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.

- Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas: apoio presencial sistemático às equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, incluindo UPA, SAMU, salas de estabilização, e os serviços hospitalares de referência oferecendo suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.
- Ações de redução de danos: conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intra-setorialmente, que buscam minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliam cuidado e acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde. Voltadas sobretudo à busca ativa e ao cuidado de pessoas com dificuldade para acessar serviços, em situação de alta vulnerabilidade ou risco, mesmo que não se proponham a reduzir ou deixar o uso de substâncias psicoativas.
- Acompanhamento de serviço residencial terapêutico: suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a co-responsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e reinserção social.
- Acolhimento diurno: ação de hospitalidade diurna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais – incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência - e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
- Atendimento individual: é o atendimento direcionado à pessoa, que comporte diferentes modalidades, responda às necessidades de cada um, incluindo os cuidados de clínica geral que visam à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derivam, promovam as

capacidades dos sujeitos, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela.

- Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitem experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, auto-estima, autonomia e exercício de cidadania.
- Atendimento familiar: ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, sejam elas decorrentes ou não da relação direta com os usuários, que garanta a corresponsabilização no contexto do cuidado, propicie o compartilhamento de experiências e informações com vistas a sensibilizar, mobilizar e envolvê-los no acompanhamento das mais variadas situações de vida.
- Atendimento domiciliar ao usuário e/ou família: atenção prestada no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que vise à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado, envolvendo ações de promoção, prevenção e assistência.
- Práticas corporais: estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.
- Práticas expressivas e comunicativas: estratégias ou atividades dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura.
- Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos..
- Ações de reabilitação psicossocial: ações de fortalecimento de usuários e familiares,

mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

- Promoção de contratualidade: acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana em casa ou no trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

Atualmente o município de Lajeado tem implantado três Centros de Atenção Psicossocial, cada um atualmente realiza, em média 2.000 atendimento/mês, contando com oficinas ou grupos terapêuticos. São eles:

- Centro de Atenção Psicossocial Adulto – CAPS I
- Centro de Atenção Psicossocial InfantoJuvenil – CAPSi II
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD

O horário de atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial é de Segunda-feira à Sexta-feira nos horários abaixo das 08:00h às 18:00h; sendo que o CAPS AD tem horário estendido até às 21:00h, em dois dias da semana, afim de proporcionar mais oportunidades de atendimento à população.

2.3 Vigilância em Saúde

A transversalidade das ações de Vigilância na rede de Atenção à Saúde modifica o perfil clássico da Vigilância em Saúde, tornando-a uma estratégia mais híbrida, menos estática e fragmentada no cotidiano de trabalho em todos os níveis de atenção. Nesse contexto, a vigilância assume diferentes papéis, tais como a detecção oportuna e a resposta às emergências em saúde pública, a vigilância dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde, o controle dos riscos ambientais e a promoção em saúde pela educação.

Para a realização da detecção oportuna e a resposta às emergências de saúde pública, diferentes instrumentos são utilizados para coleta de informações. Os eventos de saúde pública são situações que podem constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes.

A Vigilância em Saúde do município de Lajeado recebe notificações e dúvidas da comunidade e dos profissionais de saúde em geral, prestando atendimento aos técnicos de serviços públicos e privados que necessitam de orientação quanto a medidas de controle, conduta ou para notificação de doenças e agravos.

A ocorrência de eventos de interesse à saúde, como surtos ou epidemias, também é monitorada através dos dados de vigilância epidemiológica, cuja análise de sistemas como o SINAN permite identificar alterações do padrão de comportamento dos agravos ao longo do tempo, bem como o surgimento de algum agravo ou doença inesperados para a situação epidemiológica do território.

Para evitar o adoecimento da população, a vigilância tem se preocupado em identificar os possíveis riscos decorrentes da interação das populações com o meio-ambiente, lançando estratégias de detecção, prevenção e controle de determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. A potabilidade da água para consumo humano é um dos fatores constantemente acompanhado, no intuito de garantir a boa qualidade da água oferecida para a população, evitando diferentes problemas advindos da má qualidade da água. Os demais riscos advindos dos ambientes, das práticas e dos processos de trabalho, são monitorados em conjunto com a fiscalização ambiental da Secretaria do Meio Ambiente, como contaminação do solo e do ar.

A frequência e intensidade de eventos ambientais adversos à saúde, como os eventos climáticos extremos (chuvas intensas, vendavais, queda de granizo e estiagem), têm resultado na ocorrência de desastres em municípios de todas as regiões do estado e justificam a organização do SUS para controle dos riscos à saúde decorrentes destes eventos. O Plano de Contingência Municipal para Desastres com foco nas enchentes, prevê a existência de referências em todos os serviços, bem como protocolos para as ações sendo gerenciado pela Defesa Civil.

A vigilância de fatores de riscos biológicos relacionados a animais peçonhentos (serpentes, escorpiões, aranhas, himenópteros e lepidópteros) tem como finalidade desenvolver ações de prevenção e/ou redução da morbimortalidade na ocorrência de acidentes. Desenvolve ações integradas com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT), da FEPPS, na orientação à população e aos profissionais de saúde quanto aos procedimentos quando da ocorrência de acidentes e identificação de espécies em caso de captura dos mesmos.

Os soros antiveneno são retirados pelo município na 16ª Coordenadoria Regional de Saúde e distribuídos ao hospital de referência de acordo com a necessidade e/ou incidência dos acidentes. São desenvolvidas ações pela Vigilância Ambiental em Saúde, assim como são disponibilizadas informações para a comunidade sobre cuidados para prevenir acidentes e os primeiros socorros às vítimas.

Os riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde são o foco de atuação da Vigilância Sanitária. Reconhecendo-se a vulnerabilidade dos cidadãos nas relações de consumo, são realizadas ações para identificação, gerenciamento, e controle do risco sanitário na prestação de serviços e tecnologias relacionados à saúde, bem como na cadeia produtiva e comercialização de alimentos, medicamentos, insumos farmacêuticos, produtos para a saúde, cosméticos e saneantes.

Nesta perspectiva, o recebimento, encaminhamento e a averiguação de denúncias também são atividades priorizadas pela Vigilância Sanitária, que possibilitam a ação oportuna quando da detecção de riscos sanitários. Essa participação dos munícipes, por meio de denúncias, é fundamental também para a qualificação dos serviços e produtos e para combater a clandestinidade.

A Vigilância Sanitária, reconhecida como ação típica do Estado, possui a prerrogativa de restringir o direito privado em prol do interesse coletivo, em nome da proteção a saúde da população, o que lhe confere o poder de polícia. O desafio consiste na descentralização das ações de Vigilância Sanitária, havendo a necessidade de manter recursos humanos capacitados e em número suficiente para a atuação nas diferentes áreas, além do acompanhamento da velocidade de surgimento de novos produtos e serviços relacionados direta ou indiretamente à saúde, para análise e controle dos riscos envolvidos.

A promoção de práticas culturais em relação ao ambiente ajudam na prevenção de doenças. Nesse sentido, a VISA está elaborando o programa Agente de Endemias Mirim e grupos de educação em saúde. VISA vem implantando ações voltadas à educação sanitária, participando de grupos nas Estratégias de Saúde da Família, além da elaboração de palestras voltadas as agentes comunitárias de saúde. Também pretende-se desenvolver projeto de educação sanitária voltado às crianças da rede municipal de ensino, objetivando a construção de consciência sanitária. Considerando a importância das ações de vigilância sanitária como forma de prevenção de agravos da saúde da população, consideramos que as ações educativas e de conscientização são fundamentais e devem acontecer permanentemente.

