



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE VIAMÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014 - 2017



Viamão, junho de 2014.

Prefeito Municipal
Valdir Bonatto

Secretária Municipal de Saúde
Sandra Denise de Moura Sperotto

Presidente do Conselho Municipal de Saúde
Luis Fernando Prates

Direção Geral

Maria Rita Cardozo da Silva

Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria

Lisiane Wasem Fagundes

Departamento de Ações em Saúde

Luis Augusto Cardoso da Silva

Departamento de Vigilância em Saúde

Carmen Pereira

Departamento de Apoio Administrativo

Gabriela Oliveira Simões

Equipe de Planejamento do PMS

Lisiane Wasem Fagundes

Maria Letícia Ikeda

Patricia Martini

Sandra Denise de Moura Sperotto

SUMÁRIO

<u>1 Características gerais do Município</u>	<u>5</u>
<u>2 Endereços dos Departamentos, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Referência, Serviços e Setores da Secretaria Municipal de Saúde.....</u>	<u>7</u>
<u>3 Apresentação.....</u>	<u>9</u>
<u>4 Aspectos Históricos do Município de Viamão.....</u>	<u>11</u>
4.1.1 Divisão Territorial.....	13
<u>5 Determinantes e Condicionantes de Saúde.....</u>	<u>15</u>
5.1 Panorama Demográfico.....	15
5.2 Meio Ambiente.....	21
<u>6 Análise Situacional.....</u>	<u>21</u>
6.1 Situação da estrutura da saúde	21
6.2 Mortalidade Geral.....	23
6.3 Mortalidade por faixa etária.....	24
6.4 A Saúde da População.....	25
6.4.1 Ciclos de Vida.....	25
6.5 Idoso.....	57
6.6 Populações Específicas.....	61
6.6.1 Quilombolas.....	62
6.6.2 Indígenas.....	64
6.6.3 Assentamentos Rurais e População Rural.....	66
<u>7 O Controle Social.....</u>	<u>67</u>
<u>8 Acesso a Ações e Serviços de Saúde.....</u>	<u>71</u>
8.1 Modelos de Atenção à Saúde.....	71
8.2 Modelo de Atenção às Condições Agudas.....	71
8.3 Componentes de uma Rede de Atenção à Saúde.....	73
8.3.1 População	73
8.3.2 Estrutura Operacional das Redes de Atenção.....	73
8.4 O centro de comunicação das redes de atenção à saúde: a Atenção Primária à Saúde.....	74
8.5 Os pontos de Atenção Secundária e Terciária das Redes de Atenção à Saúde.....	74
8.6 Os sistemas de apoio das Redes de Atenção à Saúde.....	75
8.7 Os sistemas logísticos das Redes de Atenção à Saúde.....	76
8.8 O sistema de governança das Redes de Atenção à Saúde.....	76
8.9 Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC.....	77
9.1 Planejamento.....	79
9.2 Regulação.....	80
9.3 Modernização Administrativa.....	81
10.2 Novas Diretrizes Propostas para Políticas Sociais Municipais.....	92
10.3 O Planejamento da Integração das Políticas Sociais.....	93
10.4 Academias de Saúde.....	95
10.5 PIM – Primeira Infância Melhor.....	95
10.6 CRACK – É possível Vencer.....	96
10.7 Políticas de Inclusão de Pessoas com Deficiência.....	97
10.8 Programa de Saúde na Escola.....	97

9 Ações e Acesso ao Serviço de Saúde.....	97
9.1 Atenção Primária à Saúde / Atenção Básica.....	97
9.1.1 Acolhimento nas UBS.....	98
9.1.2 Saúde Bucal.....	99
9.1.3 Consultório na Rua.....	99
9.1.4 Núcleos de Apoio a Estratégia de Saúde da Família.....	100
9.2 Atenção ambulatorial.....	100
9.3 Atenção Hospitalar.....	101
9.4 Atenção às Urgências e Emergências.....	101
9.5 Vigilância em Saúde.....	102
9.5.1 Marco Legal.....	103
9.5.2 Situação atual da Vigilância em Saúde em Viamão.....	105
9.5.3 Estrutura Física.....	105
9.5.4 Estrutura dos Setores e Serviços.....	106
10 Metas e Diretrizes do Plano Municipal de Saúde.....	108
10.1 Metas e Diretrizes estabelecidas pelo Caderno de Diretrizes e Metas do Ministério da Saúde.....	108
10.2 Metas e Diretrizes estabelecidas pela Gestão.....	117
11 Bibliografia.....	125



Secretaria Municipal da Saúde
O futuro se faz com qualidade de vida

Missão

Garantir atenção integral à saúde a partir das necessidades da população através de serviços de saúde com qualidade e resolutividade articulados e integrados, assegurando os princípios do SUS.

Visão

Ser município com atenção integral à saúde organizada e resolutiva através de Redes de Atenção à Saúde, com trabalhadores motivados e comprometidos.

Valores

Planejamento
Compromisso
Humanização
Cooperação
Equidade
Qualidade
Ética
Solidariedade

Objetivos

Trabalhar intra e inter-setorialmente promovendo a integração e ampliando a confiança dos viamonenses, a Secretaria Municipal da Saúde esforça-se para:

- Prevenir e reduzir os riscos para a saúde individual e do ambiente em geral;
- Promover estilos de vida saudáveis;
- Garantir serviços de alta qualidade de saúde que são eficientes e acessíveis;
- Integrar a renovação do sistema de cuidados de saúde, com planos de longo prazo nas áreas de prevenção, promoção da saúde e proteção;
- Reduzir as desigualdades sociais;
- Fornecer informações de saúde para ajudar tomar decisões informadas.

Estratégia

Atender os cidadãos de Viamão através de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, reabilitação e alívio do sofrimento através da organização de sistema de saúde que tenha como principal porta de entrada à atenção primária à saúde, garantindo acesso aos demais níveis de atenção local ou regionalmente.

1 Características gerais do Município

Município	VIAMÃO
Estado	Rio Grande do Sul
Data da Criação	14 de setembro de 1741
População 2013	250.028 habitantes
Extensão Territorial	1.497,079 Km ²
Região Administrativa do Estado	Região Metropolitana
Limites do Território	
<ul style="list-style-type: none"> • Norte 	Gravataí, Glorinha, Alvorada e Santo
<ul style="list-style-type: none"> • Antônio da Patrulha 	
<ul style="list-style-type: none"> • Sul 	Lagoa dos Patos
<ul style="list-style-type: none"> • Leste 	Capivari do Sul
<ul style="list-style-type: none"> • Oeste 	Porto Alegre
Prefeito Municipal	Valdir Bonatto
Secretária Municipal de Saúde	Sandra Denise Moura Sperotto
Endereço da Prefeitura	
<ul style="list-style-type: none"> • Praça Júlio de Castilhos, s/n – Centro – Viamão/RS – CEP: 94440-000 • Fone: (51) 3054-7600 – E-mail: gabinete@pmviamao.com.br 	
Endereço Sec. Municipal de Saúde	
<ul style="list-style-type: none"> • Av. Senador Salgado Filho, 5412 – Bairro São Lucas Viamão/RS – CEP : 94475-010 • Fone: (51) 3054-7500 – E-mail: saudeviamao@pmviamao.com.br 	
COREDE	Delta do Jacuí



Coordenadoria Regional Saúde/SES: 2ª CRS

Habilitação pela NOB/96: Abril de 1998, Plena da Atenção Básica

Habilitação pela NOAS/01: Agosto de 2003, Plena da Atenção Básica Ampliada

2 Endereços dos Departamentos, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Referência, Serviços e Setores da Secretaria Municipal de Saúde

Tabela 1 – Unidades de Saúde do Município em 2013

Unidade	Endereço	Telefone
Gabinete da Secretária	Av. Senador Salgado Filho , 5412 - 3º andar	3054-7505
Departamento de Apoio Administrativo	Av. Senador Salgado Filho , 5412 - 3º andar	3054-7503
DAA/Setor de Almoxarifado	Av. Senador Salgado Filho, 4661	3435-1739
DAA/Setor de Transporte	Estrada do Cocão, 1260	3434-0267
Departamento de Atenção à Saúde – DAS	Av. Senador Salgado Filho, 5412 - 4º andar	3054-7522
DAS/Setor de Remoções	Av. Senador Salgado Filho, 5412 - 1º andar	3485-7232
DST/AIDS Centro de Testagem e Aconselhamento Herbert de Souza	Rua Ângelo Silveira, 170 Lanza	3493-8702
Departamento de Controle Avaliação e Auditoria – DCAA	Av. Senador Salgado Filho, 5412 - 5º andar	3054-7507
Departamento de Vigilância em Saúde – DVS	Av. Senador Salgado Filho, 5554	3434-0395
DVS/Centro de Controle de Zoonoses	Rua José Garibaldi, 3840 - Passo do Vigário	3492-8099
DVS/Programa Municipal de Controle da Tuberculose	Rua José Garibaldi, 470 Centro - Fundos	3485-8020
URS Centro	Rua José Garibaldi, 470 Centro	3485-8020
URS Lomba do Sabão	Rua Ângelo Silveira, 170 Lanza	3493-1191
Pronto-Atendimento 24hrs Viamão	Av. Senador Salgado Filho, 5412 São Lucas	3054-7526
UBS Augusta Marina	Rua Dario G. Molho, s/n Augusta	3435-0326
UBS Capão da Porteira	RS 040, Km 47, pda.: 133	3321-1691
UBS Esmeralda	Rua Presidente Vargas, 46 Esmeralda	3046-3864
UBS Monte Alegre	Rua Espírito Santo, 200 Monte Alegre	3493-7343
UBS Orieta	Av. Orieta, 220 Orieta	3446-3975
UBS Planalto	Av. Monte Negro, 75 Planalto	3446-7626
UBS Santa Cecília	Av. Édio Nagel Boit, 60 Cecília	3435-2620
UBS Santa Isabel	Rua Pedro Luiz Grassi, 360 Santa Isabel	3485-8182
UBS São Tomé	Av. Lindóia, 81 São Tomé	3446-2869
ESF Águas Claras	RS040, Km 28 pda 88 Águas Claras	3498-2167
ESF Augusta Meneguini	Rua Teodoro Luiz de Castro, 730 Augusta	3435-2627
ESF Itapuã	Rua Godofim Saraiva, s/n Itapuã	3494-1622

ESF Luciana	Rua Zilda de Abreu, 750 Vila Luciana	3493-1828
ESF Vila Elza	Rua Catulino Antunes Morem, 344 Vila Elza	3436-0060
ESF Itinerante	Av. Senador Salgado Filho, 5412	Em instalação
Consultório na Rua	Rua Dario G. Molho, s/n Augusta	3435-0326
CAPS II Álcool e Drogas – Nova Vida	Av. Bento Gonçalves, 443 Centro	3485-8762
CAPS II Casa Azul	Av. Nossa Senhora de Fátima, 663 Viamópolis	3492-3086
CAPS II Centro Renascer	Rua 2 de Novembro, 167 Centro	3492-8913
CAPS I infantil	Rua Francisco Vaz Ferreira Filho, 52	Em instalação
Unidade de Saúde Indígena – atende as comunidades de Itapuã, Cantagalo e Estiva. Atendidos por equipe itinerante.		3054-7522
Aldeia Indígena de Itapuã	Estrada do Gravatá, 519 – Itapuã	-
Aldeia Indígena do Cantagalo	Estrada do Cantagalo, 3725 – Cantagalo	-
Aldeia Indígena da Estiva	RS 040 km 39 parada 116 – Estiva	-

Fonte: Arquivo da Secretaria de Saúde

3 Apresentação

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Viamão – RS, objetiva apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para os anos de 2014 a 2017, tendo como função principal, nortear as ações a serem realizadas no âmbito da qualificação do Sistema Único de Saúde no município neste período.

Para tanto, realizou-se a análise situacional da saúde da população do município (de janeiro a novembro), onde utilizou-se como suporte e embasamento, as necessidades apontadas pela população nas Conferências das Cidades, a série histórica dos indicadores de saúde da cidade Viamão, através dos bancos de dados dos principais sistemas de informação do SUS e IBGE, apontamentos feitos pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), as solicitações que chegaram às Unidades Básicas de Saúde (UBS), aos departamentos da Secretaria, ao Gabinete da Secretária e demais órgãos de governo.

Entre junho e agosto do corrente ano, os objetivos, diretrizes e metas deste plano foram inicialmente desenhados, a estrutura do documento definida seguindo as diretrizes do PlanejaSUS e a estrutura do Plano Nacional de Saúde, conforme Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011.

Durante os meses de agosto, setembro e outubro de 2013 foram realizadas reuniões com os coordenadores de Programas, representantes do Conselho Municipal, direção dos diversos departamentos que compõe a SMS e Secretária de Saúde, no intuito de definir as diretrizes deste plano e elencar as principais necessidades.

No mês de novembro, foram realizados dois Seminários de construção do PMS, visando qualificar e atender as necessidades de saúde elencadas pelos representantes presentes. Os encontros ocorreram no Pronto atendimento Social 24 horas e no Instituto Walter Graef, respectivamente.

Os seminários ocorreram no dia 22.11.13 com trabalhadores de saúde e em 28.11.13, de forma mais ampla, com representantes do Conselho Municipal de Saúde, membros da comunidade Viamonense, prestadores de serviços, representantes do Hospital de Viamão e trabalhadores de Saúde de todos os níveis de atenção deste município.

Este movimento oportunizou reunir aproximadamente 150 pessoas, que puderam acompanhar avaliar e sugerir ações, fazendo parte da construção coletiva deste Plano de

Saúde.

O PlanejaSUS, define como Plano de Saúde como¹ ...o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Desta forma, optou-se por adotar quatro grandes linhas de trabalho:

- Diagnóstico Situacional;
- Qualificação e ampliação das ações e dos serviços em saúde;
- Ampliação e garantia do acesso aos serviços ofertados;
- Desenvolvimento de gestão da saúde e seus recursos de forma efetiva, responsável e comprometida.

Assim, busca-se estabelecer metas através de diretrizes que integrem os diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), prestadores de serviços, CMS e fundamentalmente, como parte da política de governo, a integração efetiva entre as Secretarias de Saúde, Educação e Cidadania e Assistência.

Objetiva-se usar o PMS como ferramenta inicial e norteadora para elaboração do Plano Plurianual (PPA) bem como instrumento balizador a ser utilizado sistematicamente por toda a equipe para a execução de cada ação e tarefa na prestação de serviços à comunidade, bem como, para que se possa monitorar e avaliar o cumprimento dos objetivos aqui definidos e a sua real efetividade no que diz respeito a melhoria das condições de saúde da população.

1

4 Aspectos Históricos do Município de Viamão

O município de Viamão foi criado no ano de 1741, quando um grupo de 30 homens, conhecido como “Frota de João Magalhães”, desceu de Laguna ao continente de São Pedro objetivando garantir a passagem que facilitasse a tomada de gado do sul do território. Os grandes rebanhos de equinos e bovinos que havia na Campanha do Rio da Prata eram trazidos para comercialização em Laguna. Com o passar do tempo, o Rio Grande de São Pedro deixa de ser somente uma passagem e passa a atrair colonizadores.

Os lagunistas, como foram denominados, fundam estâncias e se dá início a criação de gado. O município de Viamão foi um dos primeiros povoados do Estado do Rio Grande do Sul. A denominação de “Continente de Viamão” data da época do início da povoação do Rio Grande do Sul, para se referir às terras que abrangiam o Jacuí, o Guaíba, e o norte da Lagoa dos Patos, englobando Santo Antônio da Patrulha e a Serra de Viamão (atualmente São Francisco de Paula e Vacaria). Juntamente com a criação do Arraial da Capela de Viamão foi construída a Capela Nossa Senhora da Conceição de Viamão, que depois se tornaria a Igreja Matriz do Município.

Com a tomada da capital da Província Vila de Rio Grande, pelos espanhóis, o centro administrativo é transferido para Viamão ocasionando um novo desenvolvimento ao local.

Com o passar do tempo, a Freguesia do Porto dos Casais (Porto Alegre), então Porto de Viamão, que já iniciara o seu povoamento e era ligado ao arraial pelas estradas do Mato Grosso (atual Bento Gonçalves) e Caminho do Meio (Avenida Protásio Alves), avenidas que até hoje desempenham importante papel na relação entre esses dois municípios, passa a representar um forte concorrente. Torna-se economicamente mais importante e faz com que o centro administrativo seja fixado na Freguesia do Porto dos Casais, às margens do Guaíba, ficando Viamão gradualmente dependente de Porto Alegre.

Durante o século XIX com a Revolução Farroupilha, Viamão é palco de uma série de batalhas e chega a ter seu nome modificado para Vila Setembrina, guardando até hoje parte importante dessa história como as trincheiras de Tarumã.

No decorrer do século, pela Lei Provincial nº 1247, a Freguesia de Viamão é elevada à categoria de Vila, abrangendo os atuais municípios de Gravataí, Glorinha, Palmares, Capivari e Viamão, o que determinou um rápido crescimento em sua estrutura urbana.

No século XX pelo Decreto Estadual nº 7.842, Viamão é elevada à categoria de município, sendo que os períodos que vão das décadas de 20 a 50 se caracterizam como o momento de maior desenvolvimento do município evidenciado através de diversos equipamentos de lazer e cultura.

Na década de 40 é acelerado o desenvolvimento da indústria pesada nacional e gaúcha, convergindo com uma grande massa de pessoas que se direciona para os arredores da capital. É a partir dessa década que o crescimento demográfico das cidades assume uma forma contínua, tornando-se necessária uma melhor organização do espaço, o que significa dizer, a sua urbanização.

A partir da década de 50 ocorre a decadência econômica e cultural do Município, principalmente devido ao crescimento industrial em direção ao norte deixando Viamão relegada a uma situação de periferia e a de cidade dormitório de Porto Alegre. Tal fato causou um salto demográfico elevado e o crescimento de loteamentos, muito deles clandestinos e sem infraestrutura básica. Essa redução do desenvolvimento econômico gerou prejuízos para a cidade, mas permitiu, em parte, que o seu patrimônio edificado e natural fosse preservado.

Nas décadas seguintes a população predominante, que era rural, passou a ser a urbana, incrementada principalmente por correntes migratórias do interior do Estado. Essa inversão entre a população rural e urbana acentuou a ocupação desorganizada e o crescimento heterogêneo, resultando em núcleos isolados que surgiram conforme interesses imobiliários e desconectados uns dos outros, formando as suas próprias “centralidades” até os dias atuais.

Mapa 1 – Mapa panorâmico de Viamão até Dezembro de 2013



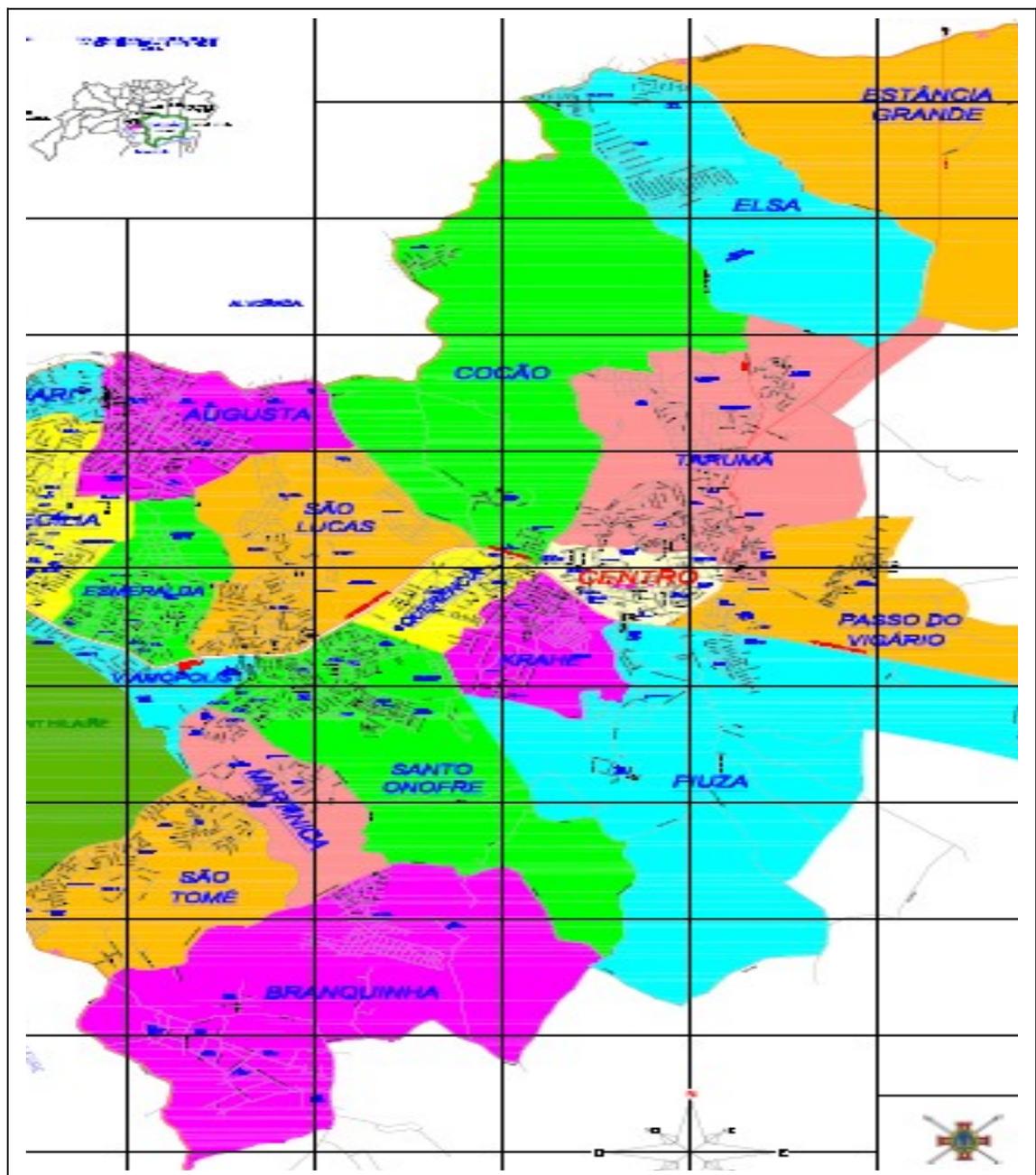
Fonte: Arquivo interno da Prefeitura Municipal de Viamão

4.1.1 Divisão Territorial

O Plano Diretor aprovado recentemente conta com nova divisão dos Bairros e Distritos do Município de Viamão.

Os distritos são: Distrito Sede, Distrito Passo do Sabão, D. Viamópolis, D. Águas Claras, Capão da Porteira e D. Itapuã, conforme mapa a seguir.

Mapa 2 – Mapa panorâmico dos Distritos de Viamão a partir de Dezembro de 2013



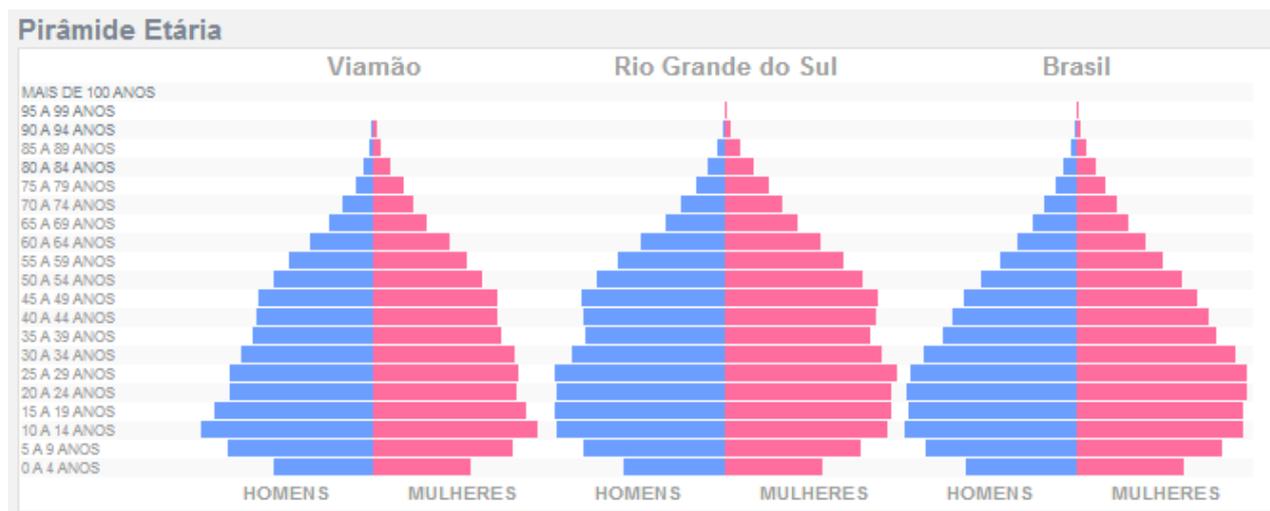
Fonte: Arquivo interno da Prefeitura Municipal de Viamão

5 Determinantes e Condicionantes de Saúde

5.1 Panorama Demográfico

Conforme o Censo Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2010, a população do Rio Grande do Sul era de 10.695.531 habitantes. No município de Viamão, o Censo nos informou uma população de 239.384 habitantes. Para o ano de 2013, o IBGE estima o total 250.028 habitantes. Considerando estes dados, o município apresentou um crescimento de 0,75% entre os anos de 2010 e 2013. Em comparação o município de Porto Alegre, Viamão teve um crescimento populacional 44% superior ao da capital, que aumentou sua população em 0,52% no mesmo período.

Figura 01 – Pirâmide Etária do Município de Viamão, do Estado do Rio Grande do Sul e do Brasil em 2010



Fonte: IBGE -2010

Mapa 3 – Mapa da 10ª Região de Saúde – SES/RS

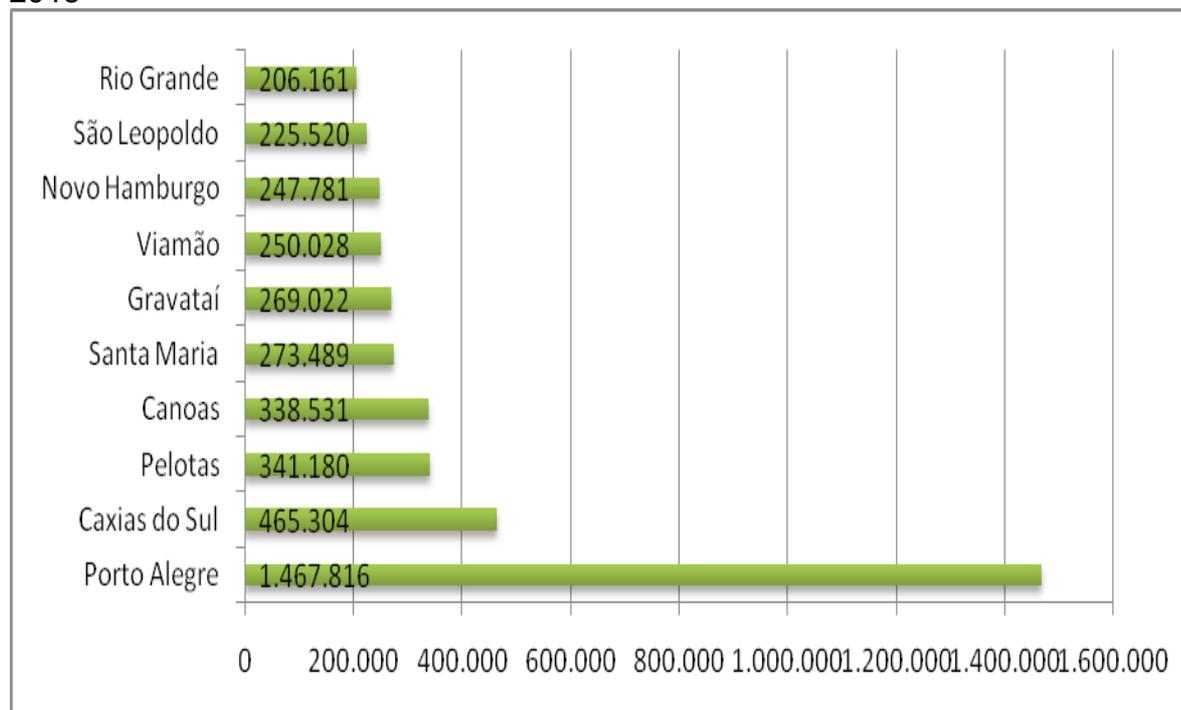


Fonte: Plano Estadual de Saúde/SES/RS 2013

1- Porto Alegre; 2- Cachoeirinha; 3- Alvorada; 4- Gravataí; 5- Glorinha; 6- Viamão.

A cidade de Viamão representa 2,24% da população do estado e tem uma densidade demográfica de 159,91 habitantes por Km². É o 7º município em população do estado.

Gráfico 01 – Número de Habitantes dos 10 maiores municípios Gaúchos - Estimativa IBE 2013



Fonte: IBGE – Cidades – 2013

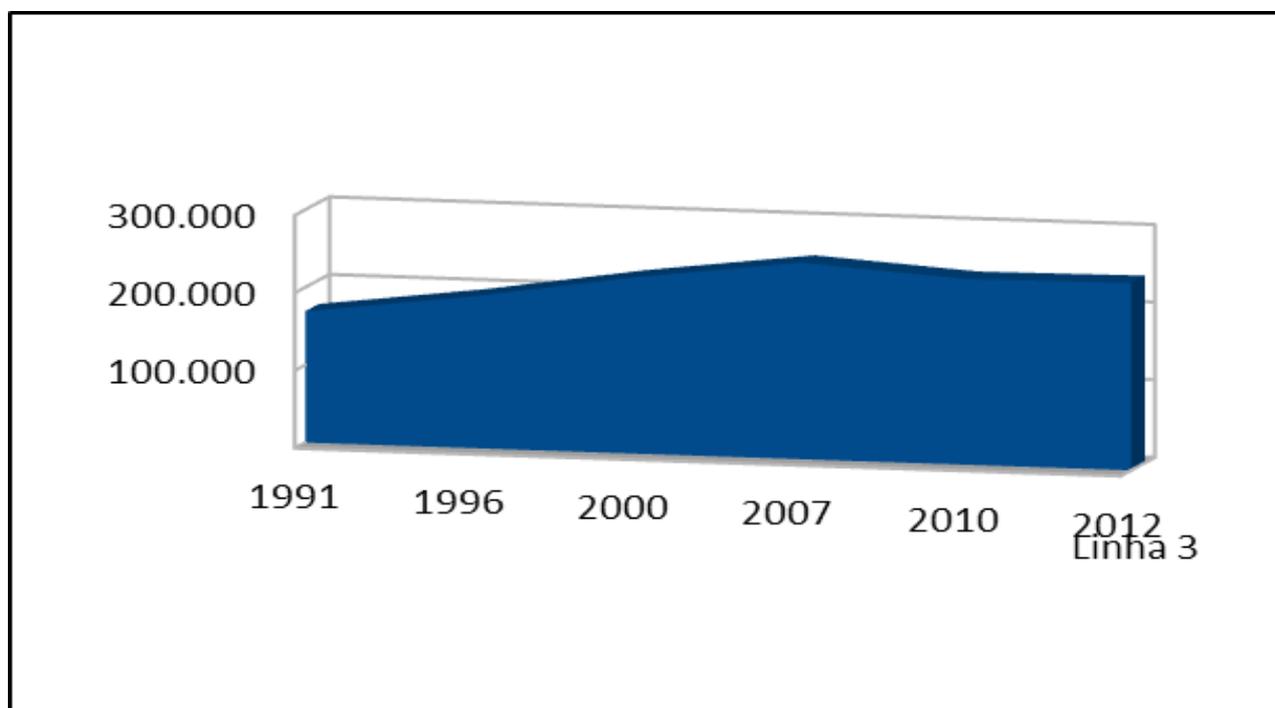
A população do município no ano 2000 era de 227.429 habitantes, em 2007 de 253.264 e em 2010, como já descrevemos acima, 239.384 habitantes, ou seja, houve uma redução de 5,5% no número de habitantes, o que representou menos 13.880

pessoas residindo na cidade. O número de domicílios em Viamão em 2010 era de 75.397.

A população residente na zona rural é de 14. 440 habitantes, ou seja, 6% (IBGE 2010), o que demonstra a grande urbanização da população, mesmo com área territorial extensa do município, seja na área mais central ou nos distritos urbanizados.

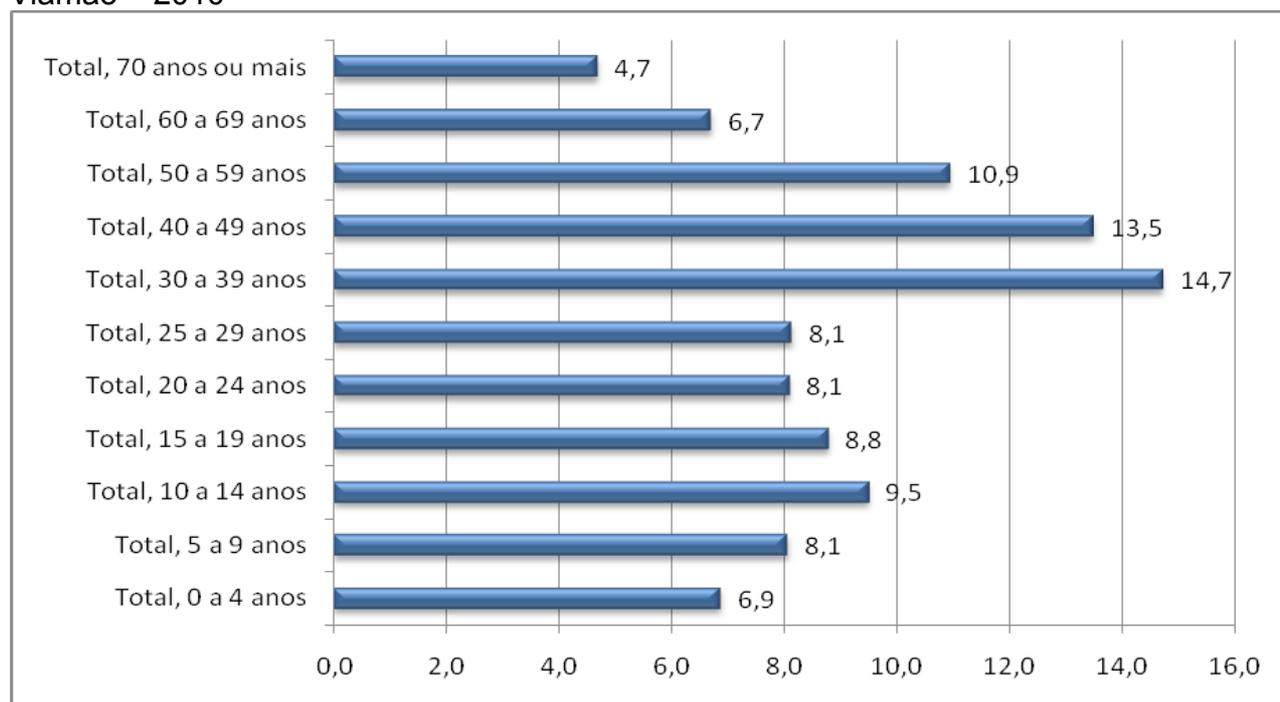
No gráfico abaixo, observa-se essa alteração no número de habitantes no município de Viamão que se destaca por não acompanhar o que ocorreu no estado do Rio Grande do Sul e no Brasil.

Gráfico 2 – Evolução Populacional do Município de Viamão no período de 1991 a 2012



Fonte: IBGE- Cidades – 2013

Gráfico 3 – Distribuição Percentual da População por Faixa Etária no Município de Viamão – 2010



Fonte: IBGE – Cidades -2013

A faixa etária de 0 a 9 anos corresponde a 14,9 % da população total do município. A população de 10 a 19 anos, os pré-adolescentes e adolescentes, representam 18,3%. A faixa etária de 20 a 39 anos, adultos jovens, representa 31%. Já na faixa etária de 40 a 59 anos, representa 24,4%. As populações acima de 60 anos, os idosos, representam 11,4% do total da população do município de Viamão.

Esses dados nos apontam a necessidade de desenvolvimento de estratégias de captação da população de 10 a 49 anos como alvo de ações de promoção e prevenção à saúde, visto tratar-se de 53,2% dos indivíduos residentes no município, pessoas economicamente ativas que passam pelo menos oito horas de seu dia envolvidas em atividade laboral.

O Índice de Desenvolvimento Humano é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. O índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Viamão foi de 0,717 em 2010, sendo O IDHM renda de 0.720, o IDHM longevidade 0.866 e o IDH educação 0,591 . O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799) é está classificado em 1.398 posição entre os municípios brasileiros. (Atlas Brasil 2013,PNUD)

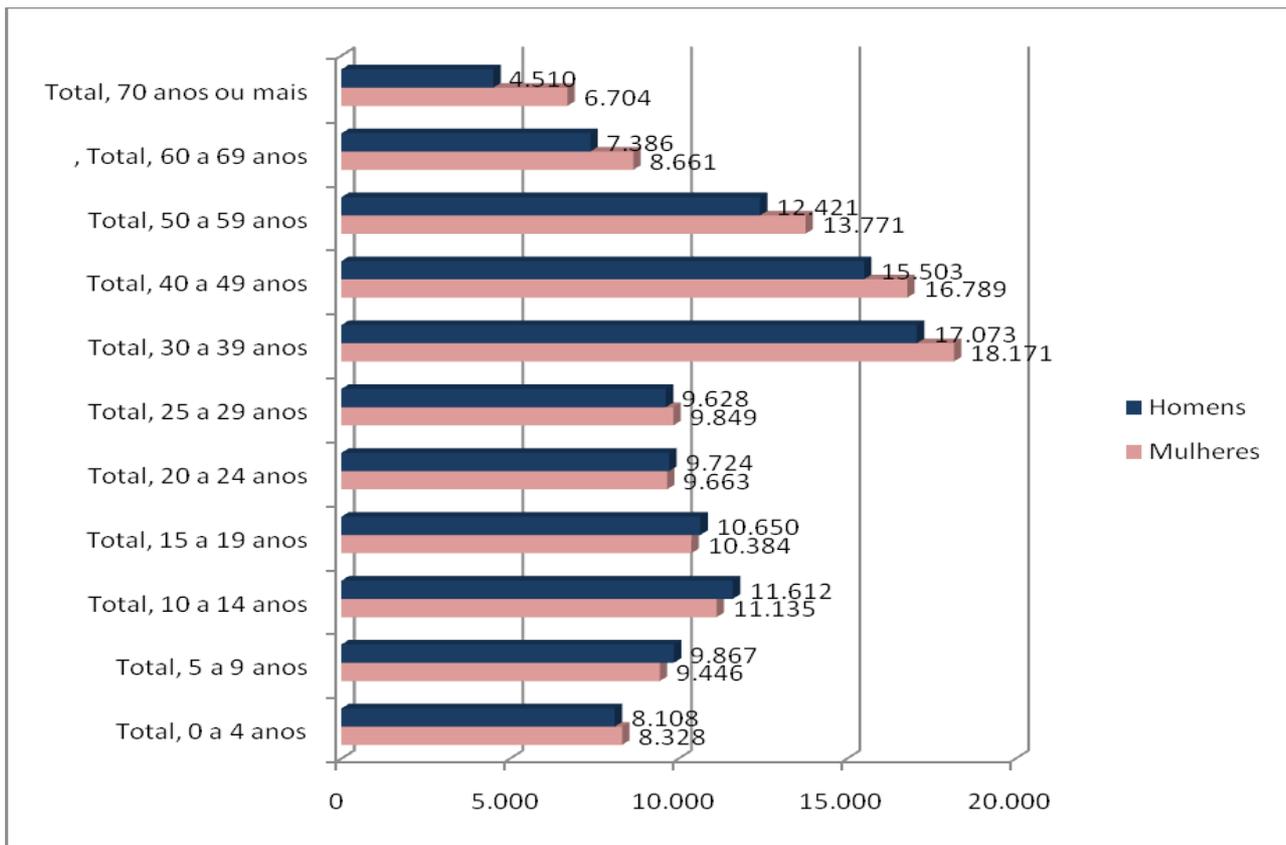
Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,142), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 2000 e 2010, este fato tornou a repetir-se com a Educação crescendo 0,168, seguida desta vez por Renda e Longevidade, respectivamente.

No município, segundo dados do IBGE 2011, existem 4.552 empresas atuantes registradas no Cadastro Central de empresas, 18.791 pessoas empregadas assalariadas, com renda média mensal de 2,4 salários mínimos.

Considerando que o deslocamento de pessoas do município para trabalharem em outras cidades, principalmente, Porto Alegre, ainda é uma característica muito forte no município de Viamão, percebe-se ser necessário avaliar a possibilidade de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde em horários estendidos, bem como, equipes de Estratégia de Saúde da Família que tenham a disponibilidade de atendimento destes municípios também em horário diferenciado.

Na distribuição por sexo, os homens representam 48,7 % do total de residentes e as mulheres 51,3%. Da faixa etária a partir de 5 até 24 anos o número de homens é maior que o de mulheres, o que se inverte a partir dos 25 anos, quando o número de mulheres é maior que o dos homens em todas demais as faixas etárias. Este dado sinaliza para a importância de ações de prevenção dos agravos decorrentes de acidentes e violência que, em geral, acometem mais o sexo masculino nesta faixa etária e são importante causa de morbimortalidade para os mesmos, com reflexo na assistência à saúde e custos consideráveis.

Gráfico 4 – População de Homens e Mulheres por Faixa Etária – IBGE 2010

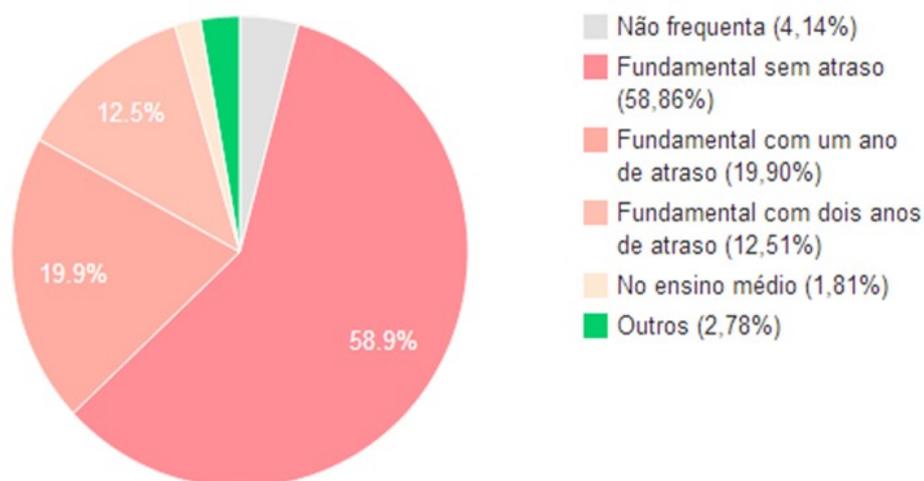


Fonte – IBGE – Cidades 2013

De acordo com o Atlas Brasil 2013 - PNUD, o município possui a seguinte distribuição da população por escolaridade: analfabetos: 5,1%; ensino fundamental completo: 20,3%; ensino médio completo: 27,9%; ensino superior completo: 4,8% outros: 40,9%, sendo esta última categoria referente aqueles cidadãos que não se enquadram em nenhuma das demais alternativas, ou seja, não são analfabetos mas também não concluíram nenhuma das etapas de ensino.

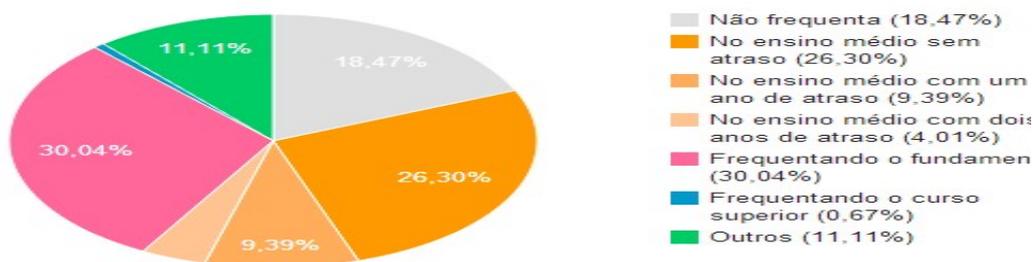
Gráfico 5 – Frequência Escolar na faixa etária de 06 a 14 anos de idade em Viamão 2010

Frequência escolar de 6 a 14 anos - Viamão - RS - 2010



Fonte: http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil/viamao_rs

Gráficos 6 e 7 – Frequência Escolar nas faixas etárias de 15 a 17 anos e de 18 a 24 anos em Viamão, em 2010



Frequência escolar de 18 a 24 anos - Viamão - RS - 2010



Fonte: Atlas Escolar Brasil 2013

Os dados de escolaridade de Viamão se destacam pelo alto número de crianças de 06 a 14 anos fora da escola, mais que é de mais de 4%, pelo percentual de crianças e adolescentes com atraso no ensino fundamental (mais de 22%) e no ensino médio (73,7% em atraso). Outro dado importante a considerar é que, mesmo com a obrigatoriedade de frequência escolar até os 18 anos, mais de 18% dos jovens está fora da escola. Quando se avalia os dados relativos ao ensino superior, menos de 10% dos jovens viamonenses

estão frequentando uma universidade.

5.2 Meio Ambiente

Viamão é um município com uma grande biodiversidade e para dar conta desta realidade estão sendo elaborados pela Gestão Municipal os Planos Municipais de Meio Ambiente, Saneamento Básico e Resíduos Sólidos, os quais contarão com um diagnóstico situacional e o planejamento das ações para a qualificação destas áreas descritas.

As necessidades de utilização dos espaços públicos e a preservação dos espaços deverão ser foco deste planejamento.

A Secretaria Municipal de Meio Ambiente está em fase de aprovação da Câmara de Vereadores e fará a gestão de todas as especificidades da área ambiental, inclusive o manejo adequado de cães e demais animais domésticos através de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.

O Saneamento Básico, que tem interface importante com a saúde da população terá sua programação de expansão e de qualificação, incluindo os Distritos de Águas Claras e Itapuã.

O destino adequado do lixo, com a qualificação da coleta do lixo comum e a coleta seletiva será contemplado no Plano Municipal de Resíduos Sólidos Urbanos.

Paralelo as ações de planejamento serão realizadas ações educativas junto à população escolar e geral para a destinação adequada dos resíduos.

6 Análise Situacional

6.1 Situação da estrutura da saúde

Em 01 de janeiro de 2013, assumiu a gestão do município de Viamão, o senhor Valdir Bonatto, eleito Prefeito pelo partido do PSDB e a senhora Sandra Denise de Moura Sperotto como Secretária de Saúde.

A seguir descreveremos a situação da estrutura física e de recursos na secretaria da saúde à época citada e a situação atual.

Tabela 2 – Comparativo da estrutura física da saúde no município entre os meses de Janeiro e Novembro de 2013

	Janeiro de 2013	Novembro de 2013
Unidades Básicas de Saúde	-15 unidades funcionando; -01 unidade da Esmeralda fechada;	-abertura da unidade da Esmeralda em maio de 2013; -16 unidades de saúde funcionando; -01 consultório na rua;
Saúde Mental	-03 CAPS para atendimento adulto; -01 CAPS para atendimento infantil em funcionamento conjunto com o CAPS Casa Azul; -03 leitos de saúde mental no hospital de Sapucaia; -convênio com a ACAMVI para contratação de profissionais;	-03 CAPS para atendimento adulto; -01 CAPS para atendimento infantil, sendo que este último já está tendo a sua estrutura física desvinculada do CAPS Casa Azul em um imóvel adequado e adaptado para o fim específico; -projeto para aquisição de imóvel para o CAPS AD, tipo III já aprovado na CIR; -18 leitos de saúde mental no hospital de Viamão; -processo de renovação do Convênio com a ACAMVI para a operacionalização dos serviços de Saúde Mental com a profissionalização da gestão da entidade através da incorporação de administrador, contador e coordenador de Recursos Humanos na administração do Convênio;
Pronto Atendimento	-contrato de gestão de serviços com a Fundação Hospitalar Getúlio Vargas com profissionais contratados por RPA; -média de 4.000 atendimentos ao mês;	-renovado o contrato com a Fundação, porém, com cláusula contratual que ampara a contratação de profissionais através da CLT, incluindo os profissionais médicos; -média de 7.000 atendimentos ao mês; -processo de licitação para reforma do PA e instalação do aparelho de Raio X já em andamento;
Equipes de Estratégia de Saúde da Família	-nenhuma Equipe de Saúde da Família implantada no município;	-14 Equipes de Saúde da Família implantadas; -até dez/2013 mais 08 médicos do Programa Mais Médicos que completará 23 ESF, atendendo 92.000 pessoas – 37% da população.
Exames de Análises Clínicas	-11.232 exames ao mês;	-já solicitado o aumento de cotas para 33.192 exames ao mês e a entrada de mais um laboratório;
Salas de Vacina	-08 salas de vacinas ;	-17 salas de vacina;
Filas de espera nas Unidades Básicas de Saúde	-todas as unidades possuíam filas;	-12 unidades com acolhimento implantado e já sem filas; -previsão de implantação do acolhimento nas demais unidades de saúde;
Cobertura Vacinal	-49% de cobertura vacinal;	-80% de cobertura vacinal;
Ecografias	-sem cotas para este exame;	-400 exames ao mês;
ECG	-sem cotas para este exame;	-320 exames ao mês;
Tomografias	-sem cotas para este exame;	-40 exames ao mês;
Endoscopia Digestiva Alta	-sem cotas para este exame;	-56 exames ao mês;
Colonoscopia	-sem cotas para este exame;	-80 exames ao mês;
Fisioterapia	-03 clínicas e aproximadamente 4.000 atendimentos ao mês	-já em processo de contratação – 07 clínicas e a solicitação de aumento de cotas para 14.000 atendimentos ao mês;
Demanda Reprimida no Sistema AGHOS	-em torno de 10.000 pacientes com aproximadamente 900 novas solicitações ao mês;	-13.032 pacientes e com aproximadamente 500 novas solicitações ao mês;
Especialidades atendidas dentro do município	-Otorrino adulto, Urologia clínica, Neuropediatria, Pneumologia clínica, Cirurgia geral Ginecologia clínica e cirúrgica;	-Otorrino adulto, Urologia clínica, Neuropediatria, Pneumologia clínica, Cirurgia geral Ginecologia clínica e cirúrgica, Neurologia, Neurocirurgia, Traumatologia, Ortopedia, Dermatologia, Proctologia e Nefrologia;
Ambulâncias	-03 veículos sucateados ;	-03 veículos antigos passando por manutenção;

		-02 veículos novos já em uso; -03 em processo de aquisição;
SAMU	-01 Unidade de Suporte Básico (UB) na Pda 44;	-02 UB na Pda 44 e já em processo 01 Unidade Suporte Avançado e mais 01 USB;
Dengue	-altíssimo risco de epidemia de Dengue no município; -índice de infestação predial de 5,7 em fev/2013;	-após ações de prevenção durante todo o inverno com recolhimento de lixo, conscientização e educação das pessoas, baixo risco de epidemia para este verão; -índice de infestação predial de 1,2 em out/2013;
Hospital	-contratualizado com o Estado e com subutilização dos recursos por falta de articulação com a gestão; -150 leitos, sendo 09 de UTI adulto e 0 para Saúde Mental;	-contratualizado com o Estado e com boa relação com a gestão municipal, vem ampliando a cada mês o acesso dos pacientes através da regulação municipal; -150 leitos, sendo 10 de UTI adulto e 18 para Saúde Mental; -habilitado como referência para linha do AVC; -em processo de habilitação do Ambulatório de Especialidades para ampliação dos atendimentos na especialidade de Ginecologia clínica e cirúrgica e planejamento familiar; -em processo de habilitação para o AGAR I e Rede Cegonha;
UPA	-projeto aprovado e aguardando o início da execução em um terreno em frente ao Pronto Atendimento;	-transferência de local para construção para a Pda 36, onde foi cedido ao município um local de 01 Hectare para construção da UPA; -licitação concluída e com previsão de conclusão da obra para agosto de 2014;
Modernização Administrativa	-computadores sucateados; -apenas o prédio administrativo e a unidade centro sinal de internet de baixa qualidade; -sistema de informação precário, de difícil utilização e pouco confiável;	-processo já em andamento para contratação uma empresa que fornecerá sinal de internet para todas as unidades de saúde; -profissionais administrativos habilitados para auxiliar no cadastramento dos pacientes fornecidos pela mesma empresa; -sistema de informação específico para a área de saúde, inclusive com gerenciamento de prontuário eletrônico;
Almoxarifado	-prédio em péssimo estado de conservação; -sem sinal de internet; -controle de estoque manual; -falta de recursos humanos capacitados;	-licitação realizada e processo de construção com início em janeiro de 2014.
Saúde dos Quilombolas	-não havia programa ou meta específica para o atendimento de quilombolas	-unidade móvel em funcionamento e já em processo de implantação da Estratégia Saúde da Família para atender às comunidades quilombolas;

Fonte: Arquivo da Secretaria de Saúde

6.2 Mortalidade Geral

No tópico de mortalidade geral, analisou-se o período de cinco anos, de 2007 a 2011 apresentando em tabela os dados do Brasil e Rio Grande do Sul para comparação.

Tabela 3 – Série histórica com nº de óbitos e coeficientes por 1.000 habitantes de Mortalidade Geral no Brasil, Rio Grande do Sul e Viamão entre os anos de 2007 e 2011

Brasil	RS	Viamão
--------	----	--------

Ano	n/a	c/1000 h	n/a	c/1000 h	n/a	c/1000 h
2007	1.047.824	5,70	75.305	7,12	1.729	6,83
2008	1.077.007	5,85	73.996	6,99	1.660	6,55
2009	1.103.088	6,00	76.788	7,26	1.758	6,94
2010	1.136.947	5,96	77.985	7,29	1.619	6,76
2011	1.170.498	6,14	80.148	7.49	1.798	7,51

Fonte: IBGE, MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Nota-se que a mortalidade geral vem aumentando sensivelmente no Brasil, sendo que no RS o coeficiente de mortes na série histórica fica acima do resultado médio do país. Neste contexto, a tabela mostra que o município de Viamão acompanha os índices do estado e do país e, apesar de menores, seguem crescendo, apresentando como média nestes 5 anos analisados de 6,92 c/1000h, tendo como pior resultado o ano de 2011, onde o Brasil apresentou coeficiente de 6,14 e Viamão 7,51.

6.3 Mortalidade por faixa etária

Tabela 4 – Série histórica com nº absoluto e proporção de óbitos por faixa etária entre os anos de 2007 e 2011 no município de Viamão

Faixa Etária	2007		2008		2009		2010		2011	
	n/a	prop								
< 1 Ano	53	3,07%	47	2,83%	28	1,60%	41	2,54%	40	2,23%
1-9 Anos	13	0,75%	11	0,66%	13	0,74%	7	0,43%	5	0,28%
10-14 Anos	8	0,46%	12	0,72%	5	0,29%	3	0,19%	13	0,72%
15-49 Anos	374	21,63%	411	24,76%	404	23,06%	297	18,39%	355	19,77%
50-59 Anos	279	16,14%	216	13,01%	245	13,98%	235	14,55%	252	14,03%
60 Anos e mais	999	57,78%	956	57,59%	1.051	59,99%	1027	63,59%	1.125	62,64%
Idade Ignorada	3	0,17%	7	0,42%	6	0,34%	5	0,31%	6	0,33%
Total	1.729	100%	1.660	100%	1.752	100%	1.615	100%	1.796	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Na tabela acima, é possível avaliar que a proporção de óbitos em menores de um ano apresentou oscilação com tendência a queda em 2009 com posterior estabilização, sendo que esta explicação para este comportamento deveria ser estudada à parte para melhor compreensão do fenômeno, tendo em vista que a mortalidade nesta faixa etária é um importante indicador de qualidade de assistência pré-natal.

Em contra partida pode-se observar que entre 1 e 9 anos a curva de mortalidade é descendente podendo sinalizar para possível eficiência de ações de vacinação e de proteção à criança considerando que os agravos que mais acometem esta faixa etária são as doenças infectocontagiosas e os acidentes por causas externas.

Também é importante salientar que, somadas as faixas etárias de 15 a 49 e 50 a 59 a mortalidade vai de 33,8 a 37,77%, um percentual elevado considerando-se que esta é a idade de maior produtividade. Felizmente este índice vem diminuindo ao longo do tempo pois o aumento de mortalidade nesta faixa etária pode comprometer significativamente os aspectos produtivos e evolutivos de uma população.

O município de Viamão vem acompanhando a média nacional de óbitos de pessoas com 60 anos ou mais, onde no ano de 2007, os óbitos representaram 60% do total de óbitos no mesmo período e em Viamão foi de 57,78%. Nos anos de 2008 e 2009, o percentual foi de 60,33% e 60,78% respectivamente no âmbito nacional, enquanto que em Viamão foi de 57,59% e 59,99% no mesmo período, representando que as temos mais pessoas indo a óbito mais jovens.

Nos anos de 2008 e 2009, o percentual foi de 60,33% e 60,78% respectivamente no âmbito nacional, enquanto que em Viamão tivemos 63,59% e 62,64% para o mesmo período e faixa etária, o que significa melhoria desta distribuição.

Contudo, já no anos de 2010 e 2011, o município apresentou um pequeno aumento nesta taxa, mantendo-se acima da média nacional para este indicador que, no Brasil foi de 61,88% e 62,56% respectivamente para óbitos em pessoas com 60 anos ou mais em comparação com o total de óbitos e em Viamão tivemos 63,59% e 62,64% para o mesmo período e faixa etária.

6.4 A Saúde da População

6.4.1 Ciclos de Vida

a) Criança e Adolescente

Viamão possui 79.530 habitantes na faixa etária de zero a 19 anos de idade, distribuídas conforme a tabela a seguir.

Tabela 5 – Número de crianças de adolescentes por faixa etária no Município de

Viamão/RS.

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total por Faixa Etária
0 a 4 anos	8.108	8.328	16.436
5 a 9 anos	9.867	9.446	19.313
10 a 14 anos	11.612	11.135	22.747
15 a 19 anos	10.650	10.384	21.034
Total	40.237	39.293	79.530

Fonte: IBGE – Cidades -2013

Percebe-se que a os quantitativos por aglomerado de 5 anos apresentam queda nas 3 primeiras faixas o que é compatível com a queda da natalidade e diminuição do número de filhos por mulher observadas no Rio Grande do Sul nos últimos quinquênios. Estas faixas etárias são importantes para o sistema de saúde, destacando-se os menores de 5 anos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação e demais cuidados à saúde. Além disso, as demais faixas etárias necessitam de acompanhamento diferenciado do sistema municipal de saúde, educação e assistência social.

Tabela 6: Internações por ano processamento e local de residência, segundo Capítulo CID-10, na faixa etária de zero a 19 anos, no período de 2009 a agosto de 2013. Município de Viamão.

Capítulo CID-10	2009	2010	2011	2012	2013	Total
TOTAL	3.969	3.873	3.738	3.596	2.500	17.676
X. Doenças do aparelho respiratório	998	1.101	1.038	906	604	4.647
XV. Gravidez parto e puerpério	691	680	649	707	520	3.247
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	392	363	391	430	258	1.834
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	329	329	281	243	177	1.359
XI. Doenças do aparelho digestivo	271	246	236	266	207	1.226
XIX. Lesões envenenamento e alg. out conseq. causas externas	269	232	242	207	158	1.108
XXI. Contatos com serviços de saúde	200	134	124	95	77	630
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	132	126	144	137	72	611
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	123	132	130	126	72	583
VI. Doenças do sistema nervoso	109	98	117	100	57	481
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anormalias cromossômicas	106	89	91	71	65	422
II. Neoplasias (tumores)	82	71	54	57	63	327
XVIII. Sintomas sinais e achados anormais ex clínicos e laboratoriais	32	35	57	63	23	210
III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	26	55	31	42	35	189
IX. Doenças do aparelho circulatório	64	30	35	33	25	187
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	46	35	27	38	29	175
V. Transtornos mentais e comportamentais	20	45	40	34	22	161
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	31	32	23	21	14	121
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tecido conjuntivo	25	23	15	13	16	92
VII. Doenças do olho e anexos	21	16	13	6	6	62
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	1	-	1	-	4

Fonte: Datasus/MS

As principais causas de internação na população de 0 a 19 anos são as doenças

do aparelho respiratório, a gravidez, parto e puerpério, as doenças originadas no período perinatal, as doenças infecciosas e parasitárias, as doenças do aparelho digestivo e os envenenamentos e causas externas, estas últimas são a principal causa de óbito na faixa etária referida.

Tabela 7 – Óbitos por local de residência por ano do óbito segundo Capítulo CID-10, na faixa etária de zero a 19 anos, no período de 2008 a 2011. Município de Viamão

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011
TOTAL	100	94	88	95
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	31	36	32	41
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	16	14	11	16
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	29	13	16	15
X. Doenças do aparelho respiratório	5	9	2	7
VI. Doenças do sistema nervoso	2	2	5	5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3	5	6	3
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	3	5	2
II. Neoplasias (tumores)	2	6	6	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	5	4	1	2
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	1	1	1
XV. Gravidez parto e puerpério	0	1	0	1
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	1	0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	1	0
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	1	0
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	0	0	0

Fonte: DATASUS - MS

As principais causas de óbitos em crianças e adolescentes no município de Viamão são as causas externas, as malformações e doenças do período perinatal, as doenças respiratórias e sistema nervoso.

Na seqüência, apresenta-se a avaliação de agravos relevantes para o cuidado em saúde da população destas faixas etárias.

Nascimentos e Mortalidade Infantil em menores de 01 ano:

O número de nascidos vivos em Viamão nos últimos anos tem se mantido estável os óbitos também se mantêm dentro de parâmetros estáveis, com tendência de queda, exceto o ano de 2009, que teve queda significativa, conforme tabela a seguir.

Tabela 8 – Série histórica comparativa de nascidos vivos (NV) e de mortalidade em menores de 1 ano do Município de Viamão, 1ª CRS e RS.