Dentre o rol de atividades da VISA, citamos, ainda, as ações conjuntas com conselhos de classe, Polícia Federal e Ministério Público. As parcerias com outros órgãos são de grande importância e fortalecem as ações já existentes.

2.3.1 Integração da Atenção Primária a Saúde (APS) com a Vigilância em Saúde

A integração entre a Vigilância em Saúde e a APS é condição obrigatória para a construção da integralidade do cuidado. Dentre ações desenvolvidas, destaca-se o Programa Nacional de Imunizações (PNI) que a APS executa as ações de vacinação, englobando a educação em saúde, a

busca ativa de faltosos e o acompanhamento de possíveis eventos adversos.

O PNI caracteriza-se como protagonista no controle de doenças como a Difteria, Coqueluche, Tétano Acidental, Hepatite B, Meningites, Febre Amarela, formas graves da Tuberculose, Sarampo e Caxumba, bem como na manutenção da eliminação da Poliomelite, através da vacina e do monitoramento das PFAs.

Atualmente oferece 44 imunobiológicos entre vacinas, soros e imunoglobulinas. A série histórica de 2013 a 2016, da cobertura vacinal em crianças menores de cinco anos, segundo imunobiológico é apresentada conforme segue:

Vacina	Meta	2013	2014	2015	2016
Influenza	80%			87,27	94,43
Pentavalente	95%	126,75	116,12	100,09	104,83
VIP	95%	117,27	113,84	97,57	100,71
VORH	90%	104,19	115,08	104,2	101,25
Tríplice Viral	95%	108,98	121,28	96,27	111,80
Febre Amarela	100%	84,03	85,64	79,37	92,23
Meningo C	95%	123,55	112,99	105,04	107,15
Pneumo 10	95%	119,26	118,49	101,68	105,63

Fonte: BI Saúde

O município, em contato com os Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), oferece imunobiológicos para indivíduos portadores de condições clínicas especiais, como imunodepressão congênita ou adquirida, agravos que apresentam alta frequência, ou ainda após ocorrência de eventos adversos às vacinas de rotina como frequência, ou ainda após ocorrência de eventos adversos às vacinas de rotina como as reações alérgicas a determinados componentes.

Para alcançar altas e homogêneas coberturas vacinais são desenvolvidas Campanhas de Multivacinação para atualização da vacinação de rotina e a intensificação das ações de Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais e busca ativa de faltosos.

Outra ação relevante deve se dar através do Programa de Controle de Tuberculose, uma vez que o diagnóstico, o acompanhamento do tratamento e a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) são funções importantes da APS. Dados dos últimos cinco anos apontam para uma média de 20% de abandono de tratamento entre os casos novos, sendo que a meta estabelecida pelo MS é de 5%, necessitando de qualificação das ações de controle da tuberculose no âmbito da APS a fim de superar os desafios existentes.

O Programa de Hepatites, que também atua de forma integrada com a APS, vem buscando ampliar o acesso da população ao diagnóstico dessa doença, no município de Lajeado as testagens

rápidas das Hepatites B e C estão disponíveis em todas as unidades de saúde. A sensibilização dos profissionais é crucial para a ampliação do acesso e do diagnóstico desse agravo.

Outra interlocução importante entre APS e vigilância diz respeito a Vigilância da Violência Interpessoal e Autoprovocada. A maioria das notificações provém da atenção secundária e terciária, fato que evidencia as dificuldades dos profissionais da APS em identificar as situações da violência no cotidiano de trabalho. É possível perceber que, mesmo que a APS possua maior número de unidades de saúde do que a atenção secundária e terciária, o quantitativo de notificações de violência é menos expressivo no nível primário da atenção, conforme segue:

Níveis de Atenção	Nº de unidades notificadoras	Nº de notificações
ESF, UBS, CAPSs e SAE	18	143*
UPA 24h/Lajeado	1	32
Rede Hospitalar	1	78
Total	20	253

Fonte: Sinan/Banco local – Acesso em 15/09/2017

* Destas, 109 realizadas pelo Serviços Sociais e órgãos externos

No município de Lajeado, utilizamos uma ferramenta denominada de Observatório, onde todos os casos de violência autoprovocada ou ideação suicida atendidos na atenção secundária ou terciária são informados através da Vigilância Epidemiológica, às unidades de referência bem como o CAPS para busca ativa e acompanhamento.

Os casos de violência atendidos na atenção secundária e terciária não são eventos pontuais, mas situações que possuem um histórico de ocorrências, estes deveriam ser detectados na atenção primária. Espera-se que os casos sejam acolhidos, acompanhados e, se necessário, encaminhados pela APS para serviços especializados da rede de atenção, de modo que não evoluam para formas mais graves.

O município de Lajeado em parceria com o Hospital Bruno Born monitora, notifica e encaminha para análise os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). A vigilância oportuna possibilita rápida identificação das cepas de influenza emergentes, que tem potencial de causar epidemias ou pandemias.

A Vigilância Epidemiológica capacita e orienta todas as unidades de saúde a fim de sensibilizar os profissionais em relação a importância da notificação dos agravos descritos na legislação vigente.

A Vigilância e a APS fazem o monitoramento e controle de *Aedes aegypti*, instituído como Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) e, atualmente, ampliando também para o

controle do Zika Vírus e Chikungunya. O monitoramento e as atividades educativas de prevenção e promoção, bem como o tratamento dos agravos relacionados à presença do vetor estão nas atribuições da APS. A integração entre as equipes de saúde da família e as equipes de vigilância ambiental refletirá na melhoria dos indicadores que avaliam e monitoram o setor. São realizadas visitas aleatórias a residências, monitoramento constante de Pontos Estratégicos e atendimento a denúncias para encaminhar da melhor forma a solução de problemas relacionados a existência de criadouros no município. Além disso, em conjunto com a ESF, são realizados anualmente dois ciclos de LIRA que buscam diagnosticar o real índice de infestação por *Aedes aegypti* no município.

2.3.2 Integração com a Vigilância em Saúde nas ações especializadas

No hospital de referência do município existe a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que elabora o Programa de Controle de Infecções Hospitalares para o desenvolvimento de ações mínimas a serem executadas, com vistas à redução máxima da incidência e a gravidade das infecções hospitalares. Salienta-se a importância dos estabelecimentos de saúde notificarem os casos de infecções e resistência microbiana.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito municipal está caracterizada como Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST) e desenvolve ações como: alimentação da base de dados dos sistemas estaduais e federais, a partir da notificação dos agravos relacionados ao trabalho que são gerados pelos atendimentos na rede básica, especializada, hospitalar, urgência e emergência e, a nível complementar, nos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do trabalho (SESMT), Delegacia Regional do Trabalho e Emprego (DRTE), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); vigilância aos processos e ambientes de trabalho; investigação de óbitos relacionados ao trabalho; implementação dos serviços em rede com base na análise dos dados, conforme necessidade de prioridade; congregação de dados epidemiológicos referentes aos Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST), Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações de Internação Hospitalar (SIH) e Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Devemos considerar que não são práticas instituídas na atenção à saúde dos trabalhadores o estabelecimento de nexos entre suas queixas e possíveis fatores decorrentes do seu ambiente e condições de trabalho, o mapeamento do ramo de atividade por território a nível municipal. Já a educação permanente em saúde, a notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e a capacitação periódica dos profissionais da rede acerca da Saúde do Trabalhador devem ser aprimorados.