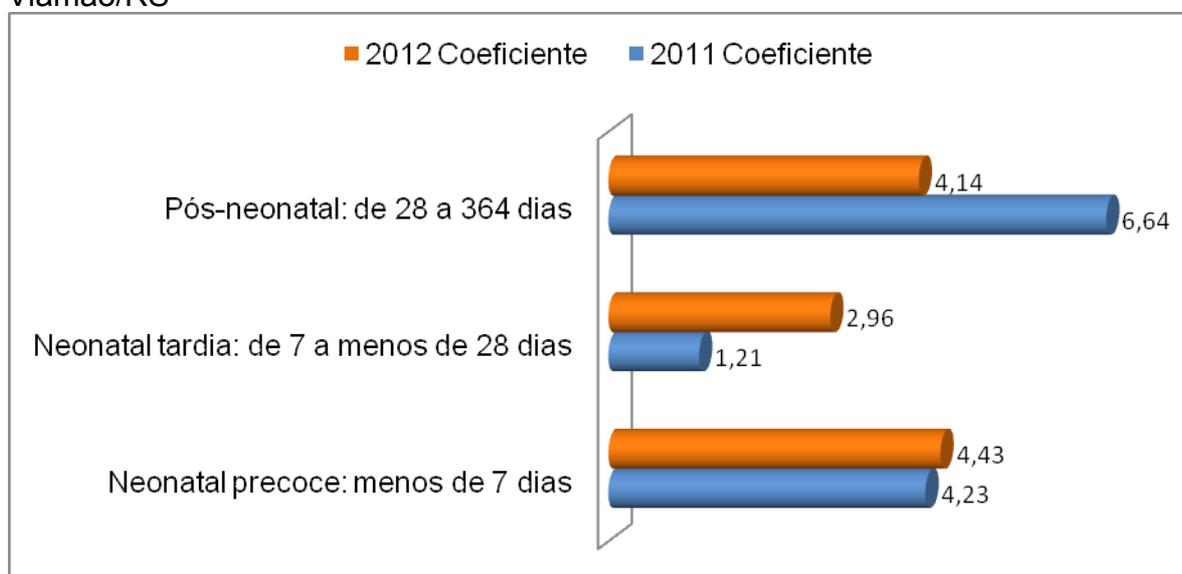
Ano	NV	No. de óbitos Viamão	Causas evitáveis de óbito	% evitáveis	CMI Viamão	CMI 1ª. CRS	CMI RS
2000	4.600	57	37	65,0	12,37	14,63	15,08
2001	4.111	67	41	61,0	16,30	14,52	15,68
2002	3.904	53	33	62,0	13,58	13,99	15,60
2003	3.899	57	35	62,5	14,63	13,90	15,94
2004	3.943	54	35	65,0	13,70	12,90	15,10
2005	3.698	45	27	60,0	12,17	12,07	13,64

2006	3.456	51	36	70,6	14,77	12,19	13,11
2007	3.447	53	35	66,0	15,37	12,35	12,72
2008	3.429	47	28	59,6	13,70	11,79	12,75
2009	3.463	28	16	57,1	8,09	10,66	11,52
2010	3.219	41	25	60,9	12,73	10,78	11,16
2011	3.311	40	20	50,0	12,08	10,08	11,43
2012	3.384	39	26	66,7	11,52	10,08	11,43

Fonte: NIS/CEVS/SES

Observa-se importante número de óbitos por causas evitáveis, o que representa atenção (in)adequada seja durante o pré-natal ou no primeiro ano de vida.

Gráfico 8 – Coeficiente de Mortalidade Infantil no período neonatal precoce, neonatal tardio, pós-neonatal e total nos anos de 2011 e 2012 de residentes no Município de Viamão/RS



Fonte: NIS/CEVS/SES

O Gráfico mostra que ocorrem os óbitos infantis concentram-se nos primeiros 7 dias após o nascimento, o que pode estar relacionado com o acesso e qualidade do pré-natal e a atenção ao parto.

Já os óbitos infantis tardios (de 28 a 364 dias) podem estar relacionados ao adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e acesso aos serviços de saúde.

Tabela 9 – Causas Evitáveis de Óbitos em Menores de 01 ano e Fetos Mortos no município de Viamão no período de 2011 e 2012

	2011	2012
CAUSAS EVITÁVEIS DE MORTE	< 1 ano	< 1 ano
1. Redutíveis por imunoprevenção	1	0

2. Redutíveis por adequado controle na gravidez	1	10
3. Redutíveis por adequada atenção ao parto	3	3
4. Redutíveis por prevenção, diagnóstico e tratamento precoces	-	0
4.1. Doenças infecciosas e parasitárias	0	0
4.2. Doenças das glândulas endócrinas e metabolismo	0	0
4.3. Doenças do sistema nervoso e órgãos do sentido	0	0
4.4. Doenças do aparelho circulatório	0	0
4.5. Doenças do aparelho respiratório	7	0
4.6. Afecções perinatais	4	9
4.7 Causas externas	3	1
4.8 Outras redutíveis por diagnóstico e trat. precoces	0	0
5. Redutíveis por parcerias com outros setores	1	1
(SUB)TOTAL EVITÁVEIS	20	24
CAUSAS NÃO EVITÁVEIS	15	9
CAUSAS MAL DEFINIDAS	5	4
NÚMERO DE CASOS DE ÓBITO	40	39
COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL Nascidos vivos - Em 2011: 3.311 - Em 2012: 3.384	12,8	11,52

Fonte: Datasus

Dentre as causas evitáveis de óbito, muitas ocorrem na gestação, no parto ou logo após o nascimento, principalmente devido a prematuridade e às vezes em partos gemelares.

Em 2011, dentre os 40 óbitos infantis, houve 20 evitáveis (50%), sendo 7 por doenças do aparelho respiratório, 4 por afecções perinatais, 3 por causas externas e as demais por outras causas.

Em 2012, dos 39 óbitos registrados, 24 ocorreram por causas evitáveis (61,5%), sendo 10 redutíveis por adequado controle na gravidez, 9 por afecções perinatais redutíveis por prevenção, diagnóstico e tratamento precoces, 3 redutíveis por adequada atenção ao parto. Os números indicam que piorou a qualidade de atenção a gestantes, parturientes e recém-nascidos.

As afecções perinatais são problemas que ocorrem pouco antes, durante ou logo após o nascimento. Isso pode ser decorrente de dificuldade de acesso a consultas de pré-natal, de atendimento ao parto ou de atendimento de menor qualidade durante ou logo após o parto.

Transmissão Vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV

A TV – Transmissão Vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante o período de gestação, trabalho de parto ou propriamente no parto, quando há contato do bebê com as secreções cérvico vaginais, sangue materno ou posteriormente, através da amamentação.

O protocolo para a prevenção de Transmissão Vertical de HIV / Sífilis do Ministério da Saúde informa que, ²cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no peri-parto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada).

O risco de transmissão vertical do HIV pode chegar a menos de 1% quando aplicado todo o protocolo de prevenção da transmissão vertical do HIV, disponível no município desde 2004.

Tabela 10 – Taxa de Transmissão Vertical do HIV de 2000 a 2012 por 1.000 habitantes

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
VIAMÃO													
Nº de notificações	1	2	6	8	9	3	4	3	5	2	4	5	4
Nascidos Vivos	4.601	4.111	3.905	3.899	3.944	3.699	3.450	3.449	3.427	3.467	3.223	3.324	3.410
Coef p/ cada 1.000 NV	0,22	0,49	1,54	2,05	2,28	0,81	1,60	0,87	1,46	0,58	1,24	1,50	1,17
RS													
Nº de notificações	101	135	141	104	78	88	75	114	86	88	69	65	23
Nascidos Vivos	176.719	160.590	155.261	149.165	153.015	147.199	141.331	133.401	135.143	133.652	133.243	137.710	151.481
Coef p/ cada 1.000 NV	0,57	0,84	0,91	0,70	0,51	0,60	0,53	0,85	0,64	0,66	0,52	0,47	0,15
BRASIL													
Nº de notificações	853	867	823	787	630	607	498	502	536	472	460	386	137
Nascidos Vivos	3.206.761	3.115.474	3.059.402	3.038.251	3.026.548	3.035.096	2.944.928	3.891.328	2.934.828	2.881.581	2.861.868	2.913.868	3.205.254
Coef p/ cada 1.000 NV	0,266	0,278	0,269	0,259	0,208	0,199	0,169	0,129	0,182	0,163	0,160	0,132	0,043

Fonte: MS/SINASC

De acordo com o registro de notificações compulsórias, até o ano de 2004, o município de Viamão vinha apresentando um crescimento exponencial no coeficiente da transmissão vertical do HIV. Em especial a partir de 2005, este coeficiente oscilou entre aumento e baixa estabelecendo-se em patamares mais elevados do que o Estadual porém menores que os iniciais. Esta queda coincide com a implantação do atendimento de obstetrícia e de pediatria no Serviço Especializado Municipal pois anterior a 2004 todas as gestantes diagnosticadas eram referenciadas para Porto Alegre. Apesar disto nos três últimos anos houve tendência a manter-se com média acima de 1/1000 nascidos vivos apresentando taxas muito acima da média Estadual. Este dado sinaliza para a necessidade de fortalecimento de ações de promoção e prevenção das DSTs e HIV,

² Protocolo para Prevenção de Transmissão Vertical de HIV / Sífilis, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST / AIDS, Ano 2007, Página 12

diagnóstico precoce da infecção pelo HIV principalmente em gestantes e aponta a fragilidade do acompanhamento da gestação, considerando que muitas destas mulheres acessam o protocolo de prevenção da transmissão vertical tardiamente incluindo gestantes que realizam diagnóstico em sala de parto.

Violência e Causas Externas

Tabela 11 – Morbidade Hospitalar por Causas Externas por local de residência – De 0 a 14 anos

Causa	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	Total
Acidentes de Transporte	16	11,51	31	16,76	24	15,89	21	14,58	11	7,75	04	3,96	107
Outras causas externas de lesões acidentais	97	69,79	114	61,62	114	75,50	112	77,78	114	80,28	81	80,20	632
Lesões auto provocadas voluntariamente	01	0,72	00	00	00	00	00	00	00	00	01	0,99	02
Agressões	02	1,44	06	3,24	00	00	04	2,78	04	2,82	03	2,97	19
Eventos cuja a intenção é indeterminada	01	0,72	00	00	01	0,54	03	2,08	02	1,41	01	0,99	08
Complicações de assistência médica e cirúrgica	09	6,47	02	1,08	08	4,32	03	2,08	06	4,23	03	2,97	31
Sequelas de causas externas	00	00	02	1,08	00	00	01	0,69	03	2,10	00	00	06
Fatores suplementares rel a outras causas	00	00	02	1,08	04	2,65	00	00	02	1,41	01	0,99	09
Causas externas não classificadas	13	9,35	28	15,14	00	00	00	00	00	00	07	6,93	48
Percentual de ajuste		0,01		1,08		1,1		0,01		00			00
Total	139	100%	185	100%	151	100%	144	100%	142	100%	101	100%	862

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Dentre os fatores que levam à internações hospitalares às crianças de 0 à 14 anos causados por violência e causas externas, chama atenção o número de morbidade por outras causas externas de lesões acidentais (médias de até 80% na série histórica incluindo parcial até agosto de 2013) aqui compreendidos como quedas, queimaduras, ingestões acidentais. Neste contexto avalia-se a necessidade de foco no trabalho educacional e interdisciplinar envolvendo pais e filhos tanto no âmbito escolar quanto nas orientações nos serviços de saúde para prevenção destes acidentes.

Saúde Bucal

Tabela 12 – Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada entre os anos de 2006 a 2012 no município de Viamão-RS

Ano	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Média Ação Coletiva	5,4	13,57	1,14	5,43	4,73	4,72	2,59

Fonte: DATASUS

Este indicador tem como meta Brasil 3% de média de ação coletiva de escovação supervisionada nas escolas. Percebe-se que o município de Viamão vem se mantendo acima da meta como mostra a série histórica. No entanto, nota-se uma média bastante baixa registrada nos anos de 2008 e 2012, que explica-se por falha na alimentação do sistema de dados (SIA/SUS).

O Departamento de Controle Auditoria e Avaliação (DCAA) constatou que em determinados meses dos anos citados, os dados não foram lançados.

O método de cálculo é o número de pessoas participantes da ação coletiva de escovação dental supervisionada, em determinado local em 12 meses, em relação à população no mesmo local e período.

Mesmo apresentando falhas nos registros, pode-se constatar que Viamão vem apresentando ações coletivas de escovação supervisionada atingindo porcentagem acima da média preconizada no país, o que mostra a tendência do trabalho focado na prevenção e educação neste segmento de saúde.

Doenças do Aparelho Respiratório

Tabela 13 – Morbidade Hospitalar por Doenças do Aparelho Respiratório por local de residência – De 0 a 19 anos

Morbidades	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013*	%	Total	%
Doenças do Aparelho Respiratório	847	31,66	998	33,75	1.101	38,60	1.038	38,09	906	35,49	604	34,53	5.494	35,61
Total de Morbidades do Cap. CID 10	2.593		2.957		2.852		2.725		2.553		1.749		15.429	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

*Informações parciais até o mês de Agosto de 2013.

Observa-se que a média de internações hospitalares por doenças do aparelho respiratório segue certa tendência de estabilidade na série histórica apresentada, representando, em média, 35,35% do total de internações hospitalares nesta faixa etária. Essa taxa elevada pode ser em parte explicada por fatores climáticos característicos da região e índices de poluição do ar da região metropolitana. Merece destaque a possível associação das doenças respiratórias com o tabagismo, pois o município carece de programas de controle de tabagismo.

Sífilis Congênita

Tabela 14 – Morbidade Hospitalar por Sífilis Congênita por local de residência

Morbidades	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013*	%	Total	%
Sífilis Congênita	10	0,39	09	0,30	14	0,49	13	0,48	28	1,10	16	0,91	90	0,58
Total de Morbidades do Cap. CID 10	2.593		2.957		2.852		2.725		2.553		1.749		15.429	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

*Informações parciais até o mês de Agosto de 2013.

A taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil é de 3,3 casos em cada mil nascidos vivos. Na região sul, este índice é de aproximadamente 2,5 casos para cada mil, segundo informações do Ministério da Saúde, que aponta que de 2010 até 2013, o número de casos aumentou 34%, mas, pondera que este aumento é reflexo de aumento no diagnóstico e notificação e não no número de casos.

Na série histórica apresentada, nota-se discreto aumento no número de casos detectados, mas ainda muito abaixo da média da região sul. Acredita-se que este fato deva-se ainda pela detecção tardia da doença e de subnotificação.

Com o aumento do acesso e acompanhamento do pré-natal pela rede de atenção básica, pretende-se qualificar as ações e registros, bem como implantar o teste rápido de sífilis para diagnóstico e tratamento precoce, evitando assim, a incidência de casos, em consonância com objetivo do Ministério da Saúde, que pretende eliminar a sífilis como problema de saúde pública.

Gravidez na Adolescência

Segundo o ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069 de 13 de julho de 1990), considera-se adolescente o indivíduo de 12 à 18 anos de idade.

De acordo com dados levantados pela Secretaria Estadual de Saúde do RS, o índice de gravidez na adolescência vem mantendo-se praticamente estáveis nos últimos 3 anos, com, respectivamente 26,2, 26,6 e 27,2 meninas adolescentes grávidas para cada mil.

Tabela 15 – Morbidade Hospitalar por Gravidez na Adolescência por local de residência – Viamão RS

Faixa Etária	2009	2010	2011	2012	Ago/2013	Total
10 a 14 anos	24	25	19	25	28	121
15 a 17 anos	667	655	630	682	492	3.126

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

*Informações parciais até o mês de Agosto de 2013.

Observa-se, ao detalhar a faixa etária, que é significativo o número de internações de crianças e adolescentes de 10 a 14 anos que internam por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério do município de Viamão.

O Percentual de partos em menores de 20 anos vem se mantendo instável nos últimos anos, com tendência de aumento e bem mais elevado que a média da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde e do RS, conforme tabela a seguir.

Avalia-se que Viamão tem acompanhado os índices do Estado, no que se refere à gravidez na adolescência.

Tabela 16 – Número de partos em mães com até 19 anos e comparativo percentual do Município de Viamão com a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde e o Estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2010 a 2012

Local	Viamão		1ª CRS	RS
Ano	Nº de partos em mães até 19 anos	% de partos em mães até 19 anos	% de partos em mães até 19 anos	% de partos em mães até 19 anos
2012	693	20,3	15,9	16,3
2011	614	18,5	15,7	16
2010	614	19,1	15,8	16,4

Fonte : SINASC/NIS- SES/RS

O desafio é fazer com que estes índices decresçam, gradativamente, através de ações conjuntas com as escolas e Estratégia de Saúde da Família, ações educativas, distribuição de preservativos, incentivo aos adolescentes para atuar como multiplicadores, campanhas educativas para sexo seguro e demais estratégias que possam ser elencadas como transformadoras de comportamento.

Saúde Mental e Dependência Química

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que 10% da população geral é portadora de transtorno mental. É sabido que este percentual foi considerado há alguns anos atrás, período em que a problemática do uso prejudicial de álcool e outras drogas não estava tão agravado. Portanto, estima-se que atualmente este percentual esteja aumentado.

A população de crianças e adolescentes de Viamão (faixa etária 5-19 anos) 2009/DATASUS é de 70.008 habitantes. Baseado nesta consideração e sobre o que nos diz a OMS, estima-se que em nosso município 10% desta população seja portadora de transtorno mental, então aproximadamente 7.000 crianças e adolescentes de Viamão

apresentam algum transtorno mental. Deste total, em torno de 5% necessitam de tratamento especializado, significando o número de 350 crianças e adolescentes viamonenses que necessitam de tratamento em CAPS Infantil.

Observa-se que o uso prejudicial de drogas tem acometido os adolescentes cada vez mais precocemente.

Em Viamão, o CAPS Infantil começou seu funcionamento no ano de 2012, quando então passou a oferecer cuidado integral às crianças e adolescentes, proporcionando melhoria das condições de vida destes sujeitos e suas famílias. Atualmente o CAPS Infantil de Viamão atende 411 crianças e adolescentes.

Até então, a principal porta de entrada para o cuidado em saúde mental aos nossas crianças e adolescentes era o Hospital Psiquiátrico São Pedro e Clínicas privadas indicadas por ordem judicial.

Com o desenvolvimento deste trabalho, é possível inferir que a implementação do CAPS Infantil irá gerar impacto significativo no cuidado de nossas crianças e adolescentes, interferindo na prevenção do agravamento dos transtornos mentais na idade adulta.

Os dados de acompanhamento da saúde mental encontrados na base do DATASUS referem-se apenas a cobertura populacional dos CAPS e encontram-se bastante defasados, por isso, nesta análise não foi possível inserir série histórica detalhada. Em contrapartida, desde janeiro do corrente ano foi criada ferramenta padrão própria para qualificação dos registros do trabalho em saúde mental, que já são usados como balizadores da construção dos indicadores nesta área.

Vigilância Nutricional

Embora o perfil da população atendida nas UBSs de Viamão ainda seja em sua maioria adulta, é preciso trabalhar a questão da vigilância nutricional desde a infância, conscientizando a todos para que aborde-se a prevenção e evite-se que o número de adultos acometidos por doenças relacionadas à alimentação continue ascendendo.

Na pesquisa realizada em base de dados, DATASUS, não foram encontrados dados atualizados para a apresentação e análise de série histórica relativo a vigilância nutricional do município de Viamão. Os últimos dados lá registrados referem-se aos anos

de 2006 e 2007, e trazem informação que não foram consideradas consistentes e passíveis de análise.

Contudo, avaliamos tratar-se de um tema importante a ser trabalhado e, por isso, reuniu-se a equipe de nutrição do município que avaliou, de acordo com seu campo de trabalho e atendimentos na rotina, o perfil nutricional predominante das crianças atendidas nas unidades básicas de saúde é de obesidade, com agravos como colesterol elevado e índice glicêmico limítrofe.

Espera-se, com a implantação do sistema lógico nas UBSs, seja possível sistematizar as informações, iniciar registro correto e gerar informações para construir indicadores de vigilância nutricional.

Imunizações

A vacinação é maneira mais eficaz de se evitar diversas doenças imunopreveníveis³ segundo o portal do Ministério da Saúde, ou seja, é com a imunização que se faz parte da prevenção em saúde.

O Ministério da Saúde preconiza metas de 90% à 100% de cobertura das vacinas do calendário básico a serem administradas em crianças menores de 01 ano.

As ações de vacinação são coordenadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e têm o objetivo de erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro.

Historicamente, a cobertura vacinal no município de Viamão apresenta indicadores muito baixos conforme percebe-se na tabela abaixo, onde, no período analisado, o único ano que ultrapassou 60%, à exceção de 2013, foi o ano de 2009.

Tabela 17 – Coberturas Vacinais por ano segundo Imunobiológicos

Imunobiológicos	2009	2010	2011	2012	2013*
BCG	96,03%	86,62%	89,24%	85,92%	115,15%
Hepatite B	83,57%	73,72%	68,10%	61,26%	100,96%
Rotavírus Humano	63,4%	55,26%	52,87%	51,92%	74,80%
Pneumocócica 10V	--	11,74%	64,72%	62,07%	77,45%

³ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29489&janela=1

Meningococo C	--	0,26%	74,56%	71,30%	85,45%
Penta	--	--	--	23,36%	99,10%
Tríplice Viral D1	87,83%	82,43%	67,15%	63,83%	109,74
Febre Amarela	27,43%	22,35%	14,97%	17,88%	38,36%
Poliomelite	82,40%	78,17%	70,49%	55,29%	86,11%
Total	69,98%	55,96%	57,25%	49,88%	80,57%

Fonte: Programa Nacional de Imunizações

*Informações parciais até Setembro de 2013

Percebe-se grande fragilidade na cobertura vacinal na série histórica apresentada, o que coloca as crianças em situação de vulnerabilidade evidente para doenças contagiosas evitáveis através da imunização oportuna.

Diversos fatores contribuem para este cenário: fragilidade da atenção básica, vacinação em outros municípios, dificuldade de acesso aos serviços e falta de comprometimento dos pais ou responsáveis.

O ano de 2012 foi encerrado com cobertura vacinal para crianças de 0 à 5 anos de apenas 49,88%. O cenário é bastante animador quando se compara com 2013, onde em setembro já havia sido alcançado 80,57% de cobertura vacinal geral.

Esse resultado se deve a estratégias de captação, fortalecimento da atenção básica, aumento das equipes de saúde da família, capacitações para os profissionais, campanhas de vacinação extra-muros e diversas outras intervenções focais.

b) Adulto

Viamão possui 132.592 habitantes na faixa etária de 20 A 59 anos de idade, distribuídas conforme a tabela a seguir.

Tabela 18 – Número de população de 20 anos ou mais por faixa etária no Município de Viamão/RS.

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total por Faixa Etária
Total, 20 a 24 anos	9.724	9.663	19.387
Total, 25 a 29 anos	9.628	9.849	19.477
Total, 30 a 39 anos	17.073	18.171	35.244
Total, 40 a 49 anos	15.503	16.789	32.292
Total, 50 a 59 anos	12.421	13.771	26.192
Total de 20 a 70 anos ou mais	64.349	68.243	132.592

Fonte: IBGE – Cidades -2013

Nesta tabela observa-se que 132.592 habitantes estão na faixa etária adulta o que representa 55% da população do município, o que se pode classificar como trabalhadores

economicamente ativos e 27.261 são idosos, representando 11,4% do total da população.

As principais causas de internação da população adulta de Viamão são as relacionadas com a gravidez, parto e puerpério, as doenças do aparelho digestivo, causas externas e envenenamentos, doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias.

Tabela 19 – Morbidade Hospitalar por local de residência do Capítulo do CID-10 da população de 20 a 59 anos do município de Viamão nos anos de 2008 a agosto de 2013.

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	Agos/2013	Total
TOTAL	8.068	8.490	8.268	7.673	7.838	5.403	45.740
XV. Gravidez parto e puerpério	2.458	2.488	2.346	2.502	2.465	1.746	14.005
XI. Doenças do aparelho digestivo	884	956	881	719	752	515	4.707
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	723	834	725	618	652	553	4.105
IX. Doenças do aparelho circulatório	687	710	730	645	680	410	3.862
XIV. Doenças do aparelho genituri-nário	513	580	595	475	540	341	3.044
X. Doenças do aparelho respiratório	520	543	494	504	496	355	2.912
II. Neoplasias (tumores)	482	501	532	403	443	280	2.641
XXI. Contatos com serviços de saúde	442	548	482	424	367	241	2.504
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	417	404	440	411	520	285	2.477
V. Transtornos mentais e comportamentais	246	276	332	362	274	219	1.709
VI. Doenças do sistema nervoso	138	122	137	131	142	91	761
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	82	105	137	116	140	93	673
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	161	112	125	83	82	58	621
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	96	111	131	94	105	65	602
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	83	97	90	104	105	97	576
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	42	34	36	34	33	24	203
VII. Doenças do olho e anexos	51	45	23	23	25	11	178
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	23	12	15	12	8	8	78
VIII. Doenças do ouvido e da apófi-se mastóide	8	6	10	6	4	8	42
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4	4	5	6	5	3	27
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	8	2	2	1	-	-	13

Fonte: MS/SVS/DASTASUS

Na faixa etária de 20 a 59 anos as principais causas de mortalidade são as causas externas de morbidade e mortalidade, as neoplasias, as doenças do aparelho circulatório, as doenças infecto-parasitárias e as doenças do aparelho respiratório, conforme observa-

se na tabela a seguir.

Tabela 20 – Mortalidade pelo Grupo de Causas – CID 10 em número absoluto e proporção entre os anos de 2007 e 2011 no município de Viamão na população de 20 anos a 59 anos.

Capítulo CID-10	2007		2008		2009		2010		2011	
	628	100%	597	100%	607	100%	499	100%	572	100%
TOTAL	628	100%	597	100%	607	100%	499	100%	572	100%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	161	25,6	188	31,5	148	24,4	119	23,8	168	29,4
II. Neoplasias (tumores)	106	16,9	91	15,2	125	20,6	101	20,2	101	17,7
IX. Doenças do aparelho circulatório	118	18,8	101	16,9	100	16,5	102	20,4	97	17,0
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	74	11,8	68	11,4	69	11,4	54	10,8	61	10,7
X. Doenças do aparelho respiratório	52	8,3	51	8,5	55	9,1	37	7,4	36	6,3
XVIII. Sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	31	4,9	23	3,9	34	5,6	26	5,2	36	6,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	38	6,1	35	5,9	31	5,1	25	5,0	31	5,4
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	16	2,5	15	2,5	19	3,1	12	2,4	16	2,8
VI. Doenças do sistema nervoso	10	1,6	3	0,5	6	1,0	8	1,6	7	1,2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	8	1,3	4	0,7	2	0,3	9	1,8	6	1,0
V. Transtornos mentais e comportamentais	5	0,8	5	0,8	3	0,5	1	0,2	5	0,9
XV. Gravidez, parto e puerpério	0	0,0	4	0,7	3	0,5	2	0,4	4	0,7
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecidos conjuntivos	3	0,5	3	0,5	3	0,5	2	0,4	2	0,3
III. Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários	2	0,3	3	0,5	3	0,5	0	0,0	1	0,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0,0	2	0,3	2	0,3	0	0,0	1	0,2
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
XVII. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	3	0,5	1	0,2	4	0,7	1	0,2	0	0,0

Fonte: MS/SVS/DASTASUS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Doenças Crônicas Cardiocerebrovasculares

Os avanços na área da saúde tem possibilitado que cada vez mais pessoas consigam viver por um período mais prolongado, mesmo possuindo algum tipo de incapacidade⁴ e “nessa transição, observa-se o deslocamento do eixo principal de morbimortalidade de doenças infecciosas e problemas materno-infantis para doenças crônico-degenerativas e causas externas⁵”.

⁴Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR); Censo 2010; <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2010> acesso em 23.09.2012.

⁵Duncan, Bruce B. [et. al]: Medicina Ambulatorial: Condutas na Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª Edição Porto Alegre : Artmed, 2004.

Esta afirmação é complementada por Mendes que coloca que o Brasil

... vive atualmente uma situação de saúde que combina uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular, expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas.

O município de Viamão segue esta tendência, conforme explicitam as séries históricas nas tabelas anteriores de morbidade e mortalidade da faixa etária do adulto, seguida das doenças cardiovasculares e neoplasias, com a coexistência de causas externas, doenças infecto-parasitárias, com destaque para a AIDS.

As doenças do aparelho circulatório são a terceira causa de internação e de óbitos em uma população considerada adulta, seguindo a tendência do país.

Alguns estudos do Brasil e no mundo estimam que 10% da população acima de 20 anos são portadoras de Diabetes melitus e para a Hipertensão Arterial Sistêmica, estima-se que 20% desta mesma população acima de 20 anos. Nestes dois agravos em Viamão tem que diagnosticar, acompanhar 15 portadores de Diabetes e mais de 30 mil pessoas com Hipertensão Arterial. Soma-se a isso as altas taxas de sobrepeso e obesidade que no RS atingem mais de 50% da população.

Estes indicadores de morbidade e mortalidade confirmam a necessidade de fortalecimento da atenção básica no sentido de trabalhar com foco na promoção da saúde e prevenção dos agravos crônicos, com diagnóstico precoce de agravos de maior prevalência e incidência, como a diabetes, a hipertensão arterial, as neoplasias e doenças mentais e osteomusculares, e, ao mesmo tempo, enfocando a corresponsabilização do usuário em relação à sua saúde.

Tabela 12 – Mortalidade pelo Grupo de Causas – CID 10 em número absoluto e proporção entre os anos de 2007 e 2011 no município de Viamão

Grupo de Causas	2007		2008		2009		2010		2011	
	n/a	p	n/a	p	n/a	p	n/a	p	n/a	p
Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	97	5,61%	98	5,9%	109	6,2%	94	5,81%	100	5,56%
Neoplasias (tumores)	301	17,41%	292	17,59%	339	19,28%	308	18,9%	300	16,69%
Doenças do Sangue, Órgãos Hematopoiéticos e Transtornos	7	0,4%	5	0,3%	4	0,23%	6	0,37%	10	0,56%

Imunitários											
Doenças Endócrinas e Metabólicas	66	3,82%	81	4,88%	79	4,49%	90	5,56%	83	4,62%	
Transtornos Mentais e Comportamentais	11	0,64%	13	0,78%	13	0,74%	8	0,49%	15	0,83%	
Doenças do Sistema Nervoso	41	2,37%	25	1,51%	27	1,54%	27	1,67%	43	2,39%	
Doenças do Ouvido e da Mastóide	0	0	0	0	0	0	1	0,06%	1	0,06%	
Doenças do Aparelho Circulatório	484	27,99%	463	27,89%	451	25,65%	443	27,36%	507	28,2%	
Doenças do Aparelho Respiratório	267	15,44%	213	12,83%	240	13,65%	217	13,4%	218	12,12%	
Doenças do Aparelho Digestivo	82	4,74%	81	4,88%	74	4,21%	71	4,39%	82	4,56%	
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	1	0,06%	6	0,36%	9	0,51%	5	0,31%	5	0,28%	
Doenças Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	4	0,23%	9	0,54%	7	0,4%	7	0,43%	8	0,44%	
Doenças do Aparelho Geniturinário	32	1,85%	18	1,08%	38	2,16%	43	2,66%	41	2,28%	
Gravidez, Parto e Puerpério	0	0	4	0,24%	4	0,23%	2	0,12%	5	0,28%	
Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	38	2,2%	29	1,75%	13	0,74%	16	0,99%	15	0,83%	
Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas	12	0,69%	17	1,02%	19	1,08%	12	0,74%	17	0,95%	
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e Laboratoriais	66	3,82%	65	3,92%	110	6,26%	85	5,25%	105	5,84%	
Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	220	12,72%	241	14,52%	222	12,63%	186	11,49%	243	13,52%	
Total	1.729	100%	1.660	100%	1.758	100%	1.619	100%	1.798	100%	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

As doenças do aparelho circulatório lideram a causa de óbitos, seguindo a tendência do país. Em segundo lugar aparecem as neoplasias, seguidas das doenças do aparelho respiratório e causas externas. Percebe-se que as três principais causas de morte tratam-se de doenças crônicas, confirmando a necessidade de fortalecimento da atenção básica no sentido de trabalhar com foco na promoção da saúde e prevenção dos agravos crônicos, ao mesmo tempo, enfocando a corresponsabilização do usuário em relação à sua saúde.

Os óbitos por causas externas também chamam atenção neste cenário se comparados com outras causas de óbitos apresentados. Incluem-se nesta categoria acidentes de trânsito, de trabalho, mortes por armas brancas ou não, violência urbana entre outros.

Violência e Causas Externas

Na cidade de Viamão tem-se muito presente a violência, sendo na sua grande maioria correlacionada ao comércio e consumo drogas.

Percebe-se na tabela a seguir um comparativo do município de Viamão com indicadores do Estado onde consegue-se ter uma visão mais ampliada deste cenário.

Para análise destes indicadores, utilizou-se as informações extraídas do DATASUS, utilizando-se o filtro por categoria CID X93, X94, X95, X99, Y00, Y22, Y23 e Y24.

A seguir, um breve descritivo das classificações de doenças utilizadas para este levantamento.

- X93 – Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão;
- X94 - Agressão por meio de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre;
- X95 – Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou arma não especificada;
- X99 – Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante;
- Y00 – Agressão por meio de objeto contundente;
- Y22 – Disparo de pistola, intenção não determinada;
- Y23 – Disparo de fuzil, carabina e arma de fogo de maior calibre, intenção não determinada;
- Y24 – Disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada, intenção não determinada.

Tabela 21 – Mortalidade pelo Grupo de Causas Externas – ferimento por arma de fogo e ou arma branca no município de Viamão - RS

	2007	2008	2009	2010	2011
	Coeficiente de mortalidade p/ 100 mil habitantes				
Viamão	41,06	56,46	51,80	36,76	39,27
RS	19,8	21,21	20,13	18,38	18,33

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Ao se fazer um comparativo entre o município de Viamão e o Estado do Rio Grande do Sul no período entre os anos de 2007 a 2011, verifica-se que, no ano de 2007 o número de óbitos por 100 mil habitantes ocasionados por ferimentos por arma de fogo e arma branca foi 107,37% maior no município de Viamão do que no estado do Rio Grande do Sul.

Nos anos de 2008 e 2009 tivemos um pico no aumento de óbitos por arma de fogo e arma branca no município em comparação com o estado, sendo em 2008, 166,2% e em 2009, 157,33% superior em Viamão em relação do número por 100 mil habitantes no estado.

Já o ano de 2010 apresentou uma queda importante neste indicador, porém,

mantém-se ainda 100% acima do número de óbitos no estado.

E, no ano de 2011 novamente apresentou-se um aumento chegando este percentual a 114,24% superior em Viamão.

Tabela 22 – Morbidade Hospitalar por Causas Externas por local de residência – De 15 a 49 anos

Causa	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013*	%	Total
Acidentes de Transporte	96	13,13	150	17,94	160	22,00	135	21,81	111	17,02	56	10,13	708
Outras causas externas de lesões acidentais	407	55,68	414	49,52	453	62,31	381	61,55	435	66,72	403	72,88	2.493
Lesões auto provocadas voluntariamente	02	0,27	00	00	03	0,41	01	0,16	00	00	02	0,36	08
Agressões	70	9,58	68	8,13	69	9,49	64	10,34	43	6,60	38	6,87	352
Eventos cuja a intenção é indeterminada	02	0,27	02	0,24	01	0,14	02	0,32	01	0,15	05	0,90	13
Complicações de assistência médica e cirúrgica	29	3,97	24	2,87	37	5,09	33	5,33	46	7,06	35	6,33	204
Sequelas de causas externas	02	0,27	02	0,24	01	0,14	01	0,16	06	0,92	02	0,36	14
Fatores suplementares rel a outras causas	05	0,68	06	0,72	03	0,41	02	0,32	10	1,53	03	0,54	29
Causas externas não classificadas	118	16,14	170	20,33	00	00	00	00	00	00	09	1,63	297
Percentual de ajuste		0,01		0,01		0,01		0,01		00		00	
Total	731		836		727		619		652		553		4.118

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

*Informações parciais até o mês de Agosto de 2013

Quando analisamos a faixa etária de 15 à 49 anos, o número de internações por morbidade devido a causas externas de lesões acidentais avaliamos tratar-se de mais da metade das internações deste grupo, acompanhando a tendência avaliada na infância. Aqui também chama a atenção os acidentes de transporte, ratificando a necessidade do trabalho em educação através de políticas públicas integradas, a fim de despertar a consciência da educação no trânsito para o cidadão.

Indicadores como estes foram determinantes para a escolha do município de Viamão como um dos prioritários para habilitar-se e ser selecionado em programas do Governo Federal como o “Crack: é Possível Vencer”, que apesar de estar ancorado na Secretaria Municipal de Educação, tem um impacto direto nas ações da Secretaria Municipal de Saúde.

Outro programa do Governo Federal ancorado na Secretaria Municipal de Educação e que leva reflexões para a Secretaria de Saúde, é o Programa “Mulheres Mil”, que busca através do ensino profissionalizante, tirar mulheres do estado de vulnerabilidade social e com isso, proporciona um maior conhecimento das ações de prevenção em saúde que a mulher pode adotar para si e para sua família.

Saúde Mental

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isso é, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral. O programa de *Volta para Casa* que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte dessa Política.

O município de Viamão conta atualmente, com 1 CAPS Infantil, um CAPS AD para tratamento de dependência química e 2 CAPS II, que atendem adultos e idosos com transtornos mentais graves.

O objetivo destes serviços é realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

DST / AIDS

A tabela abaixo mostra a taxa de AIDS com uma metodologia bem abrangente pois, além dos casos notificados no sistema de agravos, o índice consideram os casos que aparecem como óbitos por AIDS, pessoas que estão em uso de antirretrovirais e não estão notificadas e pessoas que tem CD4 abaixo de 350 que é o critério para notificação.

Este indicador nos mostra o número absoluto de casos onde observa-se uma tendência de crescimento. É importante salientar que estes números não mostram infecção pelo HIV mas indivíduos doentes.

Tabela 23 – Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM(1) dos 20 municípios com mais de 50 mil habitantes por região de residência. Brasil, 2001-2012 (2,3,4)

2007		2008		2009		2010		2011		2012	
Viamão	RS	Viamão	RS	Viamão	RS	Viamão	RS	Viamão	RS	Viamão	RS
70,7	13,3	64,8	10,1	70,2	12,1	57,7	8,1	60,3	10,8	70,9	9,4

Fonte: SINAM / SIM / SISCEL / SICLOM

A tabela abaixo apresenta a frequência de casos por categoria de exposição, este dado é importante e alguns aspectos merecem destaque: um quantitativo significativo de notificações com categoria de exposição ignorado no extrato masculino, a predominância da transmissão heterossexual entre as mulheres e a frequência elevada de homossexuais e UDI entre os homens. Estes segmentos populacionais marcadamente mais vulneráveis devem portanto ser trabalhados na sua singularidade.

Tabela 24 – Frequência de Casos de AIDS Categoria de Exposição por sexo de 2007 a 2010 no Município de Viamão

Categoria de Exposição	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	
Ignorado	60	(23,5%)	13	(5%)	73
Homossexual	42	(17,1%)	1	(0,45%)	43
Bissexual	10	(4%)	2	(0,8%)	12
Heterossexual	91	(37%)	231	(92,4%)	322
UDI	39	(15,9%)	3	(1,2%)	42
Perinatal	3	(1,22%)	0		3
Total	245		250		495

Fonte: SINAN NET- Seção Estadual de Controle de DST/AIDS

Tabela 25 – Frequência de Casos de AIDS por sexo e escolaridade de 2007 a 2010 no Município de Viamão

Escolaridade	Masculino	Feminino	Total
Ign/Branco	22	23	45
Analfabeto	5	4	9
1ª a 4ª série incompleta EF	16	23	39
4ª Série Completa EF	18	22	40
5ª a 8ª série completa EF	81	77	158
Ensino fundamental completo	46	51	97
Ensino Médio incompleto	17	27	44
Ensino Médio Completo	32	27	59
Educação Superior incompleta	3	1	4
Educação Superior completa	6	1	7
Não se aplica	6	2	8
Total	252	258	510

Fonte: SINAN NET- Seção Estadual de Controle de DST/AIDS

A tabela de escolaridade nos sinaliza para algo muito importante: a maioria das pessoas tem algum grau de escolaridade, logo frequentam ou frequentaram escola, caracterizando o ambiente escolar um importante locus de atuação para promoção de

práticas sexuais seguras e prevenção às DST/AIDS.

Tabela 26 – Mortalidade por algumas doenças – causa, nº e coeficiente por 100.000 habitantes no município de Viamão

	Viamão						RS	
	2010		2011		2012		2012	
	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef
A12-19 (B90) – Tuberculose	6	2,5	11	4,6	8	3,3	257	2,4
B20-24 – AIDS	42	17,5	42	17,5	53	22,0	1396	35,1
J12-18 – Pneumonia	105	43,9	95	39,7	95	39,7	3753	35,1

Fonte: NIS/CEVS/SES

Na tabela de mortalidade por algumas doenças podemos observar o crescimento da mortalidade por AIDS acompanhado do aumento de mortalidade por tuberculose sinalizando para o sinergismo das duas epidemias e indicando a necessidade de atuação conjunta dos programas, bem como o fortalecimento das ações de testagem para HIV entre os pacientes com tuberculose e a pesquisa sistemática de tuberculose em Pessoas Vivendo com HIV (PVHA) com tratamento da Infecção Latente por Tuberculose (ILTb) conforme preconizado pelas normas nacionais.

O Mapa de Mortalidade de mulheres em idade fértil (10-49 anos) do ano de 2012 apresenta 16 que foram devido ao HIV.

Apesar dos números absolutos pequenos este é um importante sinalizador de gravidade por tratar-se de mulheres em idade fértil. Estudo feito pelo Ministério da Saúde analisando o resultado dos primeiros CD4 dos pacientes sem tratamento no ano de 2011 demonstra um fato do qual se tinha uma percepção empírica: os diagnósticos ainda são tardios.

A tabela abaixo demonstra esse cenário. Além de sinalizar para um diagnóstico tardio, estes dados apontam a necessidade de ampliação do serviço pois, só no ano de 2011, considerando o consenso de terapia atual, teríamos que iniciar tratamento em 83 pessoas. Observa-se também que metade destas pessoas (43) são doentes em estágio avançado de doença com CD4 abaixo de 200. Estes dados apontam para um fato que estamos tentando reverter há vários anos: o diagnóstico tardio. Entende-se desta forma que persiste a necessidade de ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV em nosso município onde são realizados em média 4000 testes de HIV por ano, entre laboratórios conveniados, hospital e CTA.

Tabela 27 – Distribuição por faixa do primeiro CD4 registrado dos pacientes sem tratamento segundo município de residência. Brasil, 2011- Viamão

Menor que 200	200 - 349	350 - 499	500 ou +	Total
43	20	20	39	122

Fonte: NIS/CEVS/SES

O indicador primeiro CD4 abaixo de 200 indica a gravidade com que estes pacientes estão entrando no sistema de saúde considerando que este nível de CD4 é um indicativo de imunossupressão severa e alto risco de desenvolvimento de doenças oportunistas, bem como que estas pessoas muito provavelmente estão infectadas há pelo menos oito anos.

Saúde Bucal

Tabela 28 – Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal entre os anos de 2008 a 2013 no município de Viamão-RS

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013*
Cobertura Populacional	6,86	6,97	6,89	5,01	4,99	8,74

Fonte: DATASUS

*Informações parciais até o mês de Abril de 2013

Este indicador tem como meta Brasil 50%. Seu cálculo é baseado na carga horária ambulatorial do Cirurgião Dentista na atenção básica, em relação à população no mesmo local e período. O município de Viamão conta com o trabalho de 23 cirurgiões-dentistas, com 20 destes realizando atendimentos, sendo que 3 receberam aumento de carga horária para 40 horas semanais, um para 30 horas e o restante cumpre 15 horas semanais (de acordo com edital do último concurso público). Hoje dispomos de 3 profissionais em cargos de coordenação.

A série histórica apresentada aponta a necessidade de implementar medidas que além de fortalecer a saúde bucal na atenção básica, garantam o aumento gradual de recursos humanos nesta área, apesar de já poder ser avaliado avanço de 2012 para o primeiro quadrimestre de 2013.

A intenção é de que a medida em que se vá habilitando novas equipes de saúde da família, consiga-se incluir equipes de saúde bucal nestas, desta forma aumentando a cobertura para acesso à saúde bucal na população viamonense.

Tuberculose

O Brasil está na lista dos 22 países com alta carga de tuberculose, com uma taxa de incidência em 2011 de aproximadamente 36,7 casos de tuberculose por 100 mil/hab.

No Rio Grande do Sul (RS) em 2011 a taxa de incidência foi de 47,4 casos por 100 mil/hab.

Viamão é o 5º Município do RS com maior taxa de incidência de Tuberculose, com aproximadamente 77 casos por 100 mil/hab no ano de 2011.

Tabela 29 – Número de Sintomático Respiratório (SR) Estimados, Examinados e Percentual de Examinados em Viamão

Ano	SR Estimados	SR Examinados	Examinados
2009	2.600	622	23,92%
2010	2.393	764	31,93%
2011	2.403	1001	41,66%
2012	2.411	995	41,26%

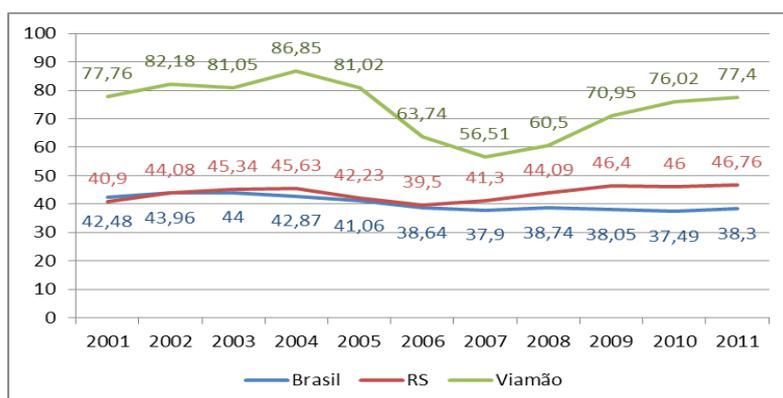
Fonte: Programa de Controle da Tuberculose de Viamão

Com a descentralização da coleta de escarro para todas as Unidades Básicas de Saúde, conseguimos aumentar em 59,98% o número de SR examinados de 2009 a 2012.

Em Viamão contamos com 20 Postos de coletas.

Além da descentralização, o Programa de Tuberculose periodicamente vai às UBS realizar capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde quanto a busca do SR (pessoas com tosse a mais de 03 semanas).

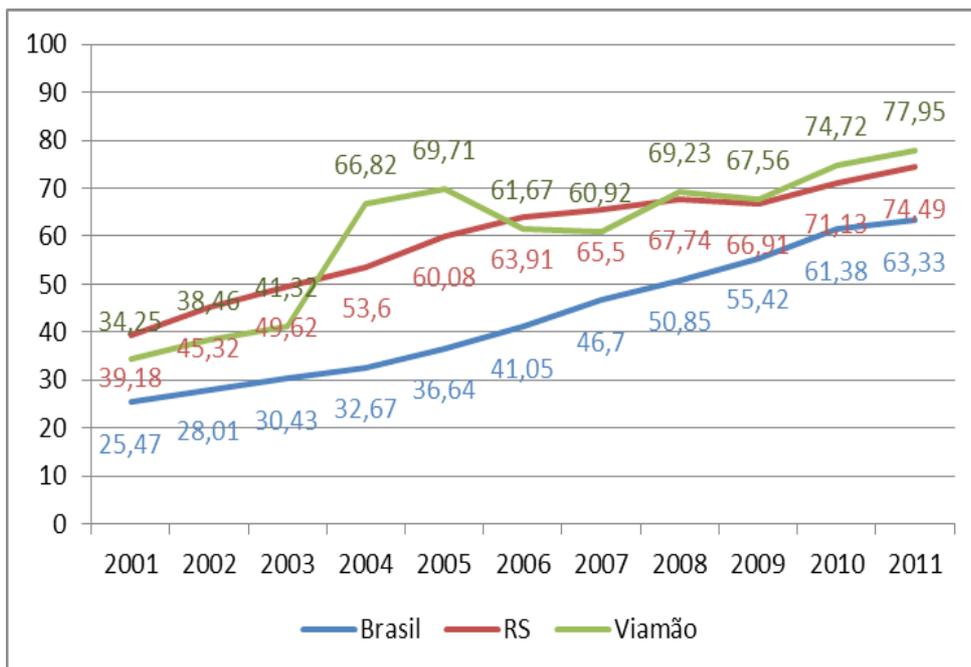
Gráfico 9 – Taxa incidência de Tuberculose no Brasil, Rio Grande do Sul de 2001 a 2011



Fonte: MS/Sinan junho de 2013 – Sala de Apoio a Gestão Estratégica

Com o aumento da busca dos SR a tendência no primeiro momento é aumentar a taxa de incidência de tuberculose.

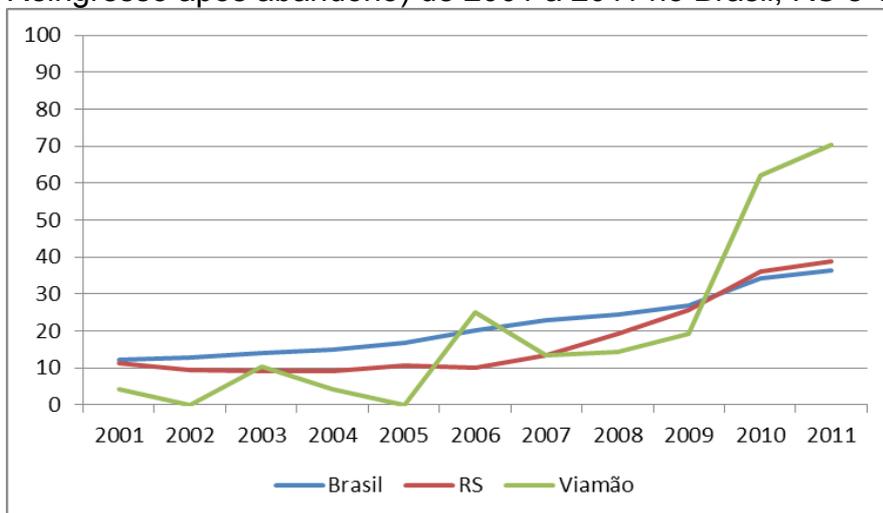
Gráfico 10 – Percentual de pacientes com Tuberculose que realizaram testagem para HIV no Brasil, RS e Viamão de 2001 a 2011



Fonte: MS/Sinan junho de 2013 – Sala de Apoio a Gestão Estratégica

O percentual de teste anti-HIV realizado nos casos de tuberculose em Viamão foi de 77,95%, sendo superior a média nacional e estadual, no entanto é recomendado que a testagem seja feita em todos os pacientes.

Gráfico 11 – Percentual de cultura realizada nos Pacientes em Retratamento (Recidiva e Reingresso após abandono) de 2001 a 2011 no Brasil, RS e Viamão

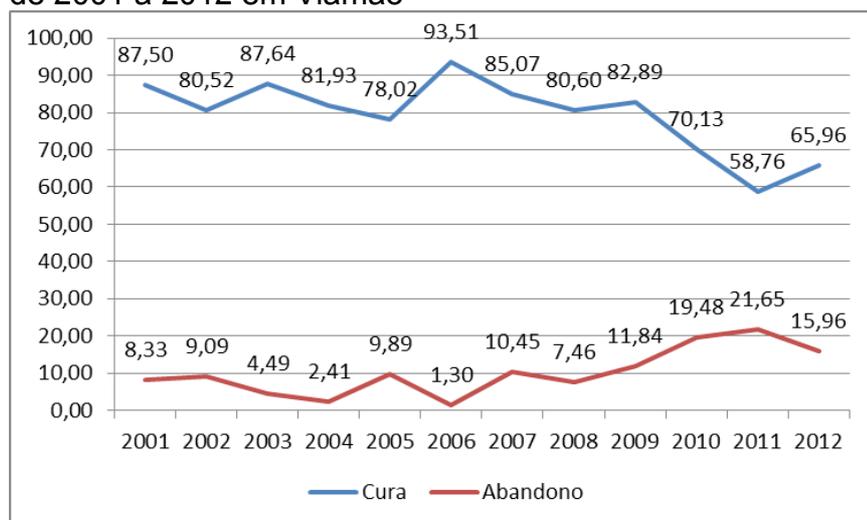


Fonte: MS/Sinan junho de 2013 – Sala de Apoio a Gestão Estratégica

O percentual de culturas realizadas em retratamentos em Viamão foi quase o dobro em relação ao Brasil e ao RS no ano de 2011.

O preconizado pelo MS é que todos pacientes em retratamento realizem cultura para escarro.

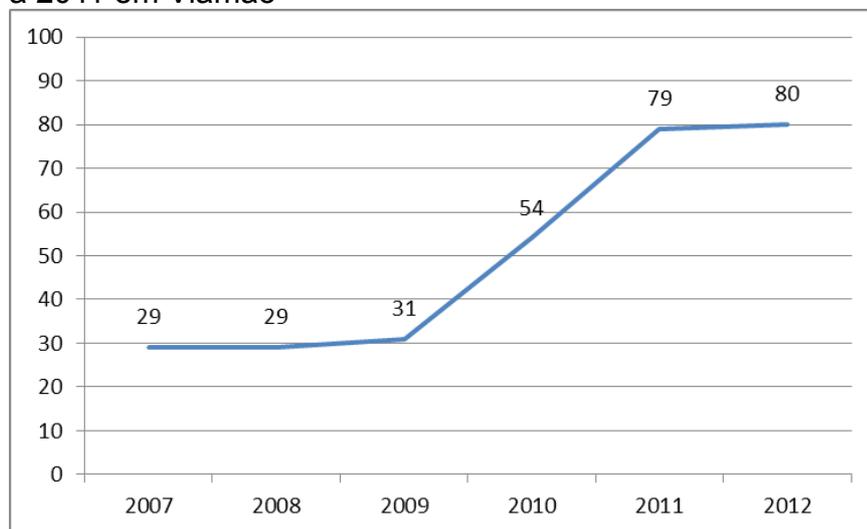
Gráfico 12 – Percentual de Cura e Abandono dos Casos Novos de Tuberculose Bacilífera de 2001 a 2012 em Viamão



Fonte: SMS/DVS/Sinan-TB revisado em 22/10/2013

Para reduzir o abandono e aumentar a cura, o Programa de Tuberculose está descentralizando o Tratamento Diretamente Observado (TDO) para as Unidades Básica de Saúde, ou seja quando houver indicação do paciente fazer TDO, o mesmo fará o TDO na UBS mais próxima de sua casa.

Gráfico 13 – Número de Tratamento da Infecção Latente para tuberculose (ILTB) de 2007 a 2011 em Viamão



Fonte: Livro de Registro de ILTB Revisado em 25/11/13

O Programa de Tuberculose desde 2011 começou progressivamente a investigar todos os contatos de pacientes bacilíferos, conforme o Manual de Recomendação para Tuberculose de 2011. Com isso nota-se o aumento de indivíduos que fizeram tratamento da ILTB.

Desde 2012 o PMCT descentralizou para o Programa de DST/AIDS o tratamento da ILTB e aplicação da Prova Tuberculínica. As Pessoas Vivendo com HIV/AIDS que são acompanhadas em Viamão fazem investigação para tuberculose no Programa de DST/AIDS, não mais precisando vir ao PMCT.

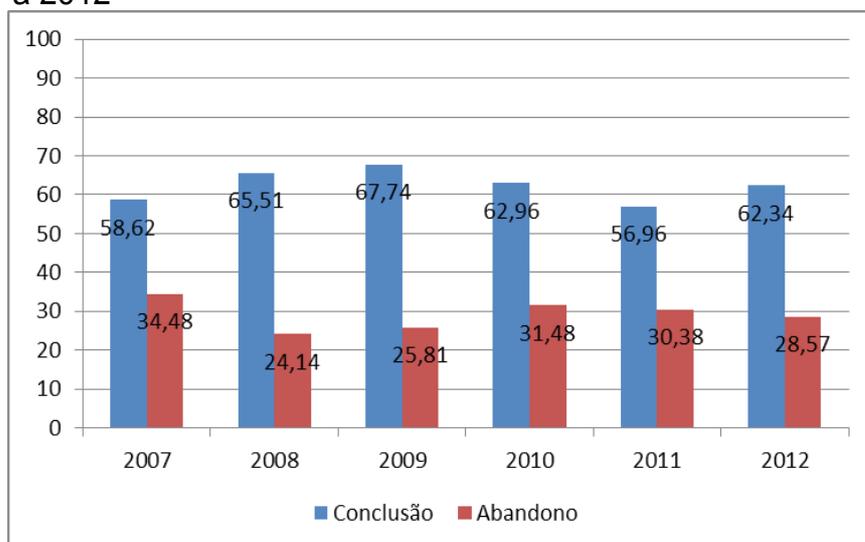
Neste ano o Programa de Tuberculose fez várias ações para examinar contatos de paciente bacilífero, a fim de aumentar o número de contatos examinados e de pacientes que fizeram tratamento da ILTB.

Realizamos Visitas Domiciliares para investigação de contatos que não puderam comparecer no PMCT.

Na ESF Augusta Meneguine fomos examinar contatos de 2 pacientes, totalizando 66 indivíduos investigados.

Na Aldeia de Itapuã investigamos 57 indígenas e na aldeia do Canta Galo 3 indígenas.

Gráfico 14 – Percentual de Conclusão e Abandono de tratamento da ILTB em Viamão de 2007 a 2012



Fonte: Livro de Registro de ILTB Revisado em 25/11/13

b 1) Saúde da Mulher

Tabela 30 – Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil entre os anos de 2007 a 2013 no município de Viamão

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*
Mortalidade Materna	0	3	4	2	5	6	0
MIF Causas Presumíveis	21	23	14	10	19	16	9
MIF sem Causas Presumíveis	83	80	92	57	81	69	50
MIF Total	104	106	110	67	105	91	59
MIF - Coeficiente p/ 1.000 mulheres na mesma faixa etária	1,37	1,36	1,48	0,93	1,38	1,17	0,79

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

*Dados parciais até Julho de 2013

Segundo o IBGE, em Viamão há, aproximadamente, 75.008 mulheres em idade fértil no ano de 2013 e, até Julho de 2013, uma parcial de óbitos de mulheres em idade fértil com coeficiente de 0,79 para cada mil mulheres na mesma faixa etária.

Assim, identifica-se uma tendência de encerrar-se o ano de 2013 com um coeficiente de 1,35 óbitos de mulheres em idade fértil para cada 1.000 mulheres dentro da mesma faixa etária.

Caso esta tendência seja confirmada, Viamão encerrará o ano de 2013 com acréscimo de 15% em óbitos nesta população, se comparada ao ano anterior.

Já ao analisar-se o a tabela como um todo, percebe-se que o ano de 2010 foi o ano em que tivemos o menor coeficiente no período e, o ano de 2009, foi o ano com o ápice no número de óbitos de mulheres em idade fértil.

No entanto, quando analisa-se a mortalidade materna, o maior número de óbitos ocorreu no ano de 2012 e, em 2013 ainda não foi registrado nenhum óbito materno.

Câncer de Mama e Câncer de Colo de Útero

O câncer (CA) de mama e colo de útero são patologias com representativa magnitude na atualidade e motivo de preocupação de gestores de saúde.

Estudo realizado na cidade de Porto Alegre, aponta que o CA de mama é a 1º causa de morte em mulheres e o de colo de útero a 4º causa. O Brasil é o 9º lugar entre os 15 países com maiores taxas de mortalidade por CA de útero no mundo.

Contrariamente a outros tipos de CA, o de colo uterino pode ser evitado a partir do diagnóstico precoce, daí, a importância da realização do exame Papanicolau e do

tratamento adequado de lesões iniciais.

Já o CA de mama, é atualmente o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom.

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) o CA de mama é relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento.

Estimativa de novos casos no Brasil: 52.680 (2012)

Número de mortes: 12.852, sendo 147 homens e 12.705 mulheres (2010)

Tabela 31 – Morbidade – Neoplasia de Mama e Colo de Útero de Mulheres

	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	Total
VIAMÃO							
Neoplasia maligna da mama	44	47	37	48	27	29	232
Neoplasia maligna do colo do útero	52	31	43	34	37	25	222
Neoplasia maligna outras porções e porções não especificadas do útero	7	3	3	5	6	6	30
Carcinoma in situ de colo do útero	10	13	9	4	2	5	43
Neoplasia benigna da mama	1	0	1	0	1	1	4
Leiomioma do útero	37	77	62	46	37	33	292
Total	151	171	155	137	110	99	823
RS							
Neoplasia maligna da mama	2.126	2.228	2.365	2.288	2.396	1.625	13.028
Neoplasia maligna do colo do útero	2.094	2.012	1.817	1.639	1.483	877	9.922
Neoplasia maligna outras porções e porções não especificadas do útero	551	530	457	476	459	269	2.742
Carcinoma in situ de colo do útero	487	570	422	333	340	242	2.394
Neoplasia benigna da mama	62	66	62	75	99	72	436
Leiomioma do útero	1.612	2.006	2.368	2.323	2.529	1.761	12.599
Total	6.932	7.412	7.491	7.134	7.306	4.846	41.121

Fonte: DATASUS

*Informações parciais até o mês de Agosto de 2013

As tabelas comparativas entre o estado do RS e a cidade de Viamão na série

histórica de 2008 à agosto de 2013, mostram que, em relação aos tumores malignos de mama, o RS vem mantendo certa estabilidade na incidência de casos (média de 2.171 casos novos a.a), e que Viamão vem seguindo esta tendência, chamando atenção para o ano de 2012, quando houve significativa queda nos casos descobertos, de 48 em 2011, para 27 em 2012.

Já em relação a neoplasia maligna do colo, o perfil é bem mais animador, visto que tanto no RS como em Viamão (com variações não significativas) o número vem diminuindo de forma expressiva ano a ano.