2.4 Participação Social

O controle social na saúde se efetiva através com Conselho Municipal de Saúde, criado em 11/05/1992, pela Lei nº 4778. O Conselho Municipal de Saúde é a instância municipal de caráter permanente e deliberativo na formulação, avaliação controle e normatização da política e do sistema municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, que atuará para complementar a ação do Poder Executivo e assessorar o Poder legislativo nas decisões relacionadas à saúde, de comprovada relevância comunitária.

O Conselho Municipal de Saúde terá representação comunitária a partir de seus quatro segmentos: Governo, Prestadores de Serviços. Profissionais da Saúde e Usuários, tendo na sua totalidade 32 conselheiros, destes 16 usuários, 08 profissionais da saúde e 08 gestores e prestadores de serviços.

O Plenário, nomeado para atuação por um período de dois anos, e composto por todos os elementos regularmente inscritos e constitui a instância decisória máxima do Conselho.

As reuniões do Conselho ocorrem uma vez por mês e, extraordinariamente quando convocado pelo Presidente ou a requerimento de 1/3(um terço) dos conselheiros.

A Ouvidoria de Saúde é um mecanismo institucional de participação social onde o usuário do SUS participa da gestão através da ouvidoria, sendo considerado um instrumento da gestão para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo SUS. Atualmente, existe um serviço de Ouvidoria municipal, porém a Ouvidoria da Saúde encontra-se descontinuada, sendo referenciada à 16ª Coordenadoria Regional de Saúde.

2.5 Sistemas de informação

Os Sistemas de Informação na Saúde têm um papel muito importante em todas as atividades realizadas no âmbito da Saúde Pública, através de inovações e novas tecnologias procura-se melhorar os processos de trabalho e as interações das diversas informações geradas em todas as Unidades de Saúde e também nos prestadores de serviços.

O sistema de informação coleta, armazena, processa, analisa e distribui informações com um propósito específico. Como qualquer outro sistema, um sistema de informação abrange entradas (dados) e saídas (relatórios, cálculos), processa essas entradas e gera saídas que são enviadas para o usuário ou outros sistemas. A tecnologia de informação apoia o trabalho nas organizações, tornando - o mais eficiente.

É de suma importância que todos os operadores do sistema utilizem as ferramentas da tecnologia da informação da mesma maneira, com o intuito de padronizar e gerar informações que irão auxiliar na tomada de decisão , através dos relatórios gerenciais que o sistema fornece.

Em 2012 a Secretaria da Saúde adquiriu a licença de uso do Sistema Consulfarma, na rede municipal de saúde. Todos os processos realizados nas Unidades de Saúde do município são informados, como: os procedimentos ambulatoriais, as consultas médicas, nutricionais, pediátricas, cardiológicas, dermatológicas, odontológicas como também os encaminhamentos de exames, consultas com médicos especialistas, cirurgias, retiradas de medicação e agendamento de transportes, entre outros, possibilitando uma gestão dos processos destas diferentes áreas.

Em 2014, passou-se a utilizar o prontuário eletrônico na maioria das Unidades de Saúde, verificando-se uma maior e melhor alimentação das informações e atendimentos, além do registro de encaminhamentos e receitas. Ainda, as Agentes Comunitárias de Saúde utilizam tablets para a alimentação das informações dos usuários e de suas famílias, atividade que necessita ser qualificada constantemente.

O Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/SCNES controla o cadastro das informações dos Estabelecimentos de Saúde públicos e privados, bem como os cadastros dos profissionais e serviços vinculados. A atualização constante do SCNES é primordial para um controle das atividades da rede excluindo a possibilidade de glosa dos procedimentos realizados.

Em 2015, o Ministério da Saúde disponibilizou o sistema E-SUS (modalidade de prontuário eletrônico) porém a Secretaria de Saúde de Lajeado permaneceu com o Sistema Consulfarma por ser mais abrangente e interligado em todos os serviços, lembrando que o sistema adaptou-se no registro de dados conforme as regras do E-SUS. Atualmente, o município busca através de treinamentos e manuais a melhoria contínua no registro e envio de dados do E-SUS e melhoria nos indicadores do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica).

A Secretaria de Saúde pretende continuar na melhoria na utilização dos Sistemas de Informação e difundindo a integração entre a Secretaria de Saúde, as Unidades de Saúde e Prestadores do serviço, buscando economia através da integração de informações. Através de treinamentos dos funcionários, está sendo aperfeiçoado o uso do Prontuário Eletrônico e alimentação dos dados da Atenção Básica que serão exportados para o E-SUS.

2.6 Gestão do Trabalho

O contexto sócio - histórico das políticas públicas e a terceirização dos serviços ofertados aos usuários, bem como a precarização dos vínculos trabalhistas e dos processos de trabalho, requerem atenção e monitoramento contínuo afim de garantir a seguridade aos profissionais do SUS.

A Gestão do trabalho, considerada como estrutura organizacional dos serviços de saúde uma vez que a produtividade e a qualidade dos serviços ofertados à sociedade estão diretamente relacionados a atuação dos profissionais, nos mostra a importância de se pensar estrategicamente envolvendo todos os setores que compõem o sistema de saúde, contribuindo para a melhoria do atendimento ao usuário.

É importante destacar que a área de recursos humanos no setor saúde, os que produzem serviços e os que os gerenciam estão em constante processo de interação e negociação.

Os 438 servidores estão lotados na gestão e na assistência (compreendendo Centros de Saúde, CAPS, SAE, Unidades de Saúde), sendo que o número total de trabalhadores no SUS na rede municipal por tipo de vínculo está descrito na tabela abaixo.

Tipo	Número
Estatutário	178
CLT	143
PMM	11
Processo Seletivo Público	98
Cargo em Comissionado	04
Total	434

Quanto aos Recursos Humanos, a tabela abaixo está dividida por categoria profissional, tipo de vínculo e quantidade de profissionais evidenciando um quantitativo elevado de profissionais da saúde não concursados favorecendo a rotatividade dos mesmos.

Profissional	Vínculo	Número
Médico	Estatutário	1
Médico	CLT	33
Médico	PMM	11
Enfermeiro	Estatutário	18
Enfermeiro	CLT	11
Técnico de Enfermagem	Estatutário	41
Técnico de Enfermagem	CLT	14
Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	21
Dentista	Estatutário	6
Dentista	CLT	20
Psicóloga	CLT	8
Assistente Social	Estatutário	3
Assistente Social	CLT	1

Nutricionista	Estatutário	4
Nutricionista	CLT	1
Farmacêutico	Estatutário	3
Biólogo	CLT	1
Agente Administrativo de Saúde	Estatutário	33
Agente Administrativo de Saúde	CLT	22
Educador Físico	CLT	1
Terapeuta Ocupacional	Estatutário	1
Terapeuta Ocupacional	CLT	1
Motorista	Estatutário	11
Motorista	CLT	2
Musicólogo	CLT	1
Auxiliar de Saúde Bucal	Estatutário	8
Auxiliar de Saúde Bucal	CLT	2
Agente Comunitária de Saúde	Processo Seletivo Público	92
Agente Epidemiológico	Processo Seletivo Público	6
Servente	Estatutário	21
Servente	CLT	25
Fonoaudiólogo	Estatutário	1
Vigia	Estatutário	2
Operário	Estatutário	1
Veterinário	Estatutário	1
Inst. Hidráulico	Estatutário	1
Contador	Estatutário	1
Secretário Municipal	Cargo Comissionado	1
Dirigente do Serviço público municipal	Cargo Comissionado	1
Dirigente do Serviço público municipal	Cargo Comissionado	1
Dirigente de Setor	Estatutário	1
Dirigente do Serviço público municipal	Cargo Comissionado	1

2.7 Financiamento

A Carta Magna de 1988 determina que as três esferas do governo federal, estadual e municipal compartilhem a gestão e o financiamento do SUS custeando as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Os percentuais de aplicação financeira dos Municípios, Estados e União no SUS são definidos pela Lei nº 141/2012. Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações de serviços públicos de saúde, cabendo aos Estados 12%. No que compete a União, os recursos aplicados em saúde correspondem ao valor aplicado no ano inteiro, acrescido da variação do PIB, devendo o investimento ser igual ou superior ao percentual investido no ano anterior.