Nestes cenários, há que se levar em consideração a importância do incentivo aos exames de rastreamento (mamografia e CP) conforme protocolos clínicos, bem como a oportunidade de tratamento adequado e em tempo certo, não deixando de seguir trabalhando em ações de promoção à saúde.

Gravidez, Parto e Puerpério

A gestação, o parto e o puerpério são temas escolhidos como prioritários no ciclo de vida da mulher, neste plano de saúde, por envolver diversas ações estratégicas: qualificação do profissional que irá atender a gestante, oferta/acesso ao serviço, confiança da mulher no local onde fará o pré-natal, o parto, e também como será realizado o acompanhamento do binômio mãe/bebê no puerpério.

Pela dificuldade de filtrar dados nas bases utilizadas para esta construção, optamos por descrever, sinteticamente os temas mais preocupantes e prioritários para o desenvolvimento do atendimento da mulher, seu bebê e sua família nesta fase gestacional e após.

Baseado nas melhores evidências é possível afirmar que um bom acompanhamento pré-natal é capaz de evitar ou reduzir significativamente as taxas de mortalidade neonatal e infantil, prematuridade e baixo peso ao nascer.

Tabela 32 – Indicadores de assistência no pré-natal, parto e do peso do Recem Nascido no Município de Viamão nos anos de 2010 a 2012.

Ano	7 ou mais consultas de pré-natal (%)	Nº de NV no município de Viamão	NV com baixo peso ao nascer (%)	% de cesareana(%)
2012	43,1%	721	9,8%	41,5%
2011	44,3%	775	9,8%	43,0%
2010	50,0%	Não disponível	10,0%	41,5%

Fonte: NIS-CEVS/SES-RS

Em Viamão, ainda se tem uma baixa taxa de acompanhamento no pré-natal, o que vem apresentando tendência de queda ainda maior de gestantes com 7 ou mais consultas no período gestacional, conforme determina o MS, o que é bastante preocupante.

Outro fator que chama atenção, é que as 79% das mulheres viamonenses tem o parto realizado fora do domicílio, e apenas 21% realizado em Viamão, mesmo que o Hospital tenha capacidade para realizar percentual maior de partos. Infere-se que esta prática se dê ainda, por acreditar-se que na capital o atendimento tem mais recursos, tanto humanos como de equipamentos.

Com a implantação do AGAR – Ambulatório de Gestação de Alto Risco no Instituto de Cardiologia do Hospital Viamão, pretende-se mudar essa realidade gradativamente, e definir a referência para a atenção ao parto no município de Viamão.

A ampliação das equipes de Atenção Básica, especialmente da Estratégia de Saúde da Família, com médicos de 40 horas nas UBSs, ampliação do número de enfermeiros, técnicos de enfermagem e a agentes comunitários de saúde é a principal estratégia para a captação precoce, garantia de acesso e busca ativa das gestantes faltosas nas consultas para os próximos meses.

Também com o objetivo de ampliar a cobertura do acompanhamento de pré-natal, fortalecer a atuação da atenção básica e favorecendo o seu vínculo com a rede de serviços no ano de 2013 o foi implantado no município de Viamão a Rede Cegonha - PIM, que orientar as gestantes e suas famílias a respeito dos cuidados necessários para promover a saúde integral da gestante e seu bebê, favorece e garante o acesso ao pré-natal - condição essencial para garantir uma gestação saudável, um parto seguro e os cuidados adequados no puerpério, com impactos nos indicadores de saúde.

O PIM - Primeira Infância Melhor realiza visitas domiciliares e atividades comunitárias para famílias em situação de risco e vulnerabilidade biopsicossocial. Além disso, promove a construção de ações que qualificam as relações familiares e comunitárias, elaborando projetos terapêuticos singulares em parceria com as equipes municipais de Atenção Básica, de proteção social e de educação. Apoiar a busca ativa de gestantes, e identificar situações de risco e vulnerabilidades, incentivando o aleitamento materno e a nutrição saudável a gestantes e crianças, os direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da cidadania e da convivência familiar e comunitária.

A implantação do PIM prioriza a região do município com maior vulnerabilidade social e inicialmente serão beneficiadas pelo programa 800 gestantes/ famílias/crianças dos bairros Augusta Meneguine, Augusta Marina e Augusta Fiel.

Para atender esse quantitativo são necessários 40 visitantes, do contingente necessário, 11 iniciam as atividades no ano de 2013.

b 2) Saúde do Homem

Cuidado Urológico

Segundo dados do INCA, no Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento.

Mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida.

Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte. A grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta (leva cerca de 15 anos para atingir 1 cm³) que não chega a dar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem.

No Brasil estimou-se para o ano de 2012, 60.180 de novos casos de câncer de próstata, e o número de óbitos em 2010 foi de 12.778. (INCA -2013)

Tabela 33 – Morbidade – Neoplasia de Próstata em Viamão e no Rio Grande do Sul

	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	Total
Neoplasia maligna da próstata do Estado do Rio Grande do Sul	259	273	252	252	295	177	1.508
Neoplasia maligna da próstata de Viamão	5	8	8	1	3	0	25
Total	264	281	260	253	298	177	1.533

Fonte: DATASUS

*Informações parciais até o mês de Agosto de 2013

A tabela acima nos mostra que Viamão tem um número absoluto de casos diagnosticados bastante baixo, quando comparado as estimativas descritas pelo INCA. Porém, se faz necessário refletirmos se este número trata-se de algo fidedigno ou se os homens não estão buscando e/ou acessando o serviços de saúde para buscar este diagnóstico precoce, visto que culturalmente o homem busca menos a rede de saúde.

Dessa forma, de acordo com o que nos apontam as melhores evidências científicas, é imperativo adotar medidas estratégicas, visando atrair essa população para seu cuidado, bem como qualificar e melhorar o acesso aos serviços de saúde.

6.5 Idoso

Viamão possui 27.261 habitantes na faixa etária de 60 anos e mais de idade, distribuídas conforme a tabela a seguir.

Tabela 34 – Número de população de 60 anos ou mais por faixa etária no Município de Viamão/RS.

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total por Faixa Etária
Total, 60 a 69 anos	7.386	8.661	16.047
Total, 70 anos ou mais	4.510	6.704	11.214
Total de Idosos	11.896	15.365	27.261

Fonte: IBGE Cidades

A população considerada idosa no município representa hoje 11,4% do total da população. Este percentual tende a crescer, considerando o aumento da expectativa de vida no RS e no Brasil em torno de 76 e 74 anos respectivamente. Segundo estimativas, e pode chegar a 25% da população nas próximas décadas.

O idoso precisa ser olhado com atenção pelo sistema de saúde, pois é próprio do envelhecimento o aparecimento de doenças crônicas, destacando-se as cardiovasculares, endócrinas, neoplasias, osteomusculares e de saúde mental e neurológica, como o Alzheimer. Estes agravos acabam determinando uma maior dependência desta faixa etária dos serviços, bem como existe o incremento de maior complexidade das necessidades de saúde desta população.

O papel da Atenção Básica no cuidado desta população é essencial, para o diagnóstico precoce e na adesão ao tratamento das condições crônicas, além de ser uma população prioritária para a classificação de risco sócio-sanitário, identificando aqueles que tenham maior necessidade e/ou dependência do serviço de saúde.

Tabela 35 – Morbidade pelo Grupo de Causas – CID 10 em número absoluto na população de 60 anos e mais, entre os anos de 2008 até agosto de 2013, no município de Viamão

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
TOTAL	3.490	3.708	3.711	3.603	3.673	2.545	20.730
IX. Doenças do aparelho circulatório	997	1.000	1.025	904	917	625	5.468
X. Doenças do aparelho respiratório	669	709	651	707	707	520	3.963
XI. Doenças do aparelho digestivo	427	426	383	384	333	255	2.208
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	279	371	417	354	351	230	2.002
II. Neoplasias (tumores)	301	327	344	342	380	248	1.942
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	205	252	262	220	220	180	1.339
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	141	191	170	177	198	137	1.014
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	91	83	110	136	137	71	628
XXI. Contatos com serviços de saúde	116	80	66	71	115	64	512
VI. Doenças do sistema nervoso	58	54	54	63	62	41	332
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	46	48	56	62	68	45	325
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	23	49	59	55	63	53	302
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	55	47	34	36	48	23	243
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	35	28	39	40	30	22	194
V. Transtornos mentais e comportamentais	24	16	23	35	21	16	135
VII. Doenças do olho e anexos	10	19	13	12	12	13	79
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	7	5	4	2	6	2	26
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	2	1	3	4	0	11
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4	0	0	0	1	0	5
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	1	0	0	0	0	2

Fonte: DATASUS – Ministério da Saúde

A morbidade hospitalar observada na série histórica da população de 60 anos e mais, corrobora a presença de doenças crônicas como principais causas de adoecimento nesta faixa etária, aparecendo entre as principais causas de internação, as doenças do aparelho geniturinário, que podem estar vinculadas ao câncer de próstata e a insuficiência renal.

Tabela 36 – Mortalidade pelo Grupo de Causas – CID 10 em número absoluto e proporção na população de 60 anos e mais, entre os anos de 2007 e 2011 no município de Viamão/RS.

Capítulo CID-10	2007		2008		2009		2010		2011	
TOTAL	1.002	%	963	%	1.057	%	1.032	%	1.131	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	364	36,3	357	37,1	347	32,8	340	32,9	408	36,1
II. Neoplasias (tumores)	188	18,8	199	20,7	208	19,7	199	19,3	197	17,4
X. Doenças do aparelho respiratório	214	21,4	157	16,3	176	16,7	178	17,2	175	15,5

IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	49	4,9	66	6,9	60	5,7	77	7,5	67	5,9
XVIII. Sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	30	3,0	39	4,0	71	6,7	53	5,1	66	5,8
XI. Doenças do aparelho digestivo	42	4,2	45	4,7	42	4,0	45	4,4	50	4,4
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20	2,0	25	2,6	37	3,5	35	3,4	37	3,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	24	2,4	14	1,5	36	3,4	34	3,3	35	3,1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	30	3,0	22	2,3	38	3,6	35	3,4	34	3,0
VI. Doenças do sistema nervoso	28	2,8	20	2,1	19	1,8	14	1,4	31	2,7
V. Transtornos mentais e comportamentais	6	0,6	8	0,8	10	0,9	6	0,6	10	0,9
III. Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos da imunidade	4	0,4	2	0,2	1	0,1	5	0,5	9	0,8
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecidos conjuntivos	1	0,1	5	0,5	4	0,4	5	0,5	6	0,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0,1	4	0,4	7	0,7	5	0,5	4	0,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1
XVII. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	1	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Doenças Crônicas Cardiocerebrovasculares

As doenças do aparelho circulatório lideram a causa de óbitos nos idosos sendo responsáveis por uma média de 36,% das mortes na série histórica apresentada. Porém, diferente do adulto, os idosos apresentam em segundo lugar os óbitos por neoplasias (18%) seguidas das doenças respiratórias e das doenças endócrinas e metabólicas.

Saúde Mental

Em dezembro de 2011, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou a expectativa de vida da população brasileira no ano de 2010: 73,5 anos. Embora esse índice tenha aumentado em 11 anos nas últimas três décadas, sem dúvida um fato positivo, novos desafios se apresentam. Tomando apenas a saúde mental como foco, o aumento de casos de fragilidade, depressão e demência (gigantes da geriatria e

gerontologia) certamente impõe enormes desafios.

No Brasil, uma metanálise estimou em 26% a proporção de idosos com sintomas clinicamente significativos de depressão. Com relação à demência, estima-se que sejam 24 milhões de indivíduos no mundo, a maioria vivendo em países de baixa renda. Calcula-se ainda que o crescimento do número de casos de demência, ao longo das próximas décadas, será maior nos países de baixa e média rendas, entre os quais o Brasil se inclui.

DST / AIDS

O crescimento da epidemia de AIDS entre idosos tem sido reconhecido nos últimos anos. Esta condição é muito importante pois os idosos em geral apresentam comorbidades cardiovasculares e metabólicas relacionadas à idade e que podem ser agravadas pelo HIV ou pelos antirretrovirais.

Saúde Bucal

Tabela 37 – Proporção de exodontias em relação à procedimentos conservadores em saúde bucal entre os anos de 2008 a 2013 no município de Viamão-RS

Ano	2010	2011	2012	Abril/2013
Exodontias individuais	11,19	9,73	1,26	14,17

Fonte: Dados fornecidos pela 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS – Extraídos do DATASUS

Este indicador é calculado através do número de extrações dentárias em um local e período, dividido pelo número de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos no mesmo local e período, multiplicado por 100. Quanto menor a porcentagem de exodontias, maior a qualidade ofertada pela saúde bucal no município.

Não há meta numérica estabelecida para este indicador, visto as diferenças loco-regionais.

Chama atenção o registro de 2012, onde há erro de digitação também constatado pelo DCAA.

Com a expansão da Estratégia da saúde da Família, pretende-se que o número de exodontias no município vá, gradualmente, diminuindo.

Violência – Causas Externas

Tabela 38 – Morbidade Hospitalar por Causas Externas por local de residência – De 50 a 80 anos ou mais

Causa	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013*	%	Total
Acidentes de Transporte	14	6,70	16	6,35	28	10,69	21	9,55	11	4,98	06	3,33	96
Outras causas externas de lesões acidentais	143	68,42	169	67,06	214	81,68	176	80,00	179	81,00	140	77,77	1.021
Lesões auto provocadas voluntariamente	00	00	01	0,40	00	00	00	00	00	00	01	0,55	02
Agressões	02	0,96	01	0,40	01	0,38	02	0,91	02	0,90	00	00	08
Eventos cuja a intenção é indeterminada	01	0,48	00	00	00	00	02	0,91	00	00	00	00	03
Complicações de assistência médica e cirúrgica	12	5,74	10	3,97	15	5,73	17	7,73	18	8,14	13	7,22	85
Sequelas de causas externas	00	00	03	1,19	00	00	00	00	05	2,26	04	2,22	12
Fatores suplementares rel a outras causas	00	00	04	1,59	04	1,53	02	0,91	06	2,71	10	5,55	26
Causas externas não classificadas	37	17,70	48	19,04	00	00	00	00	00	00	06	3,33	91
Percentual de ajuste		00		00		00		00		0,01		0,03	
Total	209		252		262		220		221		180		1.344

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

*Informações parciais até o mês de Agosto de 2013

Na tabela acima, mais uma vez confirma-se a predominância da causa de internações por outras causas externas de lesões acidentais, com média de 76% de prevalência no grupo descrito, seguido da morbidade por acidentes de transporte.

6.6 Populações Específicas

Saúde da População Negra

Tabela 39 – Nascidos Vivos por local de residência nos anos de 2008 a 2011 que foi registrado como preto ou pardo- Município de Viamão/RS

Ano/NV	2008	Total de NV no município Em 2008	2009	Total de NV no município em 2009	2010	Total de NV no município em 2010	2011	Total de NV no município em 2011
Pretos	357	-	355		322		445	
Pardos	421	-	382		422		380	
Total de NV	778	3427	737	3467	744	3223	825	3324
Percentual de negros e pardos	22,7		21,3		23,1		24,8	

Fonte: DATASUS- Ministério da Saúde

A tabela acima, com o número de nascidos vivos da cor preta e parda que caracteriza a população negra em um território, demonstra que 23% dos nascidos vivos de mães residentes em Viamão foram declarados negros. Este percentual pode ser inferido para termos estimativa do percentual de negros do município de Viamão,

informando que quase $\frac{1}{4}$ da população residente em Viamão é negra.

A população negra possui características específicas para alguns agravos, como por exemplo a doença falciforme, incidência de hipertensão arterial maior que as demais populações, bem como existem algumas evidências de que nas mulheres negras tem maior incidência de pré-eclampsia. Considerando esta realidade, os serviços de saúde do município tem fazer olhar diferenciado para esta população.

6.6.1 Quilombolas

Atualmente temos no município de Viamão duas comunidades quilombolas reconhecidas legalmente, o Quilombo Cantão das Lombas e o Quilombo Peixoto dos Botinhas.

Ambas localizam-se a nordeste do município e fazem divisa com o município de Santo Antônio da Patrulha, inseridas em área de proteção ambiental do Banhado Grande, Bacia Hidrográfica do Rio Gravataí.

Quilombo da Anastácia

O Quilombo da Anastácia localiza-se fora do perímetro urbano da cidade de Viamão, próximo ao rio Gravataí e as localidades conhecidas como Passo dos Negros e Banhado dos Pachecos.

Este quilombo está em fase de regularização da certidão pela Fundação Cultural Palmares, possui 03 famílias.

O acesso ao local é bastante difícil em função da ausência de identificação por placas e estradas inundadas.

Quilombo Cantão das Lombas

Este quilombo está localizado há, aproximadamente, 22 km da rodovia RS 040 cruzando pelo bairro Morro Grande com precárias condições de estrada, terreno arenoso e de difícil acesso e sem placas de identificação até o local.

O transporte público chega até o quilombo três vezes ao dia e, quando chove intensamente, não há acesso.

A comunidade possui em torno de 25 famílias, cerca de 100 pessoas, sendo a maioria idosa aposentados.

Há na comunidade 15 crianças e o grau de escolaridade é bastante baixo. As crianças estudam na Escola Municipal Cristiano Vieira da Silva e utilizam o transporte coletivo para deslocamento até a escola.

As moradias são precárias e, em sua maioria sem suporte sanitário. Os moradores ainda utilizam latrinas / dejetórios.

A água consumida pela comunidade é drenada de poços para torneiras próximas às casas.

Os principais problemas de saúde identificados na comunidade até o momento, são hipertensão arterial, doenças articulares, reumáticas e sanguíneas. Tratam-se de dados empíricos, visto que são os encontrados nos atendimentos à comunidade, porém, ainda sem a devida estruturação, classificação e sistematização de registro, o que se pretende implantar com a modernização administrativa prevista para 2014.

Nos casos de urgência ou emergência, a população utiliza-se do serviço de remoção municipal e do pedágio da empresa Univias, pela sua proximidade local.

Os moradores em idade produtiva exercem sua atividade laboral nos municípios de Porto Alegre ou Viamão, em trabalho informal nos locais próximos à comunidade e também na agricultura de subsistência.

A comunidade foi à segunda no município de Viamão a solicitar abertura de processo administrativo junto ao INCRA, para reconhecimento e titulação de terras.

A certidão de reconhecimento, que é emitida pela Fundação Cultural Palmares – FCP, foi entregue em 2004 com uma grande festa de comemoração na casa de uma das famílias da comunidade, contou com a presença de representantes do Ministério da Cultura, Fundação Cultural Palmares, Movimento Negro e da Prefeitura Municipal de Viamão que organizou a festa.

Quilombo Peixoto dos Botinhas

O quilombo Peixoto dos Botinhas está localizado próximo a Rodovia RS 040, parada 128, Bairro Capão da Porteira no Beco dos Botinhas.

O acesso à comunidade é fácil, fica há 3km da RS 040, contando com transporte público em cinco horários diferentes.

A comunidade possui em torno de 60 famílias, cerca de 300 pessoas sendo a maioria idosos aposentados, bastante semelhante ao quilombo Cantão das Lombas.

Possui 12 crianças que estudam na Escola Estadual Canquerine e a maioria dos jovens possui o ensino médio.

As moradias deste quilombo possuem fossa séptica, porém o esgoto corre a céu aberto, o que aponta um grande desafio a ser vencido para a saúde desta comunidade.

A água consumida no quilombo é extraída de poço artesiano e a população da comunidade solicita a colocação de fossas ecológicas pelo risco de contaminação do lençol freático.

Os principais problemas de saúde apresentados na comunidade são doenças reumáticas, ósseas, articulares, hipertensão arterial e diabetes e, a população busca atendimento nas unidades de saúde de Capão da Porteira e Águas Claras.

Os casos de emergência são removidos com veículos próprios ou a população aciona o serviço de remoções do município.

A população em idade produtiva trabalha em Porto Alegre, Viamão ou nas lavouras do entorno da comunidade.

Ainda no ano de 2013, a partir do mês de dezembro, esses quilombos, juntamente com os assentamentos A, B, C, e D passaram a ser atendidos por uma Equipe de Saúde da Família Itinerante, com cronograma pré-definido. A equipe está realizando neste mês de dezembro de 2013, ao diagnóstico situacional, afim de estruturar o plano de saúde para esta população que até então, não contava com acesso à saúde sistematizado.

6.6.2 Indígenas

A **Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI**– é a área do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde – em todo o Território Nacional. A SESAI tem como missão principal o exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde – SUS.

Cabe à SESAI coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do SasiSUS, além de promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuem interface com a atenção à saúde indígena. É responsabilidade da Secretaria, também, identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena e estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Em relação ao controle social, a SESAI promove e apoia o fortalecimento e o exercício pleno do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio de suas unidades organizacionais.

A estrutura administrativa da Secretaria Especial de Saúde Indígena é composta pelo Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena, e pelo Departamento de Atenção à Saúde Indígena.

A Política Estadual de Saúde Indígena está inserida na linha transversal da diversidade em conjunto com a saúde da população negra, prisional e LGBTT.

Tem por objetivo garantir uma atenção qualificada no fortalecimento da rede de saúde nas comunidades kaingáng, guarani e charrua no estado do Rio Grande do Sul. Também, busca garantir a inclusão desta especificidade temática entre as diversas ações e políticas públicas que incidem na vida destas populações.

Suas atribuições compreendem a gestão compartilhada das ações em saúde para esta população com as Coordenadorias Regionais de Saúde, articulando com a [Secretaria Especial da Saúde Indígena \(SESAI\)](#) do Ministério da Saúde e os municípios⁶.

O Rio Grande do Sul faz parte de dois [Distritos Especiais de Saúde Indígena-DSEI](#), Litoral Sul, de maior prevalência da população Guarani e Charrua, e Interior Sul, de maior prevalência de população Kaingáng. Segundo dados da SESAI, a população indígena no Estado em 2011 totaliza 20.534 pessoas, pertencentes a três etnias, sendo 90,6% da população Kaingáng, 9,2% da população Guarani e 0,2% da população Charrua.

O município de Viamão, segundo dados de 2012 da SESAI, possui 374 indígenas e o município está entre as cidades que recebe incentivo financeiro mensal da Secretaria Estadual de Saúde, porém, o censo demográfico do IBGE do ano de 2010, estima 792 pessoas que se autodeclararam da cor ou raça indígena, sendo deste total, 406 homens e

⁶ http://www.saude.rs.gov.br/lista/333/Sa%C3%BAde_da_Popula%C3%A7%C3%A3o_Ind%C3%ADgena

386 mulheres.

As aldeias existentes em Viamão são a Canta Galo com uma população de 175 pessoas. Tem como estrutura de saúde uma unidade de saúde em alvenaria, os moradores residem em casa simples de madeira, alguns moradores fazem uso de álcool e alguns são portadores de tuberculose e doenças mentais.

A outra aldeia é a Estiva que possui em torno de 150 habitantes, é uma aldeia mais organizada, as crianças frequentam a escola diariamente, possuem uma unidade de saúde e casas em bom estado.

E, por fim, a aldeia Itapuã com 80 moradores. Esta aldeia possui escola e unidade de saúde em alvenaria e alguns moradores são portadores de doenças mentais.

6.6.3 Assentamentos Rurais e População Rural

Segundo dados do censo demográfico do IBGE do ano de 2010, o total de população rural no município de Viamão é de 14.441 pessoas e deste total, aproximadamente 85% - 12.264 pessoas, são alfabetizadas.

No ano de 2010 a população total do município estimada pelo IBGE era de 239.384 habitantes, tendo a população rural uma representatividade de cerca de 6% neste cenário.

Percebe-se que, mesmo sendo Viamão um município com uma extensão territorial bastante expressiva, a maioria de sua população, cerca de 94%, concentra-se em áreas urbanas.

Temos em Viamão 4 assentamentos rurais, denominados como assentamentos A, B, C e D que estão localizados todos na região das Águas Claras.

7 O Controle Social

A Constituição Federal de 1988, no âmbito da saúde, teve como grande intuito a descentralização, ou seja, o fortalecimento da gestão local para atender as necessidades da população. Seus princípios doutrinários são a universalidade, equidade, integralidade. Seus princípios organizativos são a regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, a participação da comunidade e a complementaridade do setor privado.

Lei Federal nº 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

A participação dos cidadãos é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação e avaliação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação ocorre por meio dos conselhos de saúde que têm poder deliberativo, de caráter permanente, compostos com a representatividade de toda a sociedade. Sua composição deve ser paritária, com metade de seus membros representando os usuários, e a outra metade, o conjunto composto por governo, profissionais de saúde e prestadores privados de serviços. Os conselhos devem ser criados por lei do respectivo âmbito de governo, em que estão definidas a composição do colegiado e outras normas de seu funcionamento. Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione nas questões pertinentes à saúde.

Outras formas de participação são as Conferências de Saúde, que são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde.

Ocorrem nas três esferas de governo periodicamente, constituindo as instâncias máximas de deliberação. Cabe às instituições fornecerem informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

Os Conselhos de Saúde foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde. Para atingir esse fim, de modo articulado e efetivo, conhecer o SUS

passou a ser imprescindível⁷.

Conselho Municipal de Saúde de Viamão

O Conselho Municipal de Saúde de Viamão, criado pela lei primeira vez em 1994 e alterado pelas Leis Municipais nº 3879/2011 é composto por 28 instituições com a seguinte composição atual : 25% Representantes do Governo e Prestadores, 25% Representantes do Profissionais e 50% Representantes Usuários

As entidades que fazem parte do Conselho são:

- a) Governo: SMS Gabinete
- b) Governo: SMS Geral
- c) Prestador: CLINICAP
- d) Prestador: EMATER
- e) Prestador: Instituto de Cardiologia Hospital Viamão Administração
- f) Prestador: Instituto de Cardiologia Hospital Viamão Área Técnica
- g) Prestador: Policlínica Viamópolis
- h) Profissional: COREN
- i) Profissional: CREFITO
- j) Profissional: CREMERS
- k) Profissional: CRFRS
- l) Profissional: CRN²
- m) Profissional: CRO
- n) Profissional: CRV
- o) Usuário: ACAMVI
- p) Usuário: ACIVI
- q) Usuário: ACOSITIO
- r) Usuário: AMAVIDA

⁷ Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS – Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, p. 5, 2006

- s) Usuário: APAE
- t) Usuário: ASCOQUE
- u) Usuário: Assoc.Com.Comun Sta Isabel
- v) Usuário :ATAPEV
- w) Usuário: Casa Do Ketu
- x) Usuário: Lions Club
- y) Usuário: Loja Conciliação
- z) Usuário: OAB
- aa) Usuário Rotary Club
- bb) Usuário: VIAMAMA

No ano de 2013, buscando a qualificação das suas atividades, o Conselho Municipal de Saúde elaborou seu planejamento estratégico, o qual se encontra na sequência.

Missão

Propor, fiscalizar e deliberar as políticas de saúde pública do município, provocando mudanças de comportamento na sociedade através da informação, em consonância com as Diretrizes do SUS.

Visão

Até 2017, ser reconhecido pela sociedade civil como ligação entre usuários e serviços de saúde.

Princípios

Ética: Transparência, honestidade e respeito em todas as ações.

Justiça: Responsabilidade social, seguindo os princípios do SUS.

Competência: Plena capacidade para o alcance dos objetivos do Conselho.

Educação Permanente em Saúde: Valorização e responsabilização dos conselheiros e comunidade.

Qualidade Total: Melhoria contínua na oferta e utilização dos serviços.

Informação: divulgação das ações em saúde à sociedade.

Figura 2: Mapa Estratégico do Conselho Municipal de Saúde de Viamão



Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Viamão

8 Acesso a Ações e Serviços de Saúde

8.1 Modelos de Atenção à Saúde

Um modelo de atenção à saúde, conforme Mendes (2011) “*é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade*”.

Os Modelos de Atenção à Saúde são definidos como Modelo de Atenção às Condições Agudas e Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

8.2 Modelo de Atenção às Condições Agudas

O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências. Os modelos de atenção às condições agudas prestam-se, também, à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas.

Quando organizadores de todo o Sistema de Saúde, o Modelo de Atenção às Condições Agudas apresenta características bem definidas, a saber: são fragmentados, organizados por componentes isolados, orientados para a atenção às condições agudas e para as agudizações das condições crônicas, voltados para indivíduos, os sujeitos são os pacientes, é reativo, tem ênfase nas ações curativas e reabilitadoras, utiliza sistemas de entrada aberta e sem coordenação da atenção pela Atenção Primária à Saúde, a ênfase no cuidado profissional, gestão é da oferta e o pagamento é realizado por procedimentos. (MENDES, 2011)

A organização dos serviços de saúde através das Redes de Atenção à Saúde está sendo proposta como alternativa à organização atual dos sistemas de saúde, pois propõe um novo arranjo organizativo, considerando a realidade epidemiológica, demográfica e sanitária do país.

De um modo geral, os sistemas de atenção à saúde têm se organizado, universalmente, de modo a atender às condições agudas. Os serviços de saúde no Brasil não se diferenciam nesse aspecto organizativo em que as condições agudas prevalecem como orientadoras do modelo de atenção (MENDES, 2009).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde as condições crônicas têm aumentado em ritmo acelerado em todo mundo, e no Brasil, cerca de 75% da carga de doença é resultado das condições crônicas (OMS, 2003). A tendência de crescimento das condições crônicas nos países em desenvolvimento é agravada pela persistência das condições agudas. O declínio das taxas de natalidade, o aumento da expectativa de vida, e o envelhecimento da população são fatores demográficos importantes nas últimas décadas e que contribuem enormemente para o crescimento das condições crônicas (MENDES, 2009). O número de pessoas com 60 anos e mais vinculadas as Operadoras de Saúde, segundo pesquisa da UNIDAS de 2009, já representa 24,5% dos beneficiários de planos de autogestão (UNIDAS, 2009).

As Redes de Atenção à Saúde caracterizam-se por terem uma organização sistêmica que tem seu centro de comunicação na atenção primária à saúde, voltada para a atenção concomitante às condições agudas e crônicas, que é desenvolvida para populações classificadas por riscos sócio-sanitários, é proativa, integral, ofertando ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação e alívio do sofrimento. O cuidado é centrado em equipes multiprofissionais e os conhecimentos e ações clínicas são partilhados pela equipe de saúde e pelos usuários da rede (MENDES, 2009)

As Redes de Atenção à Saúde exigem uma combinação de economia de escala, qualidade e acesso a serviços de saúde, com territórios sanitários e níveis de atenção. No Brasil, há enormes diferenças entre estados e dentro dos estados e mais de 75% dos municípios têm menos de vinte mil habitantes (IBGE, 2012), uma escala insuficiente para a organização de Redes de Atenção à Saúde, eficientes e de qualidade (CONASS, 2010).

A organização das Redes de Atenção à Saúde engloba a atenção primária, secundária e terciária à saúde, além dos sistemas de apoio e sistemas logísticos em um

determinado território para uma população definida. Considera-se de maneira geral, que a atenção primária à saúde seja ofertada no nível local, a atenção secundária na região e que os serviços de atenção terciária sejam ofertados na macrorregião. Esta organização se dá através de uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde (MENDES, 2009).

8.3 Componentes de uma Rede de Atenção à Saúde

8.3.1 População

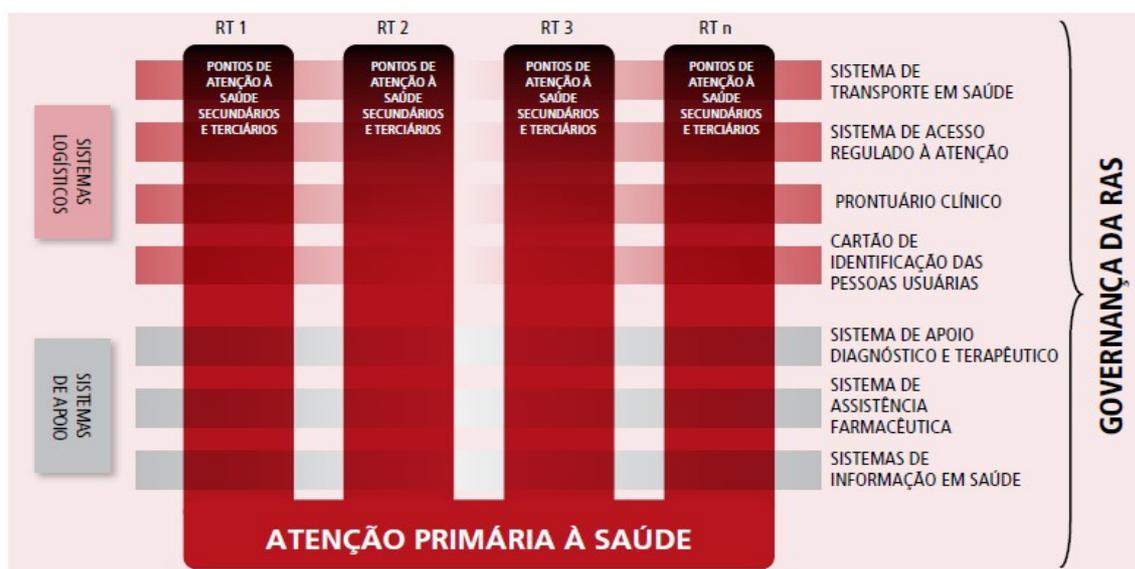
O primeiro elemento de uma Rede de Atenção à Saúde é a população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. Conforme MENDES (2011) uma Rede de Atenção à Saúde tanto de sistemas privados ou públicos organizados pela competição gerenciada, com territórios sanitários definidos e com uma população adscrita.

O conhecimento da população de uma Rede e atribuição inerente a APS e envolve: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas. (MENDES, 2011)

8.3.2 Estrutura Operacional das Redes de Atenção

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde segundo MENDES (2011) compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde, os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde), os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e o sistema de governança.

Figura 3: A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES, 2011

8.4 O centro de comunicação das redes de atenção à saúde: a Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde. A APS tem como principais atributos o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Sua função é de resolutividade, comunicação e responsabilização pela população adscrita. (MENDES 2011)

8.5 Os pontos de Atenção Secundária e Terciária das Redes de Atenção à Saúde

São pontos de atenção que ofertam determinados serviços especializados, que se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo que os pontos de atenção terciária são mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das Redes. (MENDES 2011).

Os pontos de atenção secundária ambulatorial nas Redes de Atenção à Saúde têm

papel diferenciado do modelo fragmentado onde atuam de forma isolada, sem uma comunicação ordenada com os demais componentes da rede e sem a coordenação da atenção primária à saúde. São diferentes porque são parte de um sistema integrado através de sistemas logísticos potentes (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico eletrônico, sistema de acesso regulado à atenção e sistema de transporte em saúde). Os pontos de atenção secundária de uma RAS são sistemas fechados, sem possibilidades de acesso direto das pessoas usuárias, a não ser em casos de urgência e emergência ou de raras intervenções definidas nas diretrizes clínicas em que esses centros constituem os pontos de atenção do primeiro contato. (MENDES 2011)

Os hospitais nas Redes de Atenção à Saúde devem cumprir, principalmente, a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Para isso, os hospitais em redes devem ter uma densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função e devem operar com padrões ótimos de qualidade. (MENDES 2011)

8.6 Os sistemas de apoio das Redes de Atenção à Saúde

Os sistemas de apoio prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. Os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico devem ter comunicação fluida com a APS e com os pontos de atenção secundária e terciária. O sistema de assistência farmacêutica engloba dois grandes componentes: a logística dos medicamentos e a farmácia clínica. (MENDES 2011)

Já os sistemas de informação em saúde compreendem os determinantes sociais da saúde e os ambientes contextuais e legais nos quais os sistemas de atenção à saúde operam; os insumos dos sistemas de atenção à saúde e os processos relacionados a eles, incluindo a política e a organização, a infraestrutura sanitária, os recursos humanos e os recursos financeiros; a performance dos sistemas de atenção à saúde; os resultados produzidos em termos de mortalidade, morbidade, carga de doenças, bem-estar e estado de saúde; e a equidade em saúde. (MENDES 2011)

8.7 Os sistemas logísticos das Redes de Atenção à Saúde

Os sistemas logísticos organizam os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações nas Redes por meio de sistemas estruturados com base em tecnologias de informação. Os principais sistemas logísticos são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde. (MENDES 2011).

O cartão de identificação das pessoas usuárias é o instrumento que permite destinar um número de identidade único a cada pessoa que utiliza o sistema de atenção à saúde. Os prontuários eletrônicos únicos podem ser parte de um sistema mais amplo de registro eletrônico de saúde. Os registros eletrônicos de saúde são sistemas de centralização dos dados sobre as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, organizados a partir da identificação dessas pessoas, de forma longitudinal, envolvendo todos os pontos de atenção à saúde e todos os serviços prestados. Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de estruturas operacionais que medeiam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais. Os sistemas de transporte em saúde são soluções logísticas transversais a todas as Redes, imprescindíveis para o acesso aos pontos de atenção à saúde e aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. (MENDES 2011)

8.8 O sistema de governança das Redes de Atenção à Saúde

A governança das Redes de Atenção à Saúde é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. A governança objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações, definir objetivos e metas que devem ser cumpridos no curto, médio e longo prazos para cumprir com a missão e a com visão, articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização (SINCLAIR *et al.*, apud MENDES).

O sistema de governança compreende o desenho institucional, o sistema gerencial das redes de atenção à saúde e o sistema de financiamento das redes de atenção à saúde. (MENDES, 2011)

8.9 Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC

Proposta construída por Mendes o MACC é voltado para o Sistema Único de Saúde - SUS brasileiro, considerando que o SUS é sistema público universal com responsabilidades claras sobre territórios e populações, devendo incorporar intervenções sobre os determinantes sociais intermediários e distais. É um modelo expandido porque as intervenções sobre as condições de saúde estabelecidas devem ser feitas por subpopulações estratificadas por riscos e por meio de tecnologias de gestão da clínica. Tem como pressuposto a alteração do enfoque da gestão da saúde, saindo da gestão da oferta para a gestão de base populacional, a habilidade de um sistema de atenção em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, com estratificação dos riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a esta população e de prover o cuidado com foco nas pessoas e suas famílias e no contexto de suas culturas e de suas preferências. (MENDES, 2011)

Neste desenho, a coluna da esquerda, sob influência do modelo da pirâmide de riscos, está a população adscrita à APS, estratificada em subpopulações por riscos na coluna da direita, sob a influência do modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead estão as diferentes camadas de determinação social da saúde na coluna do meio, sob a influência do modelo de atenção crônica, estão os níveis de intervenções: promoção da saúde, prevenção das condições de saúde e intervenções assistenciais realizadas por meio da gestão da clínica e com as mudanças nos seis elementos do CCM. (MENDES, 2011)

Figura 4: Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: MENDES 2011

O nível 1 do MACC incorpora as intervenções de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais intermediários da saúde as intervenções são realizadas por meio de projetos intersetoriais.

O nível 2 do MACC incorpora as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde relativos aos comportamentos e aos estilos de vida. (MENDES, 2012)

Os níveis 3, 4, e 5 do MACC incorporam as intervenções sobre fatores de riscos biopsicológicos individuais e sobre condições de saúde estabelecidas, estratificadas por riscos. (MENDES, 2012)

A lógica de estruturação dos níveis 3, 4 e 5 do MACC segue o modelo da Pirâmide de Riscos da Kaiser Permanente, com a utilização da gestão da clínica. No nível 3 são realizadas intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos. No o nível 4 as intervenções são sobre as condições de saúde complexas com utilização da gestão da condição de saúde. No nível 5 são realizadas intervenções sobre as condições de saúde altamente complexas com utilização da gestão de caso. (MENDES, 2012)

MENDES (2012) descreve gestão da clínica como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos

ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada. As tecnologias de gestão da clínica são as diretrizes clínicas, através da gestão das condições de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera. As diretrizes clínicas são de 2 tipos: as linhas guias e os protocolos clínicos. (MENDES, 2012)

A gestão de caso é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar. (MENDES, 2012).

1 Processo de Gestão

9.1 Planejamento

O processo de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde atende à legislação que instituiu o Planejatus, no que se refere à elaboração e monitoramento dos instrumentos de gestão. O setor de Planejamento tem empreendido diversas ações visando aprimorar o processo e comprometer os profissionais de diferentes setores da gestão com o planejamento do trabalho e acompanhamento dos resultados alcançados, visando construir uma cultura de planejamento e avaliação. Percebe-se uma valorização dos profissionais quanto ao planejamento, aos indicadores e ao processo de monitoramento e avaliação das ações realizadas. Entretanto, a falta de disponibilidade de informações de boa qualidade e o atraso tecnológico na informatização da Secretaria ainda constitui graves problemas que dificultam as ações do planejamento e da própria gestão.

O município tem participado de projetos do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul dentre os quais merece destaque o Plano de Fortalecimento

da Atenção Básica, com o Programa Mais Médicos o Requalifica, que financia a qualificação e ampliação da Rede de Saúde. A SES também está investindo na qualificação e fortalecimento da Atenção Básica e o município habilitou-se aos incentivos de custeio e investimento para a construção de Unidades Básicas de Saúde, reforma de UBS e veículos de apoio para as equipes.

O planejamento juntamente com a programação e o controle e avaliação, tornam-se especialmente importantes para monitorar e fazer ajustes no processo de definição de responsabilidades assistenciais para qualificar e organizar a atenção à saúde da população Viamonense.

9.2 Regulação

O setor de Regulação está inserido no Departamento de Controle e Avaliação e Auditoria e tem atuado buscando organizar as filas de usuários que são encaminhados para consultas especializadas e exames de média complexidade. Embora tenha sido feito um grande esforço para qualificar as filas de espera, que são longas e históricas em Viamão, estabelecendo critérios de prioridade clínica para cada caso, conforme protocolos existentes, ainda a lógica dominante é voltada para as demandas (pacientes encaminhados) e não para as necessidades de saúde da população. Constata-se, assim como em outros municípios brasileiros, um excesso de encaminhamentos da atenção primária para outros níveis de atenção, evidenciando uma dependência na utilização de tecnologias duras, centradas em equipamentos e procedimentos.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, tem se percebido um aumento da resolutividade da Atenção Básica, com diminuição dos encaminhamentos para a médica complexidade ambulatorial. Esta tendência está sendo monitorada e avaliada.

9.3 Modernização Administrativa:

O Município de Viamão iniciou a modernização administrativa em dezembro de 2013. Esta modernização compreende a realização de cadastramento da população, a instalação de internet em todos os pontos de atenção à saúde, disponibilidade de rede lógica e equipamentos, sistema que interligará todas as Unidades de Saúde do município iniciando pelos próprios, para posterior inclusão dos contratados e conveniados com o SUS, através de prontuário eletrônico . Num segundo momento será implantada a central de telegendamento e ouvidoria.

Com a modernização administrativa da saúde objetiva-se evoluir em informações integradas na Atenção Básica, complexo regulador, na atenção às urgências, Vigilância em Saúde e áreas de apoio diagnósticas e administrativas, de modo interativo, compartilhado e continuado.

9.4 Financiamento:

O financiamento em Saúde compreende o aporte de recursos financeiros para a realização das Ações e Serviços Públicos de Saúde, financiado com recursos próprios das três esferas de Governo: União, Estados e Municípios, e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. As três esferas de Governo, Federal, Estadual e Municipal, tem a obrigação de assegurar o montante de recursos necessários ao Fundo de Saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 e a Lei Complementar nº 141/2012, a qual dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por estas três esferas. A mesma estabelece os critérios de rateio de recursos para as transferências e normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com Saúde.

As esferas municipais e estaduais compete aplicar na saúde um percentual , 15% e 12% da arrecadação líquida de impostos com ações e serviços públicos de saúde. A União deve aplicar o valor do ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto- PIB do ano anterior.

A movimentação dos recursos financeiros é realizada através dos Fundos de Saúde, que se constituem em unidades orçamentárias e gestoras dos recursos da saúde.

O município vem investindo nos últimos anos valores percentuais recomendados

(SIOPS), conforme tabela 40.

Tabela 40 – Recursos financeiros aplicados em saúde no Município de Viamão, considerando a Lei 141 – EC 29, recursos municipais, recursos estaduais, recursos federais, somatório dos valores e valor per capita dos anos de 2010 a 2013.

Ano	Valor Municipal		Valor de Transferências Estaduais Em R\$	Valor de transferências Federais Em R\$	Total aplicado em saúde Em R\$	Per capita soma das 3 esferas
	% da EC 29 –LC 141	Em R\$				
2010	14,91	23.036.676,77	1.276.245,24	8.237.035,87	31.273.712,64	125,09
2011	15,25	27.276.357,93	2.293.277,95	8.967.931,04	36.244.288,97	144,98
2012	16,04	31.698.599,45	3.358.469,18	8.518.376,59	40.216.976,04	160,87
2013	17,03	35.097.908,77	6.768.961,40	11.182.854,18	46.280.762,95	185,12

9.5 Educação Permanente

Os processos de educação permanente impõem aos serviços e setores de treinamento/capacitação e de educação permanente das instituições de serviço de saúde a adoção de concepção pedagógica problematizadora, com o propósito de estimular a reflexão da prática e a construção do conhecimento.

As equipes gestoras da Secretaria da Saúde de Viamão vêm desenvolvendo processos de educação permanente com todos os trabalhadores de forma sistemática e de acordo com as necessidades de cada categoria profissional ou serviço.

O município está se habilitando ao incentivo estadual que tem este objetivo, conforme resolução CIB- SES/RS. Para isso é pré requisito a constituição do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, composto por técnicos da Secretaria.

Também está se estimulando as equipes que façam adesão as diversas formações ofertadas pelo Ministério da Saúde outros organismos federais e pela SES/RS.

9.6 Humanização em saúde: acolhimento

A implantação do acolhimento à demanda espontânea foi uma decisão de gestão.

Inicialmente a temática foi trabalhada em três momentos distintos de sensibilização de todos os trabalhadores de saúde do município, concomitante a isso as equipes foram estimuladas a instituir reuniões de equipe com intervalo semanal e foram realizadas rodas de conversa para implantação do acolhimento em cada Unidade Básica de Saúde (UBS), levando em consideração as peculiaridades de cada equipe e sua

comunidade. Passado esse período que temporalizado ocorreu em sete meses o acolhimento estava implantado em todas as UBS do município.

A partir da implantação do acolhimento todo usuário que procurar a UBS demandando algum tipo de atendimento passará pelo acolhimento onde será ouvido por um profissional de saúde. A existência de um espaço de escuta e a atitude acolhedora do profissional são a chave para identificação dos motivos de busca por atenção e, conseqüentemente, para intervenções mais resolutivas.

O objetivo é que o profissional consiga escutar o usuário, perceber as diversas dimensões (subjetivos, biológicas e sociais) relacionadas ao motivo da procura por atendimento e identificar risco e vulnerabilidade, de maneira a orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do seu problema, podendo ser uma consulta eletiva (agenda para no máximo 15 dias), consulta para semana, consulta para o mesmo dia, orientações de saúde ou atividade programáticas (coleta de CP, atividades de grupo). As agendas para consultas médicas, de enfermagem ou odontológicas são gerenciadas pelo acolhimento.

A estratégia do governo de priorizar a atenção básica com ampliação das Equipes de Saúde da Família e a implantação do acolhimento como uma decisão de gestão, mudou a forma de cuidar da saúde das pessoas, e as unidades básicas de saúde passaram a ser a porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, buscando subsídios para resolver a maior parte das condições de saúde/adoecimento. Hoje o desafio é legitimar a efetividade do acolhimento e da atenção básica junta à população criando espaços de conversa e trocas dentro de cada comunidade com o objetivo de dar voz ao usuário, fazendo com que ele se sinta parte desse novo modo de agir e pensar em saúde.

Com esta estratégia de humanização, o acolhimento está implantado em todas as Unidades Básicas de Saúde do Município de Viamão, sejam elas da Estratégia de Saúde da Família ou do modelo tradicional .

9.7 Infraestrutura e apoio logístico:

Unidades de Saúde da Secretaria Municipal:

Endereços dos Departamentos, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Referência, Serviços e Setores da Secretaria Municipal de Saúde:

Tabela 41 - Unidades de Saúde do Município em 2013

Unidade	Endereço	Telefone
Gabinete da Secretária	Av. Senador Salgado Filho , 5412 - 3º andar	3054-7505
Departamento de Apoio Administrativo	Av. Senador Salgado Filho , 5412 - 3º andar	3054-7503
DAA/Setor de Almoarifado	Av. Senador Salgado Filho, 4661	3435-1739
DAA/Setor de Transporte	Estrada do Cocão, 1260	3434-0267
Departamento de Atenção à Saúde – DAS	Av. Senador Salgado Filho, 5412 - 4º andar	3054-7522
DAS/Setor de Remoções	Av. Senador Salgado Filho, 5412 - 1º andar	3485-7232
DST/AIDS Centro de Testagem e Aconselhamento Herbert de Souza	Rua Ângelo Silveira, 170 Lanza	3493-8702
Departamento de Controle Avaliação e Auditoria – DCAA	Av. Senador Salgado Filho, 5412 - 5º andar	3054-7507
Departamento de Vigilância em Saúde – DVS	Av. Senador Salgado Filho, 5554	3434-0395
DVS/Centro de Controle de Zoonoses	Rua José Garibaldi, 3840 - Passo do Vigário	3492-8099
DVS/Programa Municipal de Controle da Tuberculose	Rua José Garibaldi, 470 Centro - Fundos	3485-8020
URS Centro	Rua José Garibaldi, 470 Centro	3485-8020
URS Lomba do Sabão	Rua Ângelo Silveira, 170 Lanza	3493-1191
Pronto-Atendimento 24hrs Viamão	Av. Senador Salgado Filho, 5412 São Lucas	3054-7526
UBS Augusta Marina	Rua Dario G. Molho, s/n Augusta	3435-0326
UBS Capão da Porteira	RS 040, Km 47, pda.: 133	3321-1691
UBS Esmeralda	Rua Presidente Vargas, 46 Esmeralda	3046-3864
UBS Monte Alegre	Rua Espírito Santo, 200 Monte Alegre	3493-7343
UBS Orieta	Av. Orieta, 220 Orieta	3446-3975
UBS Planalto	Av. Monte Negro, 75 Planalto	3446-7626
UBS Santa Cecília	Av. Édio Nagel Boit, 60 Cecília	3435-2620
UBS Santa Isabel	Rua Pedro Luiz Grassi, 360 Santa Isabel	3485-8182
UBS São Tomé	Av. Lindóia, 81 São Tomé	3446-2869
ESF Águas Claras	RS040, Km 28 pda 88 Águas Claras	3498-2167
ESF Augusta Meneguini	Rua Teodoro Luiz de Castro, 730 Augusta	3435-2627
ESF Itapuã	Rua Godofim Saraiva, s/n Itapuã	3494-1622
ESF Luciana	Rua Zilda de Abreu, 750 Vila Luciana	3493-1828

ESF Vila Elza	Rua Catulino Antunes Morem, 344 Vila Elza	3436-0060
ESF Itinerante	Av. Senador Salgado Filho, 5412	Em instalação
Consultório na Rua	Rua Dario G. Molho, s/n Augusta	3435-0326
CAPS II Álcool e Drogas – Nova Vida	Rua Leopoldo Miguez, Nº 55	3485-8762
CAPS II Casa Azul	Av. Nossa Senhora de Fátima, 663 Viamópolis	3492-3086
CAPS II Centro Renascer	Rua 2 de Novembro, 167 Centro	3492-8913
CAPS I infantil	Av. Bento Gonçalves, 443 Centro	
Unidade de Saúde Indígena – atende as comunidades de Itapuã, Cantagalo e Estiva. Atendidos por equipe itinerante.		3054-7522
Aldeia Indígena de Itapuã	Estrada do Gravatá, 519 – Itapuã	
Aldeia Indígena do Cantagalo	Estrada do Cantagalo, 3725 – Cantagalo	
Aldeia Indígena da Estiva	RS 040 km 39 parada 116 – Estiva	

1 Fonte: Arquivo da Secretaria de Saúde

Transporte Sanitário e da Equipe:

Tabela 41 – Frota de Veículos da Secretaria Municipal de Saúde de Viamão:

Placa	Modelo	Ano	Programa
UNIDADE MÓVEL			
III 4082	ÔNIBUS	1998	UN.MEDICO/ODONTO
ANC 3467	BOXER	2005	UN.GINECOLOGIA
IQQ 2453	SPRINTER	2009	UN. ODONTOLÓGICA
IPI 4943	SPRINTER	2008	UN.CTA
AMBULÂNCIAS			
ILU 5126	AMBULÂNCIA	2003	SAMU SALVAR
IRM 5453	AMBULÂNCIA	2011	SAMU SALVAR
IUQ 6819	AMBULÂNCIA	2012	SAMU SALVAR
IUS 7163	AMBULÂNCIA	2013	SAMU SALVAR
IVD 5428	AMBULÂNCIA	2013	TRANS.SOCIAL.
IVF 2261	AMBULÂNCIA	2013	U T I MOVEL
IVD 5484	AMBULÂNCIA	2013	TRANS.SOCIAL. Itapuã
IQP 4652	AMBULÂNCIA	2009	TRANS.SOCIAL.
ISI 5585	AMBULÂNCIA	2011	TRANS.SOCIAL.
IQP 4881	AMBULÂNCIA	2009	TRANS.SOCIAL.
KOMBI			
IOY 0121	KOMBI	2008	CNSULTORIO D/ RUA
JEF 8591	KOMBI	2008	COMBATE A DENGUE
IQD 9902	KOMBI	2009	Transporte em saúde
IPV 0956	KOMBI	2008	Transporte em saúde
IQR 6720	KOMBI	2009	Transporte em saúde
IQR 6723	KOMBI	2010	R TRANS SOCIAL

IQR 8081	KOMBI	2010	Transporte em saúde
IQA 8571	DUCATO	2009	Transporte em saúde
IQY 0119	KOMBI	2008	TRANS. SOCIAL
IPA 4654	KOMBI	2008	TRANS. SOCIAL
CAMINHONETES			
ILK 2817	S 10	2005	MANUTENÇÃO PRED
IQP 5276	S 10	2009	C T A
EVZ 7864	RANGER	2011	ALIMENTOS
INU 8552	RANGER	2007	ESTABELECIMENTOS
INU 8553	RANGER	2007	AGUAS
FBM 2312	RANGER	2011	E C Z
IMF 4608	L 200	2005	SAUDE INDIGENA
PALIO			
IMQ 0791	PÁLIO WEEK	2005	SAÚDE INDIGENA
IPV 1176	PALIO	2006	T B (D.V.S)
			GOL
IQR 6718	GOL	2010	E S F
IQR 6735	GOL	2010	CAPS
IQR 6743	GOL	2010	R TRANSPORTE
MOTO			
IMN 3026	MOTO 250	2006	MALOTE POA
IPL 9003	MOTO 125	2007	DENGUE
			FIESTA
ITG 9066	FIESTA	2012	E S F
ITG 9077	FIESTA	2012	DAS
ITG 9088	FIESTA	2012	AGUAS
LOGAN			
HGF 2240	LOGAN	2011	SEM DOCUMENTO
ETX 8374	LOGAN	2010	
ETX 8377	LOGAN	2010	DVS
HBZ 8667	LOGAN	2011	
MICRO ÔNIBUS			
IRP 3004	MICRO	2011	TRANS. SOCIAL
ISG 0658	MICRO	2011	TRANS. SOCIAL
IRV 9496	GRAN MICRO	2011	CENTRO D ZOONOSE
CAMINHÃO			
NVP 4099	CARGO	2011	ALMOXARIFADO
			OUTROS
III 7000	ROÇADEIRA		
	PULVERIZADOR		

Muitos veículos se encontram em péssimas condições e sua manutenção tem sido custosa. Existe programação de substituição gradativa dos mesmos.

9.8 Recursos Humanos:

A Secretaria Municipal de Saúde conta com os servidores descritos na tabela 42.

Tabela 42- Listagem dos recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde por categoria funcional e entidade.

SERVIDOR	MUNICIPAL	FEDERAL	ESTADUAL	ESTAGIÁRIOS	LAGOS RIO	KOLE-TAR	ACAM VI	FUNDAÇÃO Getúlio Vargas	TOTAL
Cirurgião dentista	29								29
Médicos	52	1			15			14	82
Prog, Mais Médicos	24								24
Enfermeiros	35				9		6	9	59
Técnicos de Enfermagem	36				10		6	26	78
Auxiliar de Enfermagem	70	2							72
Administrador	2								2
Advogado	1								1
Bioquímico	1				1				2
Veterinário	3								3
Assistente Social	1						4		5
Farmacêutico	3							1	4
Arquiteto	1								1
Fonoaudióloga	2						1		3
Nutricionista	7								7
Téc.n.Nutrição	4								4
Acomp.Terapêutico	2						3		5
Ag.Endemias	10				44				54
Aux.Administrativo	8	1	4		2		8	9	32
Ccs	42								42
Insp.Sanitário	4								4
Mecânico	1								1
Motorista	19								19
Fiscal Meio Ambiente	1								1
Bombeiro	1								1
Marceneiro	1								1
Apontador	1								1
Aj.Oper.Mão Espec.	1								1
Serv.Escolar	4								4
Vigilante	5								5
Aux.Serv.Gerais	2					32			34
Pintor	2								2
Oper.Não Espec.	29								29
Pedreiro	6								6

Prof.Funda- mental	1								1
Prof.Port.	1								1
Aux.Educ.Inf.	1								1
Op.Máq.Pesa- da	2								2
Carpinteiro	1								1
Contador	1								1
Mestre de Obras	1								1
Gari	2								2
Estagiários				17					17
Pedagoga							2		2
Terapeuta Ocu- pacional							7		7
Redutor de Da- nos							6		6
Ass. Financeiro							1		1
Educador Físi- co							4		4
Auxiliar de Far- mácia					14			2	16
Cargo de Confi- ança	45							1	46
Auxiliar de Se- gurança								13	13
Faturamento								3	3
Aux. Higieniza- ção								8	8
Oficineiro									0
coordenação					4				4
ACS					62				62
TOTAL	465	4	4	17	161	32	48	86	817

Fonte: RH da Secretaria Municipal de Saúde de Viamão.

A gestão municipal está realizando o estudo da situação dos recursos humanos da Prefeitura e será elaborado Plano de Carreira, Cargos e Salários próprio para a Secretaria Municipal da Saúde. Para a elaboração do PCCS será realizado dimensionamento das necessidades de servidores para atender os diferentes serviços existentes na Secretaria, bem como serão definidos as formas de preenchimento destes cargos e funções.

2 Políticas intersetoriais

O Governo Municipal de Viamão definiu dois eixos de ações intersetoriais, operacionalizando efetivamente a integração dos diversos serviços ofertados pelas Secretarias Municipais de Governo: **O Cuidado com as Pessoas e o Cuidado com a Cidade**. Cada eixo e ação desenvolve ações que otimizam os recursos e integram as políticas públicas existentes e as que estão em construção. O Cuidado com a Cidade

está relacionado a estrutura urbana e rural e o desenvolvimento econômico do município e o cuidado com as pessoas está relacionado a vida cotidiana de todos os moradores de Viamão através das políticas sociais.

Destaca-se que os eixos têm papel organizador e integrador das áreas e Secretarias afins, não sendo excludentes, e sim complementares em todas as suas políticas públicas.

10.1 Promoção da Saúde e as políticas sociais

As políticas sociais compõem um conjunto de programas e ações que implicam em oferta de bens e serviços com o objetivo de atender as necessidades e os direitos sociais que afetam vários dos componentes das condições básicas de vida da população e que se sintetizam em dois grandes eixos constitutivos da proteção e da promoção social, mas que implicam em proteção, prevenção, promoção e inserção ou inclusão.

A estruturação da rede de proteção social no Brasil dependeu, inicialmente, da estabilização da economia, com o fim da inflação que prejudicava especialmente os mais pobres e ao longo do tempo alcançou um novo patamar de combate à exclusão social, atacando as fontes geradoras da miséria. O mais recente relatório do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) sobre a evolução do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), relativo a 2012, confirma que a transformação brasileira começou em 1994, “quando o governo implementou reformas macroeconômicas para controlar a hiperinflação, com o Plano Real, e concluiu a liberalização do comércio, que começou em 1988, com a redução de tarifas e o fim de restrições comerciais”.

A partir da Constituição de 1988 se definiram novos marcos para as políticas sociais no Brasil. Ao se estabelecer que nenhum benefício poderia ser menor que um salário mínimo, o antigo FUNRURAL se modificou e ampliou através da Lei 9032/1995), que regulamentou a aposentadoria plena no campo. A LOAS/Lei Orgânica de Assistência Social (Lei 8742/1993) firmou a assistência social como um “direito do cidadão e dever do Estado”. A regulamentação de fundos de financiamento para os programas governamentais foi decisiva no processo de combate à pobreza. O Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), instituído pela LOAS (Lei 8.742/1993, assegurou os benefícios sociais aos idosos e pessoas com deficiência.

Na educação básica, fonte estável de recursos se estabeleceu com o FUNDEF (EC

14/1996, regulamentado pela Lei 9.424/1996.

Na saúde, o FNS, tornou financeiramente viável o SUS (Sistema Único de Saúde). Em 2000 surgiu o Fundo Nacional de Combate e Erradicação da Pobreza beneficiando famílias abaixo da linha de pobreza.

Mais que recursos, porém, uma nova articulação com a sociedade civil se erigiu em 1995 através do Programa Comunidade Solidária que concatenou e priorizou um conjunto de 20 programas, executados por nove ministérios (Agricultura, Educação, Esportes, Fazenda, Justiça, Planejamento e Orçamento, Previdência e Assistência Social, Saúde e Trabalho). A sinergia das ações governamentais, o foco de trabalho e o apoio da sociedade permitiram modificar o conteúdo e o caráter das políticas sociais no Brasil.

Ao final de 2002, cerca de 6,5 milhões de famílias estavam sendo atendidas nos programas de transferência de renda no País. Outros 6,5 milhões de trabalhadores rurais estavam beneficiados com aposentadoria plena. Cerca de 1,5 milhão de pessoas idosas ou com deficiência recebiam seu benefício continuado de um salário mínimo. Consequência: entre 1994 e 2001, a participação dos gastos sociais no orçamento federal passou de 23% para 28,3%, significando um expressivo ganho real, fazendo com que os dispêndios na área social atingissem 3% do PIB nacional.