As restrições orçamentárias que o SUS constantemente enfrenta e a necessidade iminente de superá-las fazendo com que o financiamento esteja sempre em pauta nas discussões dos gestores do SUS, salientando que é necessário reduzir custos, rediscutir prioridades e trabalhar com o recurso já disponível em caixa, assim como cumprir os percentuais definidos na legislação.

O panorama da situação dos recursos do SUS, no município de Lajeado, nos últimos quatro anos é apresentado no quadro abaixo.

Percentual de aplicação em Ações e Serviços públicos em Saúde			
	Receita de impostos e transferências	Despesas com recursos próprios	Percentual aplicado
2013	110.040.898,70	22.741.840,07	20,67
2014	120.901.041,74	30.306.112,27	25,07
2015	132.025.859,89	26.417.309,34	20,01
2016	144.094.502,67	31.792.624,77	22,06

Em Lajeado, a despesa total com saúde em 2014 foi de R\$ 1.066,81, em 2015 foi de R\$ 1.085,53 e em 2016 foi de R\$ 1.192,47 por habitante. O conceito de despesa total com saúde representa o gasto médio com saúde, sob a responsabilidade do município, incluindo aquelas financiadas por outras esferas de governo, por habitante.

Em 2016 o município recebeu R\$ 9.395.769,12 de repasse de recursos do Fundo Estadual da Saúde, sendo que em 2015 esse valor foi de R\$ 6.404.893,16, decorrendo esse aumento da diminuição dos atrasos nos repasses dos referidos recursos. Quanto as transferências do Fundo Nacional da Saúde, em 2016 foram recebidos R\$ 45.804.194,69, e em 2015 R\$ 50.844.979,77.

Em 2016 foram gastos R\$ 198.263,46 com medidas judiciais, por demandas da população com o objetivo de efetivar seu direito à saúde, em 2015 esse montante foi de R\$ 170.505,27 e em 2014 de R\$ 274.907,78.

Metodologia de Alocação dos Recursos da SESA – Lajeado

O PPA 2018-2021 do município destina os seguintes recursos nos seguintes blocos e projetos/atividades:

	Recurso	Fonte	2018	2019	2020	2021	total
ATENÇÃO BÁSICA	14.01.10.301.0065.2178 Programa Ampliação, Reformas e Construção Unidades Básicas de Saúde		700.000,00	209.000,00	218.000,00	227.000,00	1.354.000,00
	CUSTEIO	40 PRÓPRIO	110.000,00	119.000,00	128.000,00	137.000,00	494.000,00
	CAPITAL	4935 FEDERAL	500.000,00				500.000,00
	CAPITAL	40 PRÓPRIO	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	360.000,00
	14.01.10.301.0065.2178 Programa Aquisição de Equipamentos e Material Permanente		330.000,00	332.000,00	334.000,00	336.000,00	1.332.000,00
	CAPITAL	4931 FEDERAL	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	1.000.000,00
	CAPITAL	4510 FEDERAL	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	120.000,00
	CAPITAL	40 PRÓPRIO	50.000,00	52.000,00	54.000,00	56.000,00	212.000,00
	14.01.10.301.0065.2179 Manutenção da Secretária da Saúde		22.265.000,00	23.266.000,00	24.312.000,00	25.406.000,00	95.249.000,00
	CUSTEIO	40 PRÓPRIO	22.254.500,00	23.255.000,00	24.300.500,00	25.394.000,00	95.204.000,00
	CAPITAL	40 PRÓPRIO	10.500,00	11.000,00	11.500,00	12.000,00	45.000,00
	14.01.10.301.0065.2188 Programa Farmácia Básica		1.600.000,00	1.642.000,00	1.686.000,00	1.732.000,00	6.660.000,00
	CUSTEIO	4050 ESTADUAL	176.000,00	176.000,00	176.000,00	176.000,00	704.000,00
	CUSTEIO	4770 FEDERAL	384.000,00	384.000,00	384.000,00	384.000,00	1.536.000,00
	CUSTEIO	4521 FEDERAL	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	40.000,00
	CUSTEIO	4510 FEDERAL	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	320.000,00
	CUSTEIO	40 PRÓPRIO	950.000,00	992.000,00	1.036.000,00	1.082.000,00	4.060.000,00
	14.01.10.301.0065.2234 Programa Dispensação de Fraldas		210.000,00	210.000,00	210.000,00	210.000,00	840.000,00
	CUSTEIO	4050 ESTADUAL	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00	800.000,00
	CUSTEIO	40 PRÓPRIO	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	40.000,00
	14.01.10.301.0065.2xxx Programa Oficinas Terapêuticas		40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	160.000,00
	CUSTEIO	4011 ESTADUAL	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	160.000,00
	14.01.10.301.0065.2196 Saúde dos Povos Indígenas		25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	100.000,00
	CUSTEIO	4090 ESTADUAL	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	52.000,00
	CAPITAL	4090 ESTADUAL	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	48.000,00
	14.01.10.301.0065.2168 Programa Agentes Comunitários		1.215.000,00	1.215.000,00	1.215.000,00	1.215.000,00	4.860.000,00
	CUSTEIO	4520 FEDERAL	1.115.000,00	1.115.000,00	1.115.000,00	1.115.000,00	4.460.000,00
	CUSTEIO	4090 ESTADUAL	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	400.000,00
	14.01.10.301.0065.2167 Manutenção das Ações de Saúde Básica		4.670.000,00	4.670.000,00	4.670.000,00	4.670.000,00	18.680.000,00
	CUSTEIO	4520 FEDERAL	860.000,00	860.000,00	860.000,00	860.000,00	3.440.000,00
	CUSTEIO	4510 FEDERAL	1.740.000,00	1.740.000,00	1.740.000,00	1.740.000,00	6.960.000,00
	CUSTEIO	4521 FEDERAL	465.000,00	465.000,00	465.000,00	465.000,00	1.860.000,00
	CUSTEIO	4090 ESTADUAL	930.000,00	930.000,00	930.000,00	930.000,00	3.720.000,00
	CUSTEIO	4011 ESTADUAL	675.000,00	675.000,00	675.000,00	675.000,00	2.700.000,00
	14.01.10.301.0065.2241 Programa Nota Fiscal Gaúcha		40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	160.000,00
	CUSTEIO	4300 ESTADUAL	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	20.000,00
	CAPITAL	4300 ESTADUAL	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	140.000,00
	14.01.10.301.0065.2209 Programa Infância Melhor PIM		10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	40.000,00
	CUSTEIO	4160 ESTADUAL	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	40.000,00
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	14.01.10.302.0065.2181 Manutenção da UPA		10.550.000,00	10.725.000,00	10.908.000,00	11.099.000,00	43.282.000,00
	CUSTEIO	4620 FEDERAL	3.610.000,00	3.610.000,00	3.610.000,00	3.610.000,00	14.440.000,00
	CUSTEIO	4170 ESTADUAL	2.740.000,00	2.740.000,00	2.740.000,00	2.740.000,00	10.960.000,00
	CUSTEIO	40 PRÓPRIO	3.900.000,00	4.075.000,00	4.258.000,00	4.449.000,00	16.682.000,00
	CUSTEIO	4003 OUTROS MUNICÍPIOS	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	1.200.000,00
	14.01.10.302.0065.2182 Programa Samu Salvar		2.250.000,00	2.266.000,00	2.282.000,00	2.299.000,00	9.097.000,00
	CUSTEIO	4170 ESTADUAL	1.260.000,00	1.260.000,00	1.260.000,00	1.260.000,00	5.040.000,00
	CUSTEIO	4620 FEDERAL	630.000,00	630.000,00	630.000,00	630.000,00	2.520.000,00
	CUSTEIO	40 PRÓPRIO	358.700,00	374.650,00	390.600,00	407.550,00	1.531.500,00
	CAPITAL	40 PRÓPRIO	1.300,00	1.350,00	1.400,00	1.450,00	5.500,00
	14.01.10.302.0065.2208 Manutenção Hospitalar		41.350.000,00	41.587.000,00	41.835.000,00	42.094.000,00	166.866.000,00
	CUSTEIO	4230 ESTADUAL	3.070.000,00	3.070.000,00	3.070.000,00	3.070.000,00	12.280.000,00
	CUSTEIO	4590 FEDERAL	33.000.000,00	33.000.000,00	33.000.000,00	33.000.000,00	132.000.000,00
	CUSTEIO	40 PRÓPRIO	5.280.000,00	5.517.000,00	5.765.000,00	6.024.000,00	22.586.000,00
	14.01.10.302.0065.2185 Manutenção da Rede Média e Alta Complexidade		4.200.000,00	4.200.000,00	4.200.000,00	4.200.000,00	16.800.000,00
	CUSTEIO	4590 FEDERAL	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	4.000.000,00	16.000.000,00
	CUSTEIO	4600 FEDERAL	165.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00	660.000,00
	CUSTEIO	4111 ESTADUAL	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	140.000,00
	14.01.10.302.0065.2210 Laboratório Regional de Próteses Dentárias LRPD		170.000,00	177.000,00	184.000,00	191.000,00	722.000,00
	CUSTEIO	4111 ESTADUAL	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	40.000,00
	CUSTEIO	40 PRÓPRIO	160.000,00	167.000,00	174.000,00	181.000,00	682.000,00
	14.01.10.302.0065.2174 Manutenção da Rede de Saúde Mental		3.000.000,00	2.990.000,00	3.084.000,00	3.182.000,00	12.256.000,00
	CUSTEIO	4590 FEDERAL	685.000,00	685.000,00	685.000,00	685.000,00	2.740.000,00
	CUSTEIO	4220 ESTADUAL	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	600.000,00
	CUSTEIO	40 PRÓPRIO	2.000.000,00	2.090.000,00	2.184.000,00	2.282.000,00	8.556.000,00
	CAPITAL	4931 FEDERAL	150.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	300.000,00
	CAPITAL	4590 FEDERAL	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	60.000,00
VIG EM SAÚDE	14.01.10.303.0065.2173 Manutenção SAE		810.000,00	839.000,00	869.000,00	900.000,00	3.418.000,00
	CUSTEIO	4710 FEDERAL	70.000,00	70.000,00	70.000,00	70.000,00	280.000,00
	CUSTEIO	40 PRÓPRIO	650.000,00	679.000,00	709.000,00	740.000,00	2.778.000,00
	CUSTEIO	4003 OUTROS MUNICÍPIOS	50.000,00	50.000,00	50.000,00	50.000,00	200.000,00
	CAPITAL	4710 FEDERAL	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	160.000,00
	14.01.10.305.0065.2170 Manutenção Vigilância em Saúde		2.450.000,00	2.548.000,00	2.650.000,00	2.756.000,00	10.404.000,00
	CUSTEIO	4710 FEDERAL	230.000,00	230.000,00	230.000,00	230.000,00	920.000,00
	CUSTEIO	4001 PRÓPRIO	180.000,00	188.000,00	196.000,00	204.000,00	768.000,00
	CUSTEIO	40 PRÓPRIO	2.000.000,00	2.090.000,00	2.184.000,00	2.282.000,00	8.556.000,00
	CUSTEIO	4190 ESTADUAL	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	120.000,00
	CAPITAL	4710 FEDERAL	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	40.000,00
TOTAL			95.885.000,00	96.991.000,00	98.772.000,00	100.632.000,00	392.280.000,00

2.8 Regulação

O município possui uma central de regulação, onde todos os encaminhamentos da Atenção Básica passam pela regulação médica, para avaliar a prioridade de cada usuário, conforme a patologia e conforme o grau de prioridade os usuários são encaminhados aos serviços de referência que o município possui.

A regulação é baseada nos protocolos clínicos reconhecidos pelas Associações Médicas Brasileiras, incluindo os protocolos do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Telessaúde RS.

Os exames de média complexidade solicitados pela Atenção Básica e prestadores terceirizados, também passam por regulação médica, que avalia o grau de prioridade.

Após a adesão da Gestão Plena, todos os exames de alta complexidade realizados no Hospital Bruno Born passam por regulação e posterior a autorização médica.

2.9 Auditoria

A Auditoria Municipal integra o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do Ministério e tem por finalidade promover ações de Auditoria, no âmbito dos SUS, no município de Lajeado.

Conceitualmente, a auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da 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 .

O setor de Auditoria do município realiza auditorias de conformidade e operacionais com atuação preventiva e corretiva, com as seguintes finalidades: preservar padrões estabelecidos, apontar não-conformidades; avaliar a qualidade, propriedade e efetividade dos serviços; bem como produzir informações que contribuam para o aperfeiçoamento de gestão do sistema. Realiza auditorias ordinárias, principalmente no que se refere as demandas geradas por processos com o Hospital Bruno Born e extraordinárias provenientes de demandas internas e de prestadores de serviços, diligências dos órgãos do governo e ouvidorias. Desempenha papel importante no controle do desperdício dos recursos públicos.

As atividades de auditoria da secretaria estão evoluindo através da padronização dos processos de trabalho.

2.10 Fiscalização de contratos, convênios, transferências financeiras e outros instrumentos afins

O departamento administrativo da Secretaria da Saúde de Lajeado é encarregado pela elaboração dos termos de referência, pedidos de compras, orçamentos e juntada de documentos para os processos de compra para contratação de serviços ou materiais de consumo/equipamentos.

A Administração Municipal através do Controle Interno, é responsável por verificar a regularidade da execução contratual de acordo com os ditames editalícios e legais, logo a obrigação na fiscalização de contratos administrativos é seu dever. No entanto, os contratos possuem fiscais, os quais atestam mensalmente a execução dos mesmos. A lei de licitações e contratos administrativos nº 8.666/93 e suas alterações é a que rege tais ações e fiscalizações.