Com o Programa Comunidade Solidária a distribuição de cestas de alimentos se ampliou para as famílias carentes identificadas pelas Prefeituras nas regiões de pobreza e, mais tarde, também comunidades indígenas e acampamentos de sem terra (Programa Comunidade Ativa).

Nos anos 90 e início dos anos 2000 surgiram vários programas que ajudaram a estruturar a **rede de proteção e promoção social no Brasil**, entre eles o Bolsa Alimentação, o Bolsa Escola, o Garantia de Renda Mínima, o Auxílio-Gás, o Projeto Alvorada que reforçou e integrou 17 ações governamentais – nas áreas de educação, saúde, saneamento, emprego e renda – com foco regionalizado nos municípios com IDH abaixo de 0,50. Foram inicialmente selecionados 1796 municípios, que passaram a receber recursos para o desenvolvimento de ações integradas no combate à exclusão social.

Em 2001 iniciou a unificação dos cadastros dos Programas Bolsa Escola e Bolsa Alimentação através do Cadastro Único dos Programas Sociais. O Programa Bolsa Renda (MP 2.203/2001), regulamentado pela Lei 10.458/ 2002), tornou-se o mais

emblemático da modernização das políticas sociais no Brasil, levando o governo a atuar por meio da transferência direta de renda monetária às famílias.

No ano de 2002, foi instituído o “Cartão do Cidadão”, em forma magnética, permitindo às pessoas beneficiárias receberem seu auxílio financeiro diretamente da Caixa Econômica Federal. Representou o golpe da morte na política social clientelista do Brasil e, em 2004, o governo federal criou o Bolsa Família, unificando os quatro programas: Bolsa Escola, Bolsa Família, Auxílio Gás e as transferências do PETI, implantando definitivamente, o Cadastro Único dos programas sociais do governo federal, e mantendo a diretriz da transferência de renda.

Em 2005 foi criado o Projovem, que reestruturado em 2008 gerou o Projovem Urbano, Projovem Adolescente, Projovem Trabalhador e Projovem Campo Saberes da Terra e, foi criado o FUNDEB que sucedeu e ampliou o FUNDEF em 2006 e, já no ano de 2009 foi lançado o Minha Casa, Minha Vida.

O ano de 2011 foram criados diversos programas como o Rede Cegonha com o objetivo de ampliar a rede de assistência destinada às gestantes e aos bebês para reduzir a mortalidade infantil e materna; o “ProUni do Ensino Técnico”, o Pronatec (Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego) que foi lançado para dar bolsas de estudo a alunos e trabalhadores que queiram fazer cursos técnicos e profissionalizantes e o Brasil sem Miséria, como complemento do Bolsa Família visando erradicar a pobreza extrema no Brasil através da garantia de renda, garantia do acesso aos serviços e inclusão produtiva.

Hoje o Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) é um instrumento de coleta de dados e informações com o objetivo de identificar todas as famílias de baixa renda existentes no país, a fim de incluí-las nos programas sociais do Governo Federal como o [Bolsa Família](#), [Projovem Adolescente/Agente Jovem](#), [Programa de Erradicação do Trabalho Infantil \(Peti\)](#), [Tarifa Social de Energia Elétrica](#) e outros.

Além disso, o CadÚnico também é utilizado para conceder a isenção de pagamento de taxa de inscrição em concursos públicos realizados no âmbito do Poder Executivo Federal.

Essa retrospectiva torna claro que a rede de proteção social no Brasil tem se consolidado e ampliado nos últimos anos, seja pela criação de programas em diferentes governos, seja pela modernização e avanços na normatização das políticas sociais bem

como pela ampliação dos recursos investidos pelos diferentes entes federados, pela participação da sociedade em Conferências de diferentes níveis governamentais e em Conselhos integrados por representantes da sociedade civil e dos governos, com atribuições consultivas e deliberativas sobre programas e ações desenvolvidas no campo das políticas sociais.

10.2 Novas Diretrizes Propostas para Políticas Sociais Municipais

A Conferência da Cidade de Viamão aprovou as proposições apresentadas pelo Executivo Municipal que apontam novas diretrizes ao Plano Diretor Municipal estabelecido pela Lei Municipal Nº 3.530/2006, no que tange a políticas sociais, com um conjunto de propostas abrangentes para as áreas de políticas sociais, centradas numa ideia/força que conduz à integração das ações de governo na busca de atender, com agilidade e qualidade, as necessidades da população compreendendo-a portadora de direitos legalmente assegurados na Constituição de 1988 que estabelece, no artigo 6º, que *“são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”*.

Como estratégia para atender os direitos sociais referidos, a Conferência da Cidade aprovou diretrizes que conduzem à necessidade de integração das políticas sociais através da gestão compartilhada dos projetos/atividades desenvolvidos pelos diferentes órgãos municipais que atuam na área social, visando:

- potencializar as diferentes capacidades técnicas dos profissionais que atuam nas secretarias e órgãos da administração municipal e das organizações sociais parceiras que atuam nas políticas sociais municipais;
- racionalizar e otimizar o uso dos recursos públicos e das organizações sociais parceiras das políticas sociais, visando conseguir resultados mais rápidos e melhores nas ações desenvolvidas;
- melhorar e tornar mais eficiente o uso de equipamentos e tecnologias à disposição das políticas sociais;
- executar com mais eficiência e eficácia o planejamento, o desenvolvimento, o controle e a avaliação dos diferentes projetos e ações desenvolvidas pelas

secretarias responsáveis pelas políticas sociais de educação, saúde, assistência social, cultura, lazer, esporte, saneamento ambiental, habitação e segurança pública, buscando melhor efetividade das políticas sociais no município.

10.3 O Planejamento da Integração das Políticas Sociais

Para efetivar a integração das políticas sociais o governo municipal, inicialmente reuniu as secretarias Municipais de Gestão, Educação, Saúde e Cidadania e Assistência Social que relacionaram os projetos/atividade de cada secretaria com interrelação ou possível transversalidade com as demais secretarias para que servissem de base para o início do processo de integração. Os projetos/atividade foram agrupados em políticas que tratam da criança e do adolescente, das mulheres e dos idosos e outros, que não se restringindo a esses recortes sociais, tivessem a característica de abrigar ações passíveis de serem desenvolvidas em parceria com as demais secretarias.

Coordenado pela Secretaria Municipal de Gestão iniciou-se o processo de planejamento da integração através de reuniões envolvendo os dirigentes das secretarias e técnicos responsáveis pelos projetos/atividades em cada secretaria.

Definida a metodologia do trabalho com a participação dos representantes das diferentes secretarias, os projetos/atividades passaram a ser detalhados em um plano de ação conjunta, tendo sido priorizados inicialmente o Crack, é Possível Vencer e o Primeira Infância Melhor – PIM.

Vários projetos/atividades vem sendo detalhados em ações conjuntas das secretarias de Gestão, Educação, Saúde e Cidadania e Assistência Social e o governo municipal decidiu instituir através de decreto o Comitê Municipal de Acompanhamento e Monitoramento de Políticas Sociais Integradas das Áreas de Educação, Saúde, Cidadania e Assistência Social e Cultura e Esportes, incluindo esta última secretaria e seus projetos/atividades cujos objetivos se identificam com aqueles definidos para serem desenvolvidos de forma articulada com ações das demais secretarias.

As Secretarias envolvidas no processo de integração passaram a contar com grupos técnicos de gestão dos projetos/atividades (gestores de projetos) em cada secretaria e estes estão relacionados no site da Prefeitura Municipal num linque denominado “políticas sociais integradas” existente em cada uma das secretarias que fazem parte do processo,

sendo possível identificar os grupos de projetos e os gestores responsáveis por eles com os respectivos telefones para contato.

No dia 17 de julho de 2013 o Governo Municipal realizou reunião pública com convite aos Conselhos Municipais vinculados às secretarias Educação, Saúde, Cidadania e Assistência Social, quando foi apresentado o processo de integração das políticas sociais, seus objetivos, projetos/ atividade inicialmente relacionados e agrupados em blocos que tratam da criança e do adolescente, das mulheres e dos idosos, planejamento e formas de acesso da população às informações a respeito.

A integração de políticas sociais é um processo que está sendo iniciado, baseado no mapa social e seus indicadores que apontam as demandas, especialmente da população em situação de vulnerabilidade social onde há maior necessidade de proteção e promoção social o que inclui políticas de habitação, saúde, educação, emprego, segurança, esporte e lazer, entre outras. Por essa razão o Bairro Augusta consta como foco prioritário para os projetos iniciais da integração das políticas sociais.

Inicialmente foi relacionado um conjunto de projetos para a política de integração, que implica uma mudança cultural na gestão pública, com a capacitação e o trabalho conjunto de pessoas de diferentes secretarias, com a definição de metas e indicadores e resultados a serem alcançadas a curto, médio e longo prazos, o que dependerá também da estruturação de rede informatizada com programa de gestão como ferramenta indispensável para permitir ganhos em eficiência, velocidade e transparência, atendendo dessa forma, não só uma melhor efetividade das políticas sociais, como maior e mais qualificada participação da sociedade na gestão pública, especialmente através da atuação dos diferentes Conselhos Sociais ligados ao setor.

O Comitê Municipal de Acompanhamento e Monitoramento de Políticas Sociais Integradas reunir-se-á mensalmente para acompanhar o andamento dos trabalhos e os grupos técnicos de gestão terão reuniões semanais de trabalho para concluírem o Planejamento das Ações dos diferentes projetos/atividades e definirem as ações a serem desenvolvidas na execução dos diferentes projetos, seu planejamento operacional, controle e acompanhamento das mesmas e procederem a avaliação e o necessário realinhamento daí decorrentes.

10.4 Academias de Saúde

O Programa Academia da Saúde, criado pela [Portaria nº 719](#), de 07 de abril de 2011, tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

Os polos do Programa Academia da Saúde são espaços públicos construídos para o desenvolvimento de atividades como orientação para a prática de atividade física; promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato) e organização do planejamento das ações do Programa em conjunto com a equipe de APS e usuários.

As atividades serão desenvolvidas por profissionais de saúde da atenção primária em saúde, especialmente dos Núcleos de Saúde da Família (NASF), podendo ser agregados profissionais de outras áreas do setor público.

10.5 PIM – Primeira Infância Melhor

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) integra a Política Estadual de Promoção e Desenvolvimento da Primeira Infância e está sendo trabalhado de forma conjunta com o Rede Cegonha sendo chamado de Rede Cegonha/PIM. É desenvolvido em ação conjunta das Secretarias da Saúde, Educação, Cultura, Trabalho e Desenvolvimento Social.

É um programa institucional de ação socioeducativa voltado às famílias com crianças de zero até seis anos e gestantes, que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Tem como referência metodológica o Projeto cubano "Educa tu Hijo" do Centro de Referência Latinoamericana para La Educacion Preescolar (CELEP). Fundamenta-se teoricamente nos pressupostos de Vygotski, Piaget, Bowlby, Winnicott e Bruner, além de recentes estudos da Neurociência.

Está voltado para o desenvolvimento pleno das capacidades físicas, intelectuais, sociais e emocionais do ser humano, tendo como eixo de sustentação a comunidade, a família e a intersetorialidade.

Com o objetivo orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências para o estímulo ao desenvolvimento das capacidades e potencialidades de suas crianças, as

ações do PIM consistem em:

- apoiar e fortalecer as competências da família como primeira e mais importante instituição de cuidado e educação da criança nos primeiros anos de vida;
- prestar apoio educacional e amparar as crianças para complementar as ações da família e da comunidade;
- prestar assistência social às crianças e às famílias beneficiadas por serviços de proteção social básica;
- prestar toda e qualquer orientação às famílias sobre cuidados de saúde da gestante e da crianças em articulação com os programas de saúde da mulher, criança e da família.

Para a implementação da política nos municípios define-se como funções de cada secretária na gestão do Rede Cegonha/PIM

10.6 CRACK – É possível Vencer

Lançado em dezembro de 2011, o programa “Crack, é possível vencer” é um conjunto de ações do Governo Federal para enfrentar o crack e outras drogas.

O programa conta com ações dos ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além da Casa Civil e da Secretaria de Direitos Humanos.

Trata-se de um programa que integra o trabalho das Secretarias de Saúde, Educação, e das Polícias Civil e Militar.

Um dos principais eixos do programa é a prevenção, que está estruturado em três bases: na escola, na comunidade e na comunicação com a população.

No Rio Grande do Sul, apenas os municípios de Porto Alegre, Canoas, Caxias do Sul, Gravataí, Novo Hamburgo, Pelotas, Santa Maria, São Leopoldo e Viamão aderiram ao Programa Crack é Possível Vencer.

A diversidade dos problemas trazidos pelo uso abusivo das drogas, em destaque o crack, nas dimensões biológicas, psíquicas, sociais e culturais é fator determinante para adesão de nosso município ao Programa, que tem por objetivo aumentar o acesso aos serviços e tratamento ao usuário e seus familiares, reduzir a oferta por meio do

enfrentamento aos trafico de drogas, promovendo ações de educação e capacitação.

10.7 Políticas de Inclusão de Pessoas com Deficiência

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósito reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano" de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social" e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Em nosso município esta política vem se estruturando a partir deste ano fazendo parte do conjunto de ações das Política Públicas Integradas, tendo como Secretaria Sede, a Assistência Social.

10.8 Programa de Saúde na Escola

Políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover o desenvolvimento pleno desse público, aproveitando o espaço privilegiado da escola para práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é, portanto, fundamental para o Programa Saúde na Escola. o PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras.

Viamão já aderiu ao Programa e iniciará atendendo aproximadamente 4.000 alunos em 08 escolas com foco na Região das Augustas, Monte Alegre e Jari.

9 Ações e Acesso ao Serviço de Saúde

9.1 Atenção Primária à Saúde / Atenção Básica

A APS é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população. Esse enfoque está em consonância com as diretrizes do SUS e tem

como valores a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo (BRASIL, 2006; TAKEDA, 2004).

As evidências demonstram que a Atenção Primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde (STARFIELD, 1994), realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde.

A Atenção Primária diferencia-se da secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos) que se apresentam, sobretudo em fases iniciais, e que são, portanto, menos definidos

São princípios da APS: primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação. São princípios derivados dos anteriores o enfoque na pessoa (não na doença) e na família, valorização dos aspectos culturais, a orientação para a comunidade.

A qualificação da APS em Viamão é através da implantação da Estratégia de Saúde da Família.

O município conta com 16 Unidades de Básicas de Saúde, as quais estão descritas no início deste Plano.

9.1.1 Acolhimento nas UBS

Objetivando mudar essa realidade o Departamento de Atenção a Saúde (DAS) em conjunto com a Coordenação do ESF elaborou o projeto Acolhe Viamão, que propõe mudança no processo de trabalho das equipes de saúde da família e das UBS tradicionais, trazendo o acolhimento como ferramenta para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, humanizar o atendimento e fomentar a formação de vínculo.

Objetivo Geral desta ação é implantar o acolhimento em todas as equipes de ESF e UBS tradicionais do município de Viamão. Tem como objetivos específicos criar a cultura do atendimento sempre; valorizar usuário e suas demandas; fortalecer o vínculo equipe de saúde x usuário; aumentar a resolutividade do serviço de saúde; legitimar o papel e

importância de cada profissional de saúde dentro de suas especificidades; acabar com as filas para agendamento de consultas.

A Justificativa para esta ação é que a Estratégia Saúde da Família tem se configurado como a principal estratégia para reorganização da atenção básica e impulsionadora da reorganização do processo de trabalho². Apesar das dificuldades encontradas na organização dos serviços de saúde e processos de trabalho em saúde, estudos mostram que a implantação do acolhimento á demanda espontânea fortalece o vínculo entre a equipe e a comunidade, legitima os diferentes saberes, favorece a humanização do atendimento.

9.1.2 Saúde Bucal

A Atenção à Saúde bucal na Atenção Básica está sendo estruturada para fazer parte das Equipes de Saúde da Família. Atualmente são XX unidades que contam com atendimento odontológico básico de forma fragmentada. Nesta ação pretende-se além da atenção básica em odontologia, fortalecer as ações que vem sendo desenvolvidas em conjunto com a Secretaria de Educação com foco na escovação supervisionada e atendimento dos escolares.

9.1.3 Consultório na Rua

As equipes do Consultório na Rua - eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica.

Entre as atividades da eCR está incluída a busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, além disso a equipe multiprofissional lida com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. Suas atividades são realizadas *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

9.1.4 Núcleos de Apoio a Estratégia de Saúde da Família

O Ministério da Saúde criou este dispositivo assistencial para apoiar as equipes de Saúde da Família potencializando as ações desenvolvidas e trabalhando com o matriciamento do cuidado nas diversas ações desenvolvidas, especialmente aquelas de maior relevância epidemiológica.

9.2 Atenção ambulatorial

Na tabela a seguir observa-se o quantitativo de serviços ambulatoriais e hospitalares do município.

O município de Viamão tem historicamente uma baixa oferta de serviços ambulatoriais para a maioria das especialidades, configurando uma grande dependência dos serviços ambulatoriais de Porto Alegre. Existe necessidade de ampliar esta oferta. A lista de espera para tratamento ambulatorial e hospitalar já chega a mais de 13 mil pessoas. As estratégias para esta ampliação envolvem chamamento público dos serviços existentes em Viamão, ampliação da oferta no Instituto de Cardiologia Hospital Viamão além da otimização dos profissionais disponíveis no quadro da Prefeitura que tem alguma especialidade que se faz necessário para a ampliação da oferta.

Tabela 43 – Serviços de Saúde existentes no Município de Viamão segundo o CNES em 2013.

Natureza	CAPS	UBS	Ambulatório EPECIAL.	CONS	HOSPITAL GE- RAL	POLICLINICA	POSTO DE SAU- DE	PRONTO SO- CORRO ESPECI- AL	SECRETARIA DE SAUDE	UNIDADE DE ATENÇÃO A	UNIDADE DE SERVICO DE	UNIDADE MO- VEL DE NIVEL	UNIDADE MO- VEL TERRES-	Total
TOTAL	4	12	12	27	2	6	5	1	2	2	11	1	3	88
Administração Di- reta da Saúde (MS, SES, e SMS)	4	12	2	-	1	4	5	-	2	2	-	1	3	36
Empresa Privada	-	-	10	27	-	2	-	1	-	-	11	-	-	51
Entidade Benefi- cente sem fins lu- crativos	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II (duas unidades), CAPS AD (1 Unidade) e CAPS Infantil (01 Unidade) que o município implantou e atendem a população adulta e infantil em sofrimento psíquico além dos usuários de álcool e outras drogas.

A Política de Saúde Mental está preconizando a implantação de unidades de Acolhimento adulto e Infantil objetivando o acolhimento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas que não dispõem de vínculo familiar e que aderem ao tratamento. Estes serviços devem ser vinculados aos CAPS.

9.3 Atenção Hospitalar

O Município conta com dois hospitais cadastrados no CNES, sendo um especializado em Hanseníase e não atende a demanda da população do município.

O outro, Instituto de Cardiologia Hospital Viamão, possui 150 leitos e no ano de 2012 contratualizou com a Secretaria Estadual de Saúde para ampliar a oferta de serviços à população de Viamão. Se considerarmos a recomendação do Ministério da Saúde que estima 2 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes, existe déficit de 350 de leitos no município.

Está sendo negociado com a SES/RS a construção de um novo bloco com mais 250 leitos junto ao Instituto de Cardiologia Hospital Viamão, que caso se concretize, diminuirá significativamente a dependência da população de Viamão dos serviços hospitalares de Porto Alegre e demais cidades da região metropolitana.

9.4 Atenção às Urgências e Emergências

A Rede de urgência e emergência do município composta dos serviços do SAMU, Remoções, Pronto Atendimento 24 horas, Emergência do Instituto de Cardiologia do Hospital Viamão e a UPA que está em fase inicial de construção.

9.5 Vigilância em Saúde

As diretrizes da Vigilância são claras diante dos Manuais do Ministério da Saúde – série PACTOS pela saúde 2006, vol. 13: “a vigilância em saúde detêm conhecimentos e metodologias que auxiliam na identificação de problemas, estabelecimentos de prioridades de atuação e melhor utilização dos recursos em busca de resultados efetivos, fundamentais para elaboração do planejamento”.

A análise da situação de saúde permite a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população por intermédio de indicadores - universais.

Com o cenário de determinantes da população, procura-se assegurar a saúde condicionada pelos fatores, entre outros, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, expressos na Lei 8.080/90, art. 3º.

Para tanto se necessita de uma organização na administração destes processos, sendo os governos municipais, em todas as suas esferas, diretamente responsáveis pela análise dos determinantes, visando à melhoria e continuidade de planos de saúde embasados na realidade da população, transparência da situação e descoberta das soluções efetivas para a saúde da população. Colaborando na efetivação das competências estaduais e federais, além do planejamento e coordenação das ações, o financiamento, a ornamentação, a administração e o controle dos recursos financeiros, a avaliação e a fiscalização sobre as ações e os serviços de saúde, a elaboração de normas atinentes à saúde, a organização e coordenação dos sistemas de informação, a realização de estudos e pesquisas na área de saúde, a participação na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, a participação na formulação e execução das políticas de saneamento e meio ambiente com ênfase nas ações que repercutem sobre a saúde da população, já que estas atribuições são comuns aos três entes federados. (Vasconcelos e Pasche, 2007)

A caracterização da população, das condições de vida, do perfil epidemiológico, descrevendo seus problemas possibilita a consistência de um planejamento com um conjunto de ações intencionais, integradas, coordenadas e orientadas para tornar realidade um objetivo futuro. De forma a possibilitar a tomada de decisões antecipadamente, as ações devem ser identificadas de modo a permitir que sejam

executadas adequadamente, considerando aspectos como prazo, custos, qualidade, segurança, desempenho e outros condicionantes.

Para a efetivação das ações de vigilância em saúde necessita-se de um quadro de pessoal responsáveis pela vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. Estando a vigilância em saúde inserida cotidianamente em todos os níveis de atenção da saúde, a partir de ferramentas específicas, as equipes de saúde da atenção primária devem desenvolver habilidades de programação e planejamento, integrando os processos de trabalho de maneira a organizar os serviços, aumentando o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde, sendo a educação permanente dos profissionais de saúde, controle social e movimentos populares, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância e promoção da saúde, sendo esta a diretriz fundamental para o alcançarmos o conceito de vigilância em saúde.

9.5.1 Marco Legal

Os fundamentos legais do SUS estão explicitados no texto da Constituição Federal, de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios que incorporaram e detalharam os princípios da Lei Magna do País.

A criação do Departamento de Vigilância em Saúde - DVS, estava prevista nos princípios básicos e norteadores da Constituição Federal de 1988, título VIII da ordem social, capítulo II da seguridade social, seção II – da Saúde, art. 200 que estabelece as competências, entre outras atribuições ao Sistema Único de Saúde- SUS.

A regulamentação foi feita pelas Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142, ambas sancionadas em 1990, que detalham a organização e o funcionamento do sistema, e por sucessivas leis, que desde então, têm ampliado o arcabouço jurídico nacional relativo à saúde. A Lei Federal nº 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dando a saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. No art. 6º inclui então a execução de ações de vigilância sanitária; de vigilância epidemiológica; de saúde do trabalhador; e de

assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, entre tantas outras atribuições do SUS. Em seu capítulo IV – seção I das atribuições comuns, já estava expressa a elaboração periódica do plano de saúde, elaboração de proposta orçamentária do SUS, de conformidade com o Plano de Saúde.

A vigilância em saúde já dispunha de marco legal anterior a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 6437/1977 que configura as infrações à legislação sanitária federal e estabelece as sanções respectivas.

Em 1999, em 26 de dezembro, definiu-se o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criou-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Em 2009 o Ministério da Saúde aprova diretrizes de execução e financiamento da vigilância em saúde pela Portaria nº 3252, de 22 de dezembro de 2009.

Em 9 de julho de 2013 o Ministério da Saúde oficializa a Portaria nº 1.378/GM/MS que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em saúde e Sistema Nacional de Vigilância sanitária. No cap. I – dos princípios gerais – art. 2º, constitui a Vigilância em saúde como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. Importante ressaltar que as ações da Vigilância em saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS, abrangendo toda população brasileira e envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para: I – a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimentos de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; II – detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública; III – a vigilância e controle das doenças transmissíveis; IV – a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; V – a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; VI – a vigilância da saúde do trabalhador; VII – a vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e VIII – outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicas e privadas nos vários níveis de atenção,

laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade. (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html acessado em 30/08/2013).

A Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013 reforça a diretriz federal de qualificação dos serviços por meio de resultados mensuráveis e considerando a pactuação realizada na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 25 de abril de 2013, o Ministro de Estado da Saúde em 16 de agosto, aprova Portaria 1.708 que regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde / PQA – VS, com definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão, e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Esta normatização tem como diretrizes melhoria das ações de vigilância em saúde que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados, gestão baseada em compromissos e resultados, expressos em metas de indicadores pactuados e a adesão voluntária de Estados, Distrito Federal e Municípios.

9.5.2 Situação atual da Vigilância em Saúde em Viamão

No ano de 1998, de acordo com a Lei Nº 2646/98, a Vigilância deixou de ser um Setor da Secretaria de Saúde e foi criado o Departamento de Vigilância à Saúde.

Em 2000 o município de Viamão passou a atuar através da Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Ambiental com certificação Tipo III, de alta complexidade. A Vigilância Sanitária teve ampliação de algumas ações de baixa complexidade quando efetuou pactuação em atendimento à Resolução Nº 030/2004-CIB/RS.

De acordo com a legislação vigente, Viamão encontra-se na Gestão Plena da Vigilância Sanitária através da Resolução CIB publicada no 2012.

9.5.3 Estrutura Física

O município de Viamão o DVS possui prédio próprio, localizado na Av. Senador Salgado Filho, nº 5554, bairro São Lucas, onde funcionam os programas, dentre eles a Vigilância Epidemiológica, composta pelos setores de Imunizações, de Controle de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC), de Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (DANT), de Informação em saúde, a Vigilância Sanitária dividida em controle de alimentos, estabelecimentos de saúde e de interesse a saúde e, farmácias; a Vigilância Ambiental com equipe de combate a endemias e vigiáguas.

No Passo do Vigário nº 3840 , ainda dentro da Vigilância Ambiental, encontra-se o setor de controle de zoonoses, o laboratório de entomologia e equipe de coleta do Vigiágua.

Visando descentralização de ações e territorialização da assistência de forma integral, os Programas de Vigilância Nutricional, de Controle da Tuberculose, de Hanseníase e de DST/AIDS desenvolvem suas atividades de coleta de dados pra análise e prevenção, promoção e proteção da saúde em Unidades de Referência, com objetivo de acolhimento e assistência em todas as Unidades Básicas de Saúde, com rede hierarquizada e regionalizada, as equipes atuam em conjunto de ações.

As Equipes do DVS desenvolvem atividades para toda a população do município (250.028 habitantes aproximados em 2013) em todo o seu território. São ações que têm como objetivo a promoção e a proteção da saúde humana.

O Plano de Atividades de Vigilância em Saúde está inserido no Pacto dos Indicadores de Saúde.

9.5.4 Estrutura dos Setores e Serviços

- Direção do Departamento

- Secretaria Administrativa

- Assessoria Jurídica

- Núcleo de Informação em Saúde (NIS)

- Vigilância Epidemiológica

- Controle de Imunizações

- Vigilância de Doenças de Notificação Compulsória

- Tuberculose

- Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis

- Vigilância de Violências

- Vigilância em Saúde do Trabalhador

- Informação em Saúde de Óbitos infantis, maternos e de mulheres em idade fértil.

- Vigilância Sanitária

- Controle dos Alimentos de consumo humano
- Vigilância de Estabelecimentos de Saúde e de Interesse à Saúde
- Farmácias
- Vigilância Ambiental
- Controle de Zoonoses
- Controle da Qualidade da Água - Vigiágua
- Equipe de combate a endemias

10 Metas e Diretrizes do Plano Municipal de Saúde

10.1 Metas e Diretrizes estabelecidas pelo Caderno de Diretrizes e Metas do Ministério da Saúde

Tabela 41 – Panorama das metas pactuadas com base no que preconiza o Caderno de Diretrizes e Metas do Ministério da Saúde

Ações e metas	Metas anuais						Justificativa
	Ação	2012	2013	2014	2015	2016	
Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	9,99%	11%	45%	50%	50%	55%	A ESF é a opção para a ampliação do acesso e qualificação da atenção básica no município. Na Atenção Básica são atendidos todos os ciclos de vida em ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação de acordo com a capacidade instalada. As equipes fazem a coordenação do cuidado da população adscrita em todos os pontos de atenção da rede. A atenção a saúde será para as condições crônicas e agudas da população do território.
Reduzir as internações por causas sensíveis à Atenção Básica		30%	28%	25%	20%	18%	O Acesso a Atenção Básica, o diagnóstico precoce dos agravos, bem como o adequado acompanhamento das condições de saúde no tempo oportuno com qualidade, possibilitando a adesão ao tratamento evitam percentual importante de internação das condições agudas. Também evitam a agudização das condições crônicas com internações por estas condições, especialmente nos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melitus, Aids e Saúde Mental.
Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	29,71%	50%	75%	75%	80%	85%	O monitoramento das famílias beneficiárias do PBF no que se refere as condicionalidades de Saúde, tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social, pois são as famílias de maior vulnerabilidade social. Com o acompanhamento, poder-se-a identificar precocemente situações de saúde, que com a intervenção das Equipes de Saúde, poderão ser prevenidas ou diagnosticadas precocemente.
Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	4,99%	5%	10%	15%	40%	50%	A saúde bucal faz parte da atenção integral definida pela CF de 1988. Ampliar a cobertura de saúde bucal é estratégia importante para a qualificação do cuidado. Serão implantas ESB nas UBS com a Estratégia de Saúde da Família.
Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental	2,59%	4,20%	10%	12%	15%	18%	Reflete o acesso a orientação para prevenção de doenças bucais, mais especificamente carie e doença periodontal. A ampliação da

supervisionada							escovação supervisionada nas escolas constitui-se estratégia importante para a ampliação e o Programa de Saúde na Escola é uma das estratégias para a ampliação desta ação.
Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos	1,26%	14,50%	13%	11%	9%	7%	A perda dentária interfere na saúde da população, bem como na questão estética, baixando a auto-estima e muitas vezes, impedindo a garantia de acesso a emprego e renda, limitando a autonomia das pessoas. É através da prevenção da cárie dentária que se altera esta realidade.
Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente	0,92	1	1	1	1	1	O município de Viamão oferta poucos serviços ambulatoriais de atenção secundária ambulatorial a população no seu próprio território. Buscar estratégias implantação destes serviços aumentará a capacidade resolutiva local e diminuirá o tempo de espera para estes serviços sejam eles próprios, contratados ou conveniados, diminuindo também as possíveis complicações e agravamento dos quadro clínicos decorrentes da espera.
Aumentar o número de internações clínico cirúrgicas de alta complexidade na população residente.	5,74	4,5	5	5,5	6	6,5	Cada vez mais as evidências científicas preconizam que os que a Atenção Básica pode resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população. Os serviços hospitalares devem ser reservados para os casos que realmente exijam as tecnologias que só são ofertadas no ambiente hospitalar.
Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação continua da violência domestica, sexual e outras violências.	--	2	8	14	18	24	A violência faz parte do cotidiano da população e as equipes dos serviços de Atenção Básica e atendimentos de atenção secundária e terciária devem estar capacitadas para a identificação dos casos de violência domestica, sexual, contra a criança e adolescente, mulher e idoso para que sejam desencadeadas ações de interrupção deste ciclo de violência, bem como tratamento da vítima e do agressor de forma adequada e de acordo com a legislação vigente.
Reduzir em x% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	11,66%	12,00%	15%	17%	19%	23%	A Hipertensão Arterial Sistêmica, a hipercolesterolemia e hábitos de vida inadequados (sedentarismo, alimentação desregrada, obesidade, tabagismo, stress, etc) são as s principais causas do Infarto Agudo do Miocárdio e dos Acidentes Vasculares Cerebrais. Estes agravos devem ser prioritários nas ações de promoção a saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce de agravos bem como o adequado tratamento dos mesmos e que são cuidados inerentes a atenção básica.