Considerando as particularidades e diferentes formas de contratualização, para contratos de maior relevância e que possuam sistemática de funcionamento diferenciada são criados Comissões de Avaliação de Contratos, afim de obter maior eficácia no controle de gastos da Secretaria. É de suma importância que a fiscalização seja rigorosamente cumprida e aprimorada, visando a obtenção objetiva de custo benefício, mediada de amplo diálogo e embasada nas regras administrativas pré estabelecidas em Lei.

A formalização dos contratos administrativos compete ao Setor de Procuradoria do Município, vindo a padronizar os formatos de expedição de documentos, respeitando as particularidades.

Para fins de escrituração e controle patrimonial, os bens permanentes são etiquetados e sua movimentação, quando necessário, é atualizada via sistema informatizado.

Após confirmada a execução de um serviço ou aquisição de um bem, seu pagamento é encaminhado para liquidação e posterior pagamento.

2.11 Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC

O Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a planejar e executar ações de Educação Permanente em Saúde articulando as entidades formadoras, os trabalhadores dos serviços de saúde e os movimentos sociais. Tem por objetivo descentralizar o planejamento de ações de educação em saúde para os municípios, tendo como resultado uma maior adequação à realidade local e suas peculiaridades. A Resolução 590/13 – CIB/RS institui a rede de Educação em Saúde Coletiva no Estado do Rio Grande do Sul, a Resolução nº 011/2014 do CMS aprova a adesão da Secretaria da Saúde à rede de Educação em Saúde Coletiva e o Decreto nº 9.973 de 18 de Julho de 2016 regulamenta a criação do NUMESC.

O NUMESC tem como objetivos:

- Executar ações de Educação Permanente em Saúde articulando as entidades formadoras, os trabalhadores dos serviços de saúde e demais secretarias e os movimentos sociais;
- Planejar políticas de Educação Permanente em Saúde a partir das demandas levantadas junto aos órgãos integrados do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Estimular a realização de pesquisas considerando a necessidade do Sistema Único de Saúde para qualificar a Atenção e a Gestão do Sistema;
- Fomentar o intercâmbio entre os serviços e as instituições de Saúde e Educação;
- Promover a Intersetorialidade e a Interdisciplinaridade em todas as ações encaminhadas pelo núcleo.
- Estabelecer estratégias e mecanismos a fim de qualificar os serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Lajeado.
- Traçar o Plano Municipal de Educação Permanente e avaliar as necessidades de qualificação em saúde.
- Planejar, implementar e avaliar projetos de Educação Permanente em Saúde.
- Estabelecer o fluxo de propostas e trabalhos acadêmicos na Rede de Saúde de Lajeado e deliberar sobre os mesmos, de acordo com a relevância para o município.
- Liderar e divulgar o processo de Educação Permanente na Secretaria Municipal de Saúde.
- Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores da secretaria de saúde e de lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços.

Todo interesse dos profissionais de saúde em capacitação, pesquisa, trabalho acadêmico, eventos, palestras e oficinas na comunidade e na rede municipal de saúde de lajeado devem ser direcionados ao NUMESC através de protocolo próprio para aprovação, apoio e divulgação da proposta/projeto.

3. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

3.1 DIRETRIZ 1- Qualificação da Rede de Atenção à Saúde consolidando a regionalização da saúde

Ampliar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde, articulando os diferentes níveis de atenção, incentivando a integração das ações e dos serviços de saúde a partir da atenção primária, fortalecendo a prevenção e a promoção, aprimorando o acesso, promovendo a equidade e consolidando a regionalização da saúde.

Objetivo 1 - Fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS)
1. Ampliar os atuais 73,5% da cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica incluindo as Estratégia Saúde da Família (Novo Tempo, Conventos e Jardim do Cedro)
2. Ampliar a cobertura populacional estimada de Saúde Bucal incluindo as ESFs, que atualmente atinge 29,62%.
3. Implementar e qualificar o processo de acolhimento com escuta qualificada, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea.
4. Qualificar o processo de trabalho das equipes de AB/SF.
5. Ampliar a razão do indicador de mamografias em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária de 0,35 tendo um aumento de 0,02/ano.
6. Ampliar a razão do indicador de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária de 0,65 tendo um aumento de 0,01/ano.
7. Qualificar ações anteriores a gestação com ênfase na faixa etária de 35-49 anos.
8. Cadastrar e acompanhar as gestantes no SISPRENATAL.
9. Incentivar o planejamento familiar com ênfase nos bairros de maior incidência de óbitos fetais e/ou infantis
10. No módulo seguimento do SISCAN, realizar o acompanhamento de 90% das mulheres com exames alterados.

11. Manter o número de consultas de pré-natal maior ou igual 7 consultas/gestante, oferecendo um pré natal qualificado.
12. Garantir que 95% das crianças menores de cinco anos sejam adequadamente vacinadas.
13. Garantir que os RNs tenham acesso as Triagens Neonatais nos períodos de vida preconizados pelo MS.
14. Estimular e apoiar a amamentação em 100% dos serviços de saúde, tendo como ressalva usuários sem indicação (SAE).
15. Garantir acesso e acompanhamento de 100% das crianças menores de 1 ano, com ênfase em situação de vulnerabilidade promovendo o cuidado intensivo de toda a rede de assistência do município.
16. Manter, no mínimo, 01 profissional fisioterapeuta e 01 fonoaudiólogo, na Atenção Primária, para promover a linha de cuidado da pessoa com deficiência.
17. Manter o número de equipes de atenção primária que utilizam as teleconsultorias do Telessaúde Brasil Redes (0800 644 6543).
18. Garantir o acompanhamento odontológico para população cuja água apresenta excesso de flúor.
19. Diminuir a proporção de exodontias em relação a outros procedimentos 2,07% em 2016 para 1,7%.
20. Garantir duas escovações supervisionadas e aplicação tópica de flúor por ano, em todas as escolas que pertencem as Estratégias de Saúde da Família.
21. Aumentar a média de escovação supervisionada por ano de 0,3%.
22. Priorizar o atendimento aos idosos >60 anos.
23. Realizar um levantamento em saúde bucal sobre a prevalência de cárie dentária em crianças e adolescentes até 12 anos incompletos (11anos, 11 meses e 29 dias), nas ESBs.
24. Garantir atendimento odontológico para gestante.
25. Ampliar o número de usuários com avaliação do estado nutricional acompanhados pelas equipes da Atenção Primária em Saúde.
26. Aumentar a cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa

Bolsa Família (PBF) de 80,74% em 1% ao ano.
27. Fortalecer o Programa Saúde na Escola.
28. Implementar espaços de conversa com os adolescentes em todas UBS/ESF do município, estimulando seu protagonismo.
29. Diminuir a gestação na adolescência (10-19 anos) de 8,35% decréscimo de 0,05%/ano, (com ênfase na faixa etária de maior risco de 10-14 anos).
30. Manter a proporção de contatos intradomiciliares examinados, de casos novos de Hanseníase, em 100%.
31. Ampliar o percentual de Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose, incluindo as situações dos usuários privados de liberdade qualificando a equipe de saúde prisional.
32. Ampliar a busca ativa dos comunicantes/ sintomáticos respiratórios da Tuberculose.
33. Aumentar a proporção de cura de casos novos de Tuberculose de 62,5% atingindo 75% em quatro anos.
34. Manter e ampliar os testes rápidos de HIV, Sífilis, Hepatites B e C em todas unidades de APS.
35. Garantir o tratamento e realizar seguimento de 100% dos casos de sífilis diagnosticados.
36. Diminuir os casos de Sífilis Congênita em menores de 1 ano de idade, garantindo a realização de três testes rápidos na gestação (quando negativo) sendo o primeiro realizado na primeira consulta de pré natal; garantir o tratamento adequado; realizar a busca ativa das gestantes faltosas e parcerias e acompanhamento de cura.
37. Garantir os exames de rastreamento da Toxoplasmose no primeiro trimestre da gestação iniciando o tratamento o mais precoce possível afim de diminuir a Toxoplasmose Congênita.
38. Garantir o diagnóstico e tratamento de HIV e Sífilis de 100% dos parceiros das gestantes.
39. Fortalecer ações de educação sexual e reprodutiva (PSE, grupos, consultas de enfermagem,...)
40. Manter em 100 % a cobertura vacinal do calendário vacinal nacional de vacinação para crianças menores de 2 anos de idade – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice Viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada.
41. Atingir a cobertura vacinal $\geq 80\%$ contra a gripe para o total dos grupos prioritários.
42. Estender o horário de vacinação na Unidade Central afim de ampliar o acesso aos usuários garantindo as metas de cobertura vacinal preconizadas pelo MS.