Aumentar a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).		50%	100%	100%	100%	100%	Existem parâmetros populacionais e assistenciais para o dimensionamento das estruturas necessárias para o atendimento do SAMU, definidas nacionalmente pelo Ministério da Saúde que leva em conta a população e extensão territorial do município ou região. No caso de Viamão, o preconizado são 2 Unidades de Suporte Básico e 01 de Suporte Avançado. Este indicador monitora o acesso da população aos primeiros atendimentos nos casos de urgência e emergências, aprimorando os esforços no sentido de reduzir as complicações decorrentes de eventos e favorecendo a regulação da assistência nos pontos de atenção.
Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.	0,26	0,30	0,30	0,30	0,30	0,30	As metas de coleta de CP em Viamão não tem alcançado os parâmetros preconizados. A ampliação da ESF e a qualificação da Atenção Básica permitirá adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos.
Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	0,19	0,25	0,27	0,30	0,33	0,35	A solicitação de mamografia deve ser feita pela atenção básica, por médicos de família, clínicos, enfermeiros e demais médicos da rede. As taxas de incidência e de mortalidade do câncer de mama vêm aumentando no Rio Grande do Sul e em Viamão não é diferente. O diagnóstico precoce faz a diferença nas taxas de cura. Sensibilizar os profissionais e as mulheres para que façam exame exige estratégia de educação permanente com os trabalhadores da saúde e ações efetivas de sensibilização das mulheres, como o outubro rosa.
Aumentar o percentual de parto normal.	50,00%	66,00%	68%	68%	68%	68%	A incidência do parto cesáreo vem aumentando no Rio Grande do Sul e no Brasil. As evidências médicas e epidemiológicas indicam que o parto natural é melhor para a mãe e para a criança. A orientação sobre o parto normal é uma das ações que deve ser trabalhada durante o pré-natal pelas equipes básicas de saúde.
Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.		53,00%	60%	65%	70%	75%	O número de consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde é de 6 consultas durante a gestação e 01 de puerpério. Em Viamão o percentual de RN de mães com 07 ou mais consultas ainda é muito baixo, em torno de 50% das gestantes fazem o número de consultas preconizadas. O RS já tem mais de 70% em média, de crianças nascidas de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. Contribui para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil e o número de casos de

							sífilis congênita.
Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS.		1	1	1	1	1	Ainda ocorrem casos de sífilis congênita no município de Viamão. A sífilis na gravidez pode deixar sequelas no Recém-Nascido. A sífilis é uma DST que deve ser diagnosticada e tratada na Atenção Básica. O Protocolo do pré-natal recomenda 02 testes de sífilis durante o período gestacional, um na primeira consulta e outro no último trimestre de gestação. Importante que também deverá ser tratado os parceiros sexuais das gestantes que tiveram exame positivo.
Reduzir o número de óbitos maternos.		5	4	3	3	3	A morte materna pode ser evitada pela adequada atenção a gestante no pré-natal, parto e puerpério. O meta é redução da morte materna, chegando a menos de 35 óbitos/100.000 gestantes. O acesso ao planejamento familiar evitando a gravidez indesejada é outro fator importante nesta redução, pois evita o aborto clandestino.
Reduzir a mortalidade infantil.	39	11	10	9,5	9	9	A redução da mortalidade infantil é meta mundial. E faz parte das metas do milênio pactuada com a Organização Mundial da Saúde com todos os países do mundo. Países desenvolvidos tem menos de 10 óbitos/1.000 NV. O Brasil vem reduzindo o CMI e o Rio Grande do Sul também. A redução da mortalidade infantil está relacionada ao acesso ao planejamento familiar e adequado acompanhamento no pré-natal, no parto e no 1º ano de vida. No Rio Grande do Sul e em Viamão vem diminuído os óbitos em menores de 01 ano por doenças infecciosas e aumentando os óbitos por muito baixo peso ao nascer e Mal formações congênitas. Os óbitos ocorridos por muito baixo peso ao nascer podem ser evitados com a adequada atenção ao pré-natal e acesso a UTI Neonatal. Já os óbitos por mal formações congênitas são de mais difícil intervenção, pois além do diagnóstico da mal formação durante o pré-natal, exigem serviços de alta complexidade para a correção dos problemas apresentados.
Investigar os óbitos infantis e fetais.	--	90,00%	95%	95%	95%	95%	A investigação dos óbitos infantis e fetais tem por objetivo a elaboração de diagnóstico situacional dos óbitos, para que possa identificar precocemente as situações de risco durante o pré-natal. Nesta investigação se busca identificar falhas assistenciais para a correção das situações-problema identificadas. A meta preconizada pelo Ministério da Saúde é de investigar 95% dos óbitos.
Investigar os óbitos maternos.		100%	100%	100%	100%	100%	Permite aprimorar a causa do óbito materno e identificar fatores

							determinantes que a originaram, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF).	--	90,00%	90%	90%	90%	90%	Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados, ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Permite, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema que possam evitar a ocorrência de eventos similares.
Reduzir a incidência de sífilis congênita.		30	20	15	10	05	Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.
Aumentar a cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).	1,24	1,24	1,26	1,26	1,26	1,26	<p>Os agravos de saúde mental têm aumentando em todo o mundo decorrentes de vários fatores, pois os mesmos têm causas multifatoriais. O uso de substâncias psicoativas tem interferência direta nestes agravos é o uso do crack é considerada epidemia nacional.</p> <p>Tratar os transtornos psíquicos em serviços substitutivos é a meta da reforma psiquiátrica gaúcha e brasileira.</p> <p>A Rede de Atenção Psicossocial– RAPS de Viamão será constituída de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas UBS são a porta de entrada e os coordenadores do cuidado. • 2 CAPS II, • 1 CAPS Infantil • 1 CAPS AD III • 1 Unidades de Acolhimento Adulto (m fase de implantação) • 1 Unidade de Acolhimento Infantil (em fase elaboração do projeto para construção do espaço físico) • 2 consultórios na Rua (1 já em funcionamento e outro em fase de elaboração do projeto) • 1 equipe de deinstitutionalização; • 2 a 3 Serviços Residenciais Terapêuticos • 01 Equipe de matriciamento • 04 oficinas terapêuticas na Atenção Básica. <p>Este indicador permite monitorar a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento da população com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i>, álcool e outras drogas nos Centros de Atenção</p>

							Psicossocial. Por 100 mil hab.
Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos*) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	--	200	195	185	175	165	O Idoso tem destaque cada vez maior na atenção à saúde da população pelas taxas de envelhecimento da população. No Rio Grande do Sul, mais de 12% da população é de pessoas com 60 anos e mais. Em Viamão este percentual é de 11,4%. O Acesso a Atenção Básica, o diagnóstico precoce dos agravos, bem como o adequado acompanhamento das condições de saúde no tempo oportuno com qualidade, possibilitando a adesão ao tratamento evitam óbitos precoces por condições crônicas especialmente nos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, doenças osteoarticulares e Saúde Mental/suicídio.
Alcançar, em pelo menos 70% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	11	44%	70%	80%	90%	95%	O Programa Nacional de imunizações – PNI preconiza coberturas vacinais acima de 95% para as crianças menores de 01 ano para todas as vacinas do calendário vacinal. Em Viamão a cobertura vacinal de 2012 foi de 47%. Em 2013 esta cobertura foi de 83%. Ocorre que em algumas vacinas tem-se mais de 100% das crianças vacinadas, já em outras a meta não é atingida. O desafio do Município é atingir metas adequadas em todas as vacinas das crianças menores de 01 ano
Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.		55%	75%	75%	75%	75%	A tuberculose é uma doença crônica transmissível que esta relacionada a vulnerabilidade da população e a incidência do alcoolismo/crack e do HIV/Aids pela baixa da imunidade dos pacientes.. O diagnostico em tempo oportuno e o tratamento de diminui a transmissão da doença. As taxas de alta por cura são monitoradas sistematicamente. Implantar o Tratamento Diretamente observado será possibilitado com a implantação das ESF no município.
Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose.		90%	90%	90%	90%	90%	Devido ao fato da tuberculose ser a primeira causa de óbito em pacientes portadores de Aids, a identificação precoce dos casos de HIV positivo torna-se importante para que um resultado satisfatório possa ser alcançado. Reflete o quantitativo de casos de tuberculose que foram testados para HIV.
Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.		95%	95%	95%	95%	95%	Possibilita a inferência sobre a qualidade da assistência de uma população pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados.
Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sinan, em até 60 dias a partir da data de notificação.		85%	90%	90%	90%	90%	Permite monitorar e avaliar a capacidade dos serviços para efetivar o diagnóstico das doenças transmissíveis e a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.

Ampliar o número de municípios com notificação de casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.							Não se aplica como indicador municipal . O município de Viamão organizará em 2015 o Setor de Saúde do Trabalhador.
Realizar 100% das ações de Vigilância Sanitária no município.		86%	90%	95%	95%	95%	A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos a saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.
Reduzir a incidência de Aids em menores de 5 anos.		2	1	zero	zero	zero	A transmissão vertical do HIV/Aids pode ser evitada quando é feito o teste de HIV na gestante durante o pré-natal e ela recebe o tratamento adequado no pré-natal e no parto. A implantação do teste rápido nas UBS esta sendo realizada e desta forma se aumentará o diagnóstico, oportunizando o tratamento adequado.
Reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV.		58,00%	50%	45%	42%	40%	A epidemia da AIDS tem magnitude diferenciada no Rio Grande do Sul e especialmente nos municípios da região metropolitana de Alegre.. As taxas de incidência e mortalidade são diferenciadas no RS por diversos fatores. Para que se consiga atingir esta meta as estratégias são: -As ações educativas para populações específicas de maior vulnerabilidade e para população em geral; -desenvolvimento de educação em saúde nas Escolas através do PSE; - Oferta de teste rápido para toda a população nas UBS; - Organização da Rede de cuidado do HIV/Aids que tem a Unidade Básica de Saúde com principal porta de entrada e coordenadora do cuidado das pessoas; - Distribuição de preservativos em todos os pontos de atenção; - Interação do SAE com o CAPS AD; - Elaboração de material educativo/informativo; -Realização de campanhas de mídia em jornais e rádios. Expressa o poder de captação precoce dos casos de HIV positivo para tratamento a partir do nível de comprometimento do sistema imunológico dos indivíduos infectados ao serem testados para verificação de indicação de Terapia Antirretroviral (TARV).
Aumentar o acesso ao diagnóstico da hepatite C.		600	700	800	900	1000	A incidência de hepatite C vem aumentando e ela é considerada uma DST. A prevenção é a ação principal a ser desenvolvida. Há necessidade de diagnóstico e tratamento oportuno desde agravo pelas sequelas e evolução natural da doença que pode levar a cirrose hepática e ao Câncer de fígado. Em Viamão tem diagnóstico laboratorial o que oportuniza que a atenção básica comece o acompanhamento na linha de cuidado

							da hepatite e ainda temos dificuldade para a confirmação diagnóstica através de biopsia.
Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.		60,00%	70%	75%	75%	80%	A Hanseníase esta eliminada no RS (menos de 10 casos/10.000 habitantes). Mas ainda persiste alguns casos que tem diagnóstico tardio, o que gera incapacidades. Fazer educação permanente com as Equipes da Atenção Básica e ações educativas junta população é uma necessidade.
Garantir exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase.		100%	100%	100%	100%	100%	Realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de casos novos é de extrema importância para interromper o ciclo de transmissão da doença.
Realizar visitas domiciliares para controle da dengue.		80%	95%	95%	95%	95%	Viamão, mesmo tendo tido altos níveis de infestação no ano de 2013, com 10 casos confirmados de dengue (4 autóctones e 6 importados) conseguiu controlar a proliferação do mosquito da dengue e no ano de 2014 não houve nenhum caso confirmado no município. O trabalho realizado através da VD , do monitoramento de pontos estratégicos, LIRAA e de ações educativas com a comunidade trazem os resultados esperados. O trabalho de VD nos finais de semana é uma necessidade, considerando o número de imóveis que se encontram vazios nos horários comerciais. Há necessidade da continuidade de todas as ações desenvolvidas para que se mantenha o controle do mosquito e de casos.
Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.		60%	70%	70%	70%	70%	Avaliar a qualidade da água utilizada para consumo humano e possibilitando a verificação do tratamento, se está adequado para inativar os organismos patogênicos. E essencial a vigilância da qualidade da água para consumo humano.
Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.		70%	75%	80%	85%	90%	Os processos de educação permanente impõem aos serviços e setores de treinamento/capacitação e de educação permanente das instituições de serviço de saúde a adoção de concepção pedagógica problematizadora, com o propósito de estimular a reflexão da prática e a construção do conhecimento. As equipes gestoras da Secretaria da Saúde de Viamão vem desenvolvendo processos de educação permanente com todos os trabalhadores de forma sistemática e de acordo com as necessidade de cada categoria profissional ou serviço. O município está se habilitando ao incentivo estadual que tem este objetivo. Também está se estimulando as equipes que façam adesão as diversas formações ofertadas pelo Ministério da Saúde outros organismos federais e pela SES/RS.

Ampliar o número de pontos do Telessaude Brasil Redes.		7	23	30	35	35	O Município já está aderido a o Telessaúde. A modernização administrativa facilitará o acesso dos profissionais das UBS ao telessaúde com a disponibilização de equipamentos a acesso a internet. O ponto do Telessaude Brasil possibilita a integração de unidades básicas e serviços de Saúde aos Núcleos de Telessaude Técnico-Científicos por meio de tele consultorias, tele diagnósticos e acoes de teleeducação.
Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos.		70%	70%	70%	70%	70%	Mensurar a proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos, orientando as políticas de gestão do trabalho relacionadas a valorização e fixação dos trabalhadores nos estados, DF e municípios e União. O município fará PCCS próprio para a saúde e será dimensionado a quadro de RH para concurso futuro.
X mesas (ou espaços formais) municipais ou estaduais de negociação do SUS, implantados e em funcionamento.		1	1	1	1	1	Não se aplica ao município
Ampliar o percentual dos conselhos de Saúde cadastrados no Siacs.		1	1	1	1	1	Não se aplica ao município
Proporção de municípios com ouvidoria implantada		1	1	1	1	1	A Modernização Administrativa possibilitará que o teleatendimento também seja espaço de ouvidoria. A ouvidoria, no âmbito do monitoramento e da avaliação, tem a finalidade de contribuir com a avaliação do sistema, por meio do envolvimento do usuário, estabelecendo comunicação entre o cidadão e o poder publico, de forma a promover encaminhamentos necessários para a solução de problemas e efetiva participação da comunidade na gestão do SUS, de acordo com a Constituição Federal de 1988, visando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS

Fonte: Caderno de Diretrizes e Metas do Ministério da Saúde

10.2 Metas e Diretrizes estabelecidas pela Gestão

Tabela 42 – Panorama das metas pactuadas pela Gestão Municipal

Objetivos	Ação	Prazo				Justificativa
		2014	2015	2016	2017	
Unidades Básicas de Saúde	-Construir novas unidades de saúde;	-construção da unidade no bairro São Lucas; -construção da unidade na Vila Universal;		-construção de 02 unidades de saúde no Bairro Krahe e no Bairro Estalagem.		Atender populações que residem em vazios assistenciais.
	-reformular e ampliar unidades de saúde existentes;	-reforma e ampliação da unidade Santa Isabel; -reforma e ampliação da unidade de saúde de Águas Claras; - reforma e ampliação da UBS Vila Elza; Reforma e ampliação da UBS Augusta Marina; - Reforma do Pronto Atendimento; - Adequação das redes elétricas e demais necessidades das UBS para PPCI e demanda de energia.				Adequar as UBS para o número de ESFs necessárias para atender a população adescrita; - Implantar o PPCI por exigência legal.
NASF	-implantar 02 NASF's	-implantação de 02 equipes de NASF's				Os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família tem o objetivo de fazer matriciamento e apoio a todas as Equipes de Saúde da Família.
	-habilitar os NASF's implantados	-habilitação de 02 equipes de NASF's				
PAD	-habilitar 01 equipe de PAD	-habilitação de 01 equipe de PAD junto ao MS				O Programa de Atenção Domiciliar é incentivado pelo Ministério da Saúde para o atendimento de egressos dos hospitais após longa permanência ou outros pacientes que necessitam de acompanhamento diferenciado e estão dificuldade de

						deslocamento até as Unidades Básicas de Saúde.
Saúde da Criança	-implantar o PIM – Primeira Infância Melhor	-implantação efetiva no programa na região das Augustas;				Atender as gestantes e crianças até 06 anos de idade através da estimulação precoce e demais cuidados.
	-cadastrar famílias no programa;	-cadastramento de 800 famílias no programa;				
	-formar e contratar visitantes;	-contratação e capacitação de 30 visitantes;				
	-contratar monitores	-contratação de 02 monitores;				
Saúde da Mulher	-realizar pré natal das UBS;	-90% das UBS realizando pré natal;				As UBS são o locus adequado para a realizar o pré-natal de baixo risco e identificar e acompanhar o pré-natal das gestantes de risco.
	-implantar AGAR I;	-01 ambulatório de gestante de alto risco funcionando;	-01 ambulatório de gestante de alto risco funcionando;	-01 ambulatório de gestante de alto risco funcionando;		Ter no município de Viamão, referência para o acompanhamento das gestantes de alto risco.
Saúde Bucal	-implantar o Laboratório de Próteses Dentárias;	-implantação de 01 laboratório de prótese dentária;				As disfunções mastigatórias e estéticas necessitam ser ofertadas no SUS através de laboratório de próteses.
	-instalar o aparelho de Raio X odontológico na UR Lomba do Sabão;	-instalação de raio X odontológico na UR Lomba do Sabão;				Necessário para a implantação do laboratório de Próteses Dentárias.
Saúde Mental	-construir o prédio do o CAPS AD III;	- construir o prédio do o CAPS AD III;				Recursos recebidos do Ministério da Saúde para a construção das instalações do CAPS AD III.
	-implantar a regulação dos leitos de saúde mental pela SMS no Hospital de Viamão;	-implantação da regulação dos leitos de saúde mental pela SMS no Hospital de Viamão;				Os leitos de saúde mental existentes no Instituto de Cardiologia – Hospital de Viamão são regulados pelo próprio hospital e necessitam ser regulados pelo DCCA.
	-Iniciar as atividades do CAPS infantil na nova sede;	-início das atividades do CAPS infantil na nova sede;				A adequação do espaço físico para garantir atendimento adequado e de acordo com as exigências legais.
	-implantar 01 unidade de	-implantar uma UA – Unidade				Habilitação de 01 Unidade de

	acolhimento – UA;	de Acolhimento;				Acoplimento adulto, que faz parte do Programa Crack é possível Vencer.
	-construir 01 unidade de acolhimento infantil – UAI;	-construção de uma UAI – Unidade de Acolhimento Infantil;				Habilitação junto ao Ministério da Saúde para a construção de uma Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil para a construção de prédio no município de Viamão.
Pronto Atendimento	-reformular o prédio do Pronto Atendimento;	-reforma do prédio do Pronto Atendimento;				Adequar o PA para atender as exigências do PCCI e do atendimento/demanda da população.
	-instalar o aparelho de raio X no Pronto Atendimento;	-instalação do aparelho de raio X no Pronto Atendimento;				Aumentar a resolutividade do Pronto atendimento 24 horas, evitando que os pacientes desloquem-se até o hospital.
Estratégia de Saúde da Família	-implantar equipes de ESF;	-implantação de 16 equipes de ESF	-implantação de 08 equipes de ESF	-implantação de 10 equipes de ESF		Atender 50% da população de Viamão pela Estratégia de Saúde da Família.
Salas de Vacinas	-abrir novas salas de vacinas;	-abertura de 02 novas salas de vacina		Abertura de 2 salas de vacina em UBS novas		Em todas as UBS ter sala de vacinas e equipes qualificadas para a aplicação.
Acolhimento	-implantar o acolhimento nas unidades de saúde;	-implantação do acolhimento nas unidades de saúde que serão construídas;	-capacitação permanente das equipes sobre acolhimento nas unidades de saúde;	-capacitação permanente das equipes sobre acolhimento nas unidades de saúde;	-capacitação permanente das equipes sobre acolhimento nas unidades de saúde;	Humanizar o atendimento, oportunizando o atendimento de todos os usuários que chegam ao serviço de saúde e acabando com as filas da madrugada.
	-implantar protocolos de acolhimento;	-implantação do protocolo de acolhimento nas unidades de saúde;				
Cobertura Vacinal	-ampliar a cobertura vacinal;	-atingir 85% de cobertura vacinal	-atingir 90% de cobertura vacinal	-atingir 95% de cobertura vacinal		
Exames e consultas especializados	-descentralizar o agendamento de exames e consultas especializadas para as unidades de saúde;	-implantação de um sistema de gestão da saúde;				Através da modernização administrativa, possibilitar que a atenção básica seja efetivamente a coordenadora do cuidado da população do seu território, bem como evitar que a população tenha que

					fazer vários deslocamentos para os atendimentos em saúde.
	-iniciar a construção do protocolo de regulação;	-ação conjunta com os demais municípios da 9ª e da 10ª região de saúde;			
	-implantar a regulação dos atendimentos de terceiros através de sistema específico da SMS;	-implantação de um sistema de gestão da saúde;			Através da modernização administrativa, possibilitar que a atenção básica seja efetivamente a coordenadora do cuidado da população do seu território, bem como evitar que a população tenha que fazer vários deslocamentos para os atendimentos em saúde.
	-ampliar a capacidade e resolatividade de atendimento ambulatorial no município;	-abertura de novos chamamentos públicos para a atenção ambulatorial e ampliar a oferta destes serviços junto ao hospital;			Ampliar a rede de serviços de média complexidade ambulatorial no município de Viamão, evitando que as pessoas tenham que se deslocar para outros município .
Ambulâncias	-renovar a frota de ambulâncias do município;	-aquisição de 05 ambulâncias novas			Qualificar o atendimento nas urgências e emergências.
SAMU	-habilitar base de suporte avançado;	-habilitação de 01 base de suporte avançado do SAMU;			Qualificar o atendimento nas urgências e emergências.
	-habilitar base de suporte básico;	-habilitação de 02 bases de suporte básico do SAMU em locais a serem definidos;			Qualificar o atendimento nas urgências e emergências.
Hospital	-habilitar ambulatório de especialidades;	-habilitação para ambulatório de especialidades;			Ampliar a rede de serviços de média complexidade ambulatorial no município de Viamão, evitando que as pessoas tenham que se deslocar para outros município .
	-habilitar AGAR I e Rede Cegonha;	-habilitação do AGAR I e Rede Cegonha;			Ter no município de Viamão, referência para o acompanhamento das gestantes de alto risco.
	-aumentar número de leitos do hospital;	-ampliação espaço físico com aumento de 240 leitos;			Atingir parâmetros mínimos da oferta de leitos hospitalares no

						município de Viamão.
UPA	-concluir a construção do prédio da UPA;	-término da construção do prédio até agosto de 2014;				Ofertar serviços de urgência e emergência de acordo com as necessidades da população de Viamão, especialmente as residentes no quarto Distrito.
Modernização Administrativa	-disponibilizar sinal de internet em todas as unidades de saúde do município;	-disponibilidade de sinal de internet em todas as unidades de saúde do município;				Através da modernização administrativa, possibilitar que a atenção básica seja efetivamente a coordenadora do cuidado da população do seu território, bem como evitar que a população tenha que fazer vários deslocamentos para os atendimentos em saúde através de prontuário eletrônico, interligando todo as UBS do município.
	-disponibilizar sinal de internet no prédio administrativo, no departamento de vigilância em saúde e no almoxarifado;	-disponibilidade de sinal de internet no prédio administrativo, no departamento de vigilância em saúde e no almoxarifado;				Qualificar os serviços da Secretaria Municipal de Saúde.
	-cadastrar a população de Viamão no sistema de gestão da saúde;	-cadastramento de 30% dos pacientes até maio de 2014;				Vincular a população de Viamão em UBS próxima a sua residência, facilitando o acesso e qualificando a atenção à saúde prestada para a população.
	-implantar o prontuário eletrônico através do sistema de gestão da saúde;	-implantação do prontuário eletrônico;				
Almoxarifado	-construir o prédio do almoxarifado;	-construção do prédio do almoxarifado;				Qualificar o armazenamento dos fármacos e demais insumos médico-hospitalares, odontológicos e de enfermagem.
	-informatizar o setor;	-informatização de todos os processos e fluxos do setor;				Efetuar controle de estoques interligado com o setor administrativo para o suprimento adequado dos mesmos.

	-inserir os bens da secretaria de saúde no registro de patrimônio;	-levantamento patrimonial dos bens da SMS;				Registrar todos os bens móveis no patrimônio da PM de Viamão.
Assistência Farmacêutica	-informatizar a farmácia municipal e estadual;	-informatização dos processos e fluxos nas farmácias do município e do estado;				Efetuar controle de estoques interligado com o setor administrativo para o suprimento adequado dos mesmos.
	-informatizar os dispensários nas unidades;	-informatização dos processos e fluxos dos dispensários nas unidades;				Efetuar baixa automática dos estoques com controle das dispensações efetuadas nas UBS.
	-controlar os estoques das farmácias e dispensários através do sistema de gestão da saúde;	-controle de estoque informatizado e interligado com as unidades;				Efetuar baixa automática dos estoques com controle das dispensações efetuadas nas UBS.
Saúde Quilombolas	-cadastrar toda a população quilombola;					Implantação de Equipe Itinerante para atender a população residente nos quilombos do Município de Viamão;
	-habilitar ESF para a população quilombola;					Implantação de Equipe Itinerante para atender a população residente nos quilombos do Município de Viamão;
Vigilância em Saúde -Vacinas	-abrir novas salas de vacinas;	-abertura de 02 novas salas de vacinas;		Abertura de 2 salas de vacina em UBS novas		Em todas as UBS ter sala de vacinas e equipes qualificadas para a aplicação.
	-ampliar a cobertura vacinal na população;	-cobertura vacinal de 95% da população;				Ter todas as crianças menores de 01 ano com vacinas em dia.
	-implantar o sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)	-80% das salas de vacinas do município com o sistema implantado;				
	-atingir as metas preconizadas pelo MS;	-cobertura vacinal de 95% da população em todas as vacinas do calendário básico;				Ter todas as crianças menores de 01 ano com vacinas em dia
Vigilância em Saúde / Vigilância Epidemiológica	-investigar os casos de notificação compulsória;	-90% dos casos notificados com investigação realizada;				A investigação de todos os casos de notificação compulsória para a confirmação do mesmo e interrupção da transmissão.
	-implantar o serviço de doenças	-01 serviço implantado junto				Integrar os serviços de

	infecciosas;	ao SAE, com atendimento em TB e hepatites;				DST/AIDS, Tuberculose e Hepatites em um Serviço de Doenças Transmissíveis.
	-qualificar o serviço de vigilância e atenção às violências;	-capacitar equipes de saúde para a notificação dos casos de violência;	-capacitar equipes de saúde para a notificação dos casos de violência;	-capacitar equipes de saúde para a notificação dos casos de violência;	-capacitar equipes de saúde para a notificação dos casos de violência;	A notificação das violências está na nova portaria do MS como de notificação compulsória e as equipes precisam ser capacitadas para este atendimento.
	-monitorar e investigar os óbitos de crianças e mulheres em idade fértil e gestantes;	-95% dos óbitos investigados;				Investigação dos óbitos fetais, infantis, MIF e maternos possibilitam a identificação de falhas na atenção prestada à gestante, crianças e mulheres do município.
Vigilância em Saúde / Saúde do Trabalhador	-Reorganizar a equipe para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador;	-90% dos casos de acidente de trabalho investigados;	-95% dos casos de acidente de trabalho investigados;	-98% dos casos de acidente de trabalho investigados;	-98% dos casos de acidente de trabalho investigados;	Reorganizar a equipe para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador;
Vigilância em Saúde	-readequar o prédio do DVS;	-reforma, manutenção e pintura do prédio;				Efetuar as adequações necessárias para o pleno funcionamento dos serviços de vigilância em saúde.
Vigilância em Saúde / VISA	-fortalecer as ações da VISA nas ações de vistoria, liberação de alvarás e demais atividades;	90% dos estabelecimentos com vistorias realizadas e alvarás liberados no prazo	95% dos estabelecimentos com vistorias realizadas e alvarás liberados no prazo	98% dos estabelecimentos com vistorias realizadas e alvarás liberados no prazo	98% dos estabelecimentos com vistorias realizadas e alvarás liberados no prazo	Atender a legislação vigente.
Centro de Controle de Zoonoses - CCZ	-reformar o CCZ;	-01 reforma e adequação do CCZ;				Adequar para o espaço do CCZ para o atendimento necessário aos animais de interesse na saúde pública.
	-implantar o projeto de controle de zoonoses;	-projeto de controle de animais implantado;				Implantar, em conjunto com a SMAmbiente, espaço de transição para cães abandonados até a sua adoção.
	-informar e capacitar a população;	-02 Campanhas de conscientização realizadas;	Conscientizar a população sobre a importância no cuidado			

			conscientizaçã o realizadas;	realizadas;	conscientizaçã o realizadas;	com os seus animais, bem como despertar a população para adoção de cães abandonados.
--	--	--	---------------------------------	-------------	---------------------------------	---

Fonte: Planejamento Estratégico da Secretaria da Saúde

11 Bibliografia

1. Instrumentos Básicos, Série Caderno de Planejamento do SUS – Volume 2, 2ª Edição, Brasília/DF, 2009
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Censo 2010; <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>, acesso em 23.09.2012.
3. Duncan, Bruce B. [et. al]: Medicina Ambulatorial: Conduas na Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª Edição Porto Alegre : Artmed, 2004.
4. Mendes, Eugênio Vilaça O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família-Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde, 2012.
5. Site Atlas Brasil – http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil/viamao_rs, acesso em 23 de setembro de 2013.
6. Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS – Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, p. 5, 2006
7. Plano Nacional de Saúde – PNS, 2012 – 2015, Ministério da Saúde
8. Plano Estadual de Saúde – PES, 2012 – 2015, Secretaria Estadual de Saúde
9. Site <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/01.pdf>, acesso em 09 de dezembro de 2013.