43. Incentivar o parto normal afim de aumentar a proporção de parto normal no SUS e na saúde complementar.
44. Manter e ampliar ações à população oferecendo serviços em horários diferenciados.
45. Implantar a Linha de Cuidado Sobrepeso e Obesidade.
46. Adesão a planificação da atenção a saúde iniciando com um projeto piloto em uma ESF.
47. Implantar Práticas Integrativas e Complementares – PICs na rede de Atenção Básica.

Objetivo 2 - Implementar e consolidar as Redes de Atenção à Saúde
1. Manter atendimento compartilhado das gestantes de Alto Risco com o AGAR Estrela e/ou Pré natal Alto Risco e/ou Medicina Fetal Porto Alegre.
2. Garantir a vinculação das gestantes à maternidade de referência.
3. Qualificar a rede de cuidados da pessoa com deficiência.
4. Organizar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
5. Implementar a Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Condições Crônicas, em parceria ensino – saúde.
6. Contrapartida financeira através de bolsa auxílio para residentes em Saúde da Família, profissionais médicos que atuarão na rede de saúde do município.
7. Contrapartida financeira através de bolsa auxílio para profissionais médicos vinculados ao Programa Mais Médicos, do Governo Federal.
8. Qualificar os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial.
9. Diminuir a internação por transtornos mentais e comportamentais em adolescentes e adultos jovens através da implantação e ampliação das ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica de 0 para 33%.
10. Ampliar as notificações de violência sensibilizando a rede para a importância da notificação, assim como aumentar os parceiros notificadores como UNIVATES, SAJUR, escolas, entre outros.
11. Ampliar o CAPS da modalidade I para modalidade II, conforme Portaria nº 336/2001; Portaria nº 3088/2011; Portaria nº 3089/2011.
12. Desenvolver ações de matriciamento entre o SAE e a Atenção Básica.
13. Qualificar a rede de saúde, através de treinamentos dos profissionais referente a IST/Tuberculose/Hanseníase, além de capacitar sobre o atendimento e diagnóstico da gestante HIV/Aids/Sífilis, entre outros.
14. Ampliar o número de Oficinas Terapêuticas tipo I na Atenção Básica mediante recurso referente a Resolução CIB 404/2011, conforme pactuação da RAPS.
15. Implantar a Composição de Redução de Danos modalidade 1, conforme Resolução CIB nº 234/2014 e pactuação da RAPS.

Objetivo 3 - Organizar Atenção à saúde secundária e terciária sob a lógica das RAS

1. Manter e qualificar o Centro de Especialidade Odontológicas.
2. Implantar a confecção de próteses dentárias ofertadas para população da rede SUS, conforme demanda e orçamento.
3. Manter o percentual de amostras coletadas nas Unidades Sentinelas de Síndrome Gripal.
4. Garantir o atendimento da população no Serviço de Assistência Especializada, em especial as pessoas em situação de vulnerabilidade, em relação às estratégias de prevenção combinadas para HIV (teste rápido, tratamento e profilaxia Pós Exposição)
5. Ampliar o atendimento de usuários HIV+ no Serviço de Assistência Especializada e em uso de primeiro esquema de antirretrovirais com carga viral indetectável ou menor que 50 cópias/ml de sangue atingindo a meta de 90%.
6. Diminuir os índices de diagnóstico tardios através da divulgação dos Testes Rápidos para toda a população e ampliação de espaços de oferta como Feiras de Saúde.

Objetivo 4 - Fortalecer os sistemas de apoio e logísticos da Rede de Atenção à Saúde

1. Garantir transporte dos usuários aos serviços de referência SUS conforme Resolução CIB/RS nº 036/17 de 24/03/2017 que [Aprova as Diretrizes Estaduais para Organização da Rede de Transporte Sanitário no Sistema Único de Saúde – SUS, no Rio Grande do Sul](#)

Objetivo 5 - Fortalecer a Assistência Farmacêutica nas RAS

1. Aprimorar a Política Municipal de Assistência Farmacêutica.
2. Realizar discussões com a rede relativas ao uso racional de medicamentos.
3. Instituir o Programa Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
4. Revisar permanentemente a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUNE.

Objetivo 6 - Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde

1. Investigar 100% dos óbitos: de mulher em idade fértil (10-49 anos), maternos, fetais e infantis.
2. Manter Comitê Municipal de Avaliação de óbitos de mulheres em idade fértil (10-49 anos), maternos, fetais e infantis.
3. Manter em 100% a proporção de casos de Dengue encerrados oportunamente.
4. Aumentar o percentual de encerramento dos casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata registrados no Sinan, em até 60 dias a partir da data de notificação de 83,33% para 95% em quatro anos.
5. Manter em 98% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.

6. Sendo considerado MUNICÍPIO INFESTADO: ampliar equipe de agentes de combate à endemias; realizar visitas quinzenais em Pontos Estratégicos, Levantamento de Índice, Pesquisa Vetorial Especial, atividades de informação, educação e comunicação em saúde, mutirões de limpeza, bloqueio de transmissão em caso de suspeita de de doenças transmitidas pelo <i>Aedes Aegypti</i> .
7. Ampliar as Notificações de Agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho de 551 aumentando 50 notificações/ano.
8. Manter em 100% as investigações dos Óbitos por Acidentes de Trabalho.
9. Informar 100% das ações de campo do Programa de Combate ao Aedes no SISPNC (Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue).
10. Investigar casos notificados de Leishmaniose Visceral Canina por clínica veterinárias, enviar amostra para o LACEN/RS, casos confirmados fazer coletas insetos vetores da Leishmaniose Visceral, conforme preconizado no Manual de LVC do MS.
11. Fazer busca ativa dos casos de abandono de tratamento do atendimento antirrábico humano.
12. Aprimorar o Sistema de Informação em Vigilância Sanitária para monitoramento e qualificação das ações de regulação e fiscalização sanitária de produtos e serviços de interesse a saúde.
13. Manter o percentual de 100% na realização de no mínimo seis grupos de ações prioritárias de VISA e sua digitação no SIASUS, com a devida alimentação do SIASUS mensalmente, cfe. pactuação: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; (ii) inspeção de estabelecimentos sujeitos à Visa; (iii) atividades educativas para a população; (iv) atividades educativas para o setor regulado; (v) recebimento de denúncias; (vi) atendimento de denúncias; (vii) instauração de processo administrativo sanitário .
14. Manter o percentual de 100% de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
15. Atentar para todos os possíveis surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar e investigar conjuntamente os notificados.
16. Manter a equipe de vigilância em saúde (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica / imunizações, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador), com fiscais sanitários nomeados por portaria e legislação municipal assim como as instâncias julgadoras do processo administrativo sanitário.
17. Proporcionar estrutura mínima e condições de trabalho para a equipe de vigilância em saúde (recursos materiais: veículo, combustível, equipamentos de informática com acesso à INTERNET, material de expediente e educativo, equipamentos mínimos necessários para a execução das ações de vigilância em saúde).
18. Proporcionar, através dos recursos materiais necessários, a participação dos servidores de Vigilância em Saúde em congressos, seminários, cursos, oficinas e outras formas de

capacitação.

19. Manter as ações de combate ao borrachudo, conforme Norma Técnica da SES-CEVS - Programa Estadual de Controle do Simulídeo.

Objetivo 7 - Ampliar e qualificar a regulação em saúde como sistema de apoio das RAS

1. Qualificar as solicitações de encaminhamento das gestantes de risco nos sistemas de regulação.
2. Qualificar e monitorar os encaminhamentos, das pessoas com deficiência, para os serviços de referência em reabilitação auditiva, intelectual, física e visual.
3. Manter a regulação médica em relação aos exames e consultas.
4. Manter e qualificar as referências especializadas de média complexidade e alta complexidade.
5. Criação de protocolos clínicos e/ou gerenciais que tornam o acesso equânime.
6. Criação de lista de espera da demanda reprimida por especialidade acessível a toda a rede no sistema eletrônico vigente (Cosulfarma).
7. Implantar a regulação eletrônica dos encaminhamentos da rede.

DIRETRIZ 2 – Consolidação da governança da Rede de Atenção a Saúde na Gestão do SUS

Visa aprimorar a gestão de todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde como sistema transversal, consolidando o papel do gestor municipal do SUS no compartilhamento do processo de tomada de decisão entre os entes federados e, assim, fortalecendo as instâncias de participação e pactuação do SUS. Busca garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS no município.

Objetivo 8 - Qualificar a gestão do financiamento de acordo com as necessidades de saúde

1. Cumprir, no mínimo, os 15% orçamentários, conforme a Lei Complementar nº 141/2012.
2. Implementar e qualificar mecanismos de fiscalização dos instrumentos normativos firmados pelo município.

Objetivo 09 - Fortalecer a infraestrutura e Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde

1. Investir na infraestrutura física e organizacional nas unidades de saúde
2. Ampliar o quadro de profissionais de saúde conforme necessidade e orçamento.

Objetivo 10 – Consolidar a Governança da Informação em Saúde

1. Manter equipe de profissionais qualificada para operação dos Sistemas de Informação do SUS.
2. Manter a proporção dos registros de óbitos no SIM e nascidos vivos no SINASC em até 60

dias do final do mês de ocorrência em 85%.
3. Implementar o portal Business Intelligence
4. Integrar e qualificar a rede municipal de informática, com controle centralizado que permita a gestão da informação e otimização da assistência.

Objetivo 11 - Fortalecer a auditoria do SUS

1. Qualificar a Auditoria Municipal em Saúde
2. Manter as comissões de contratos que visam o monitoramento e avaliação da assistência e da gestão de recursos
3. Reativar o Sistema de Ouvidoria Municipal de Saúde

Objetivo 12 - Fortalecer as instâncias de participação social e pactuação no SUS

1. Quando solicitado, capacitar visando o fortalecimento do controle social.
2. Fortalecer a participação do gestor nas instâncias de pactuação regional e estadual.

Objetivo 13 - Promover a prática do Planejamento, Monitoramento e Avaliação no SUS

1. Qualificar o monitoramento e avaliação no âmbito da SMS.

DIRETRIZ 3 – Fortalecimento das ações de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

Busca promover ações de ciência, tecnologia e inovação em saúde, contribuindo para o desenvolvimento tecnológico e a qualificação do SUS no município, considerando as especificidades regionais e a integração entre a pesquisa, a atenção e a gestão em saúde.

Objetivo 16 - Fortalecer a Política de Educação em Saúde

1. Manter e apoiar o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
2. Promover e/ou contratar ações de Educação em Saúde destinadas a trabalhadores do SUS, gestores municipais e Controle Social.
3. Garantir a participação de profissionais de saúde multiplicadores nas capacitações promovidas pela 16ª CRS.
4. Planejar juntamente com as equipes, as ações de educação permanente, de modo a contemplar as necessidades de aprendizado e os desafios à qualificação do processo de trabalho;
5. Garantir um turno quinzenal para realização de reuniões de equipe nas Estratégias de Saúde da Família
6. Garantir um turno quinzenal para realização de reuniões da Secretaria de Saúde.
7. Proporcionar a participação dos servidores da Secretaria de Saúde em congressos, seminários, cursos, oficinas e outras formas de capacitação que qualifiquem o serviço.

METAS DE INDICADORES DE RESULTADOS

4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento do plano municipal de saúde é uma ferramenta que visa o acompanhamento contínuo realizado pela análise sistemática de dados sobre a execução de ações, afim de verificar se sua implementação está de acordo com as metas planejadas. O propósito deste processo é intervir em tempo oportuno na revisão de ações e/ou programas quando as metas não estão sendo atingidas afim de corrigir tal situação.

Enquanto o monitoramento verifica a realização regular e sistemática das ações desenvolvidas para o alcance das metas propostas, a avaliação faz uma pesquisa esporádica visando determinar resultados e impactos planejados.

A avaliação e o monitoramento são ferramentas que se completam e para tanto são utilizados sistemas de apoio legais instituídos pelo SUS, como: BI-Saúde, Plano Plurianual (PPA),SISPACTO, PMAQ/AMAQ, Ouvidoria, Auditoria demais seguem para aprovação do CMS e Câmara de Vereadores: Plano Anual de Saúde (PAS), Relatório de Gestão (SARGSUS), SIOPS, RGMS, dentre outros.

A parte financeira e os de indicadores de saúde do Plano Municipal de Saúde é avaliado a cada quadrimestre e a sua totalidade anualmente tanto pela gestão quanto pelo controle social.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IBGE, <https://www.ibge.gov.br/>. Consultado em março de 2017.
2. LAJEADO, Secretaria da Saúde. Saúde do Trabalhador. Consultado em março de 2017.
3. LAJEADO, Secretaria da Habitação e Assistência Social. CRAS. Consultado em abril de 2017.
4. LAJEADO, Secretaria da Habitação e Assistência Social. CREAS / RMA. Consultado em abril de 2017.
5. Informe técnico de implantação da vacina DTPa em 2014 /Ministério da Saúde, <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/26/Informe-Tecnico-dTPa-2014.pdf>
6. DATASUS Tabnet/SIH, tabnet.datasus.gov.br/. Consultado em abril de 2017.
7. Atlas, http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/lajeado_rs. Consultado em 13 de março de 2017.
8. CNES/DATASUS, cnes.datasus.gov.br/. Consulta em agosto 2017.
9. Bi-Saúde, bi.saude.rs.gov.br/. Consultado em abril de 2017.

ANEXO -

Planilha de Pactuação Municipal - SISPACTO – Metas para 2017/2021

Rede de Atenção Psicossocial – RAPS - 2016/2019

Plano Plurianual – PPA – 2018/2021

Programação Anual de Saúde – PAS – 2018

Ata e Resolução de Aprovação do PMSD, pelo Conselho Municipal de Saúde