

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Canoas, 2013

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Autoridades Municipais:

JAIRO JORGE
Prefeito Municipal

Secretaria Municipal da Saúde

MARCELO BÓRIO
Secretário Municipal

ANA REGINA BOLL
Secretária Adjunta

ANDERSON FRAGA
Secretário Adjunto

DAIANA ELY
Diretoria de Técnico Administrativa (DTA)

CHRISTIANE NUNES DE FREITAS (DPAS)
Diretoria de Políticas e Ações em Saúde

JUDITH VASCONCELLOS
Diretoria de Relacionamento com o Cidadão (DRC)

NADINE STREB
Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (DRCAA)

PAULO ZUBARAN
Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS)

SARA CRISTINA DOS SANTOS COUGO
Diretoria de Políticas e Ações em Saúde Mental (DPASM)

MÁRIO ANTÔNIO DHEIN
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Comitê Executivo instituído pelo Decreto Municipal 305/13:

Coordenação: Secretário Municipal da Saúde

Conselho Municipal da Saúde:

Titular: Margareth Leite Maciel;

Titular: Rosângela Marcela Lima da Silva.

Movimento comunitário:

Titular: Alcindo Rodrigues Pereira.

Trabalhadores:

Titular: Silvio Roberto Lopes Bica;

Titular: Antenor Mariano Federizzi.

Setor empresarial:

Titular: Simone Leite.

Economia solidária:

Titular: Sandra Regina Pires Correa.

Pastoral da criança:

Titular: Vera Lúcia Dal Olmo Teixeira.

Câmara de Vereadores de Canoas:

Titular: Gemelson Sperandio Pompeu.

Poder Executivo Municipal:

Secretário Municipal das Relações Institucionais e Monitoramento;

Secretário Municipal de Esportes e Lazer;

Secretária Municipal de Desenvolvimento Social;

Secretário Municipal da Educação;

Secretário Municipal de Meio Ambiente;

Secretário Municipal da Segurança Pública e Cidadania;

Gabinete do Prefeito, Coordenador das Políticas das Diversidades;

Gabinete do Prefeito, Coordenador da Juventude;

Gabinete do Prefeito, Coordenadora das Mulheres;

Gabinete do Prefeito, Coordenadora do Idoso;

Gabinete do Prefeito, Coordenador das Políticas de Igualdade Racial.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Comissão de Elaboração:

Alexandre G. Linck (SMEL), Alexsandro M. Braga (COOMPED), Andrea Santos Silva (SMS), Christiane Nunes Freitas (SMS), Cleber Brandão (SMS), Elisiane Amorim (SMS), Eloir Antonio Vial (SMS), Eugenio Ávila (SMS), Fernanda Schutz (Coordenadoria da Mulher) Juceila de Lacerda (SMRIM), Judith Vasconcellos (SMS), Julio Cezar dos Santos (SMS), Márcia Falcão (Coordenadoria da Mulher), Marina Riedel (Coordenadoria da Diversidade), Mirian Chevarria (COPIR), Neuza de Fátima dos Santos (Coordenadoria do Idoso), Rosângela Marcela Lima da Silva (CMS), Sandra Amorim (SMRIM), Cíntia Strim (SMS), Terezinha Nascimento (SMRIM), Vanilda Rosa (SMS).

Colaboradores:

Adriana Barcelos, Adriana Berthold, Adriana da Silva Bandeira, Agassis M. de Souza, Amanda Moreira de Barros, Ana Lucia Konzen, Ana Paula Frasson Tíbola, Andrea Saffer, Andrea Santos, Bianca Belmonte de Souza, Carla Vianna, Carlos Alberto Azevedo, Cármen Lúcia Oliveira, Célio Piovesan, Claisson Jodel dos Santos, Clécio Pedrotti, Deise B. Silveira, Herbert Poersch (DJ Cabeção), Doroti A. Rosa, Elizabeth Oliveira, Elizangela Silveira, Érida do Amaral, Fabiane Nunes Pereira, Geisa Bonfanti, Hadoika Aiko Ando Lacerda, Iremar Mangoni, Jaqueline Batista, Joelma Terezinha Gomes, Jorge Moreira Filho, Juliana dos Santos Maestri, Karin Klein, Leandro Abreu de Souza, Leandro Machado, Leandro Tozzi Reppold, Lena Mazzotti, Lolita Stram Bierhals, Luciana Pires, Luciana Amaral, Lurdes Santin, Luiz Antonio Inda (Tonho), Luiz Carlos de Bortoli, Márcio Freitas, Margareth L. Maciel, Macgregor Lenine Silveira, Mariazinha Zuchelli, Mariane Agapia, Mario Freitas, Marta Boek, Marta Salete Chaves, Miria de Camargo, Neide Regina Ivanczin, Neiva Marta Bartzen Acosta, Marta Boeck, Pedro Roberto Trindade, Pilato Pereira, Rafaela Zappas, Rafael Garcia Eymael, Rosane Bueno Siqueira, Rita Adriani D. Oliveira, Robianca Munaretti, Roger Halla, Rosa Külzer, Sandra Amorim, Sandra Vargas de Almeida, Silvio Bica, Simone Michelin, Sirlei Rejane Silveira, Sonia Maria Rodrigues, Suellem Varela, Susiane Oliveira, Tania Regina Nigeliskii, Teresinha Nascimento, Vera L. de Moraes, Vinícius Erig, Virgínia Teixeira, Vívian Carnal.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Colaboração especial:

Comunidades dos quadrantes Sudeste, Sudoeste, Nordeste e Noroeste, Subprefeituras dos quadrantes Sudeste, Sudoeste, Nordeste e Noroeste, Assessoria de Comunicação, Escola Estadual Visconde do Rio Branco, Igreja Nossa Senhora do Trabalho, CAIC Professora Márcia Tortelli, Centro Social Urbano Mathias Velho, EMEF Erna Würth, Centro Universitário La Salle, Desafio Jovem, COMEM, Canta Brasil, Gabinete do Prefeito, grupo de teatro Ministério de Artes da Igreja do Mover e trabalhadores que colaboraram de alguma forma na infraestrutura, mobilização e organização dos eventos realizados nos quadrantes e durante todo o processo de construção deste PMS.

Consultoria: Gerci Salete Rodrigues

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SUMÁRIO	
APRESENTAÇÃO.....	7
ANÁLISE SITUACIONAL.....	9
Panorama demográfico.....	9
Determinantes e Condicionantes de Saúde.....	21
Aspectos socioeconômicos	23
Poluição ambiental.....	24
Clima.....	27
Cobertura vegetal.....	27
Saneamento básico.....	28
Segurança pública.....	30
Mobilidade urbana.....	33
Panorama Epidemiológico por fase do ciclo vital.....	40
Crianças.....	40
Adolescentes.....	62
Pessoas adultas.....	66
Pessoas idosas.....	88
Populações com vulnerabilidades específicas.....	97
População negra.....	98
Pessoas com deficiências.....	99
LGBT.....	107
População ribeirinha	107
Populações em situação de fragilidade social.....	107
Moradores de rua.....	107
Pessoas sob proteção social do município.....	108
População privada de liberdade	111
ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	113
Vigilância em saúde.....	113
Atenção básica.....	126
Atenção em Saúde Mental.....	177
Assistência Farmacêutica	185
Atenção especializada ambulatorial.....	187
Atenção às urgências.....	201
Atenção hospitalar.....	207
Ações intersetoriais.....	219
GESTÃO EM SAÚDE.....	234
Planejamento.....	234
Informatização.....	236
Regulação do sistema de saúde.....	237
Financiamento.....	255
Orçamento público.....	278
Educação permanente.....	283
Gestão do trabalho.....	283
Humanização em saúde.....	291
Comunicação e relacionamento com a comunidade.....	294
Ouvidoria.....	296
Infraestrutura e apoio logístico.....	300
OBJETIVOS, DIRETRIZES, METAS E AÇÕES.....	309
GLOSSÁRIO DE SIGLAS.....	348
ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS.....	351
REFERÊNCIAS.....	363
ANEXOS.....	367

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Canoas 2014-2017, ora apresentado é resultante do exercício democrático na formulação das políticas públicas. A elaboração da referência do quadriênio é um instrumento legal, expressa particularmente, na Lei nº 8.080/90, na Lei 8.142, de 1990 e o Planeja-SUS, entre outras legislações citadas no decorrer deste documento. Entretanto, antes de responder a essa legislação específica, dar densidade ao previsto na Constituição Brasileira, Artigo 196, que garante o direito à saúde aos cidadãos e cidadãs brasileiras, definindo-a como dever do Estado.

O presente plano foi elaborado de forma a permitir uma orientação clara para a gestão deste quadriênio, para os trabalhadores da saúde e para os cidadãos de Canoas sobre o caminho que a saúde percorrerá neste período. Sendo assim o plano sintetiza o compromisso do gestor na consolidação do SUS, num trabalho conjunto de profissionais da saúde sob o olhar atento do controle social.

No processo de construção deste PMS, ocorreram à compatibilização com o Plano Plurianual (PPA), com as metas da Estratégia das Cidades Sustentáveis, programa de governo e pactuações com os outros entes federativos.

Este plano contempla uma visão sistêmica da saúde e está estruturado em 3 objetivos, 10 diretrizes e 127 metas, que compreendem as ações estratégicas e os compromissos para o setor, sustentado em uma ampla análise da saúde da população canoense nos últimos anos e da estrutura desenvolvida para atender às necessidades sociais em saúde.

Numa segunda fase, o produto do trabalho foi levado às comunidades para ampliar ainda mais a participação dos trabalhadores dos territórios e dos usuários, assegurando amplo diálogo.

Nos encontros regionais foi feita a apresentação e a discussão para validar as metas e colher novas sugestões. Após a sistematização das sugestões colhidas na comunidade, o PMS passa por aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Através da Programação Anual da Saúde (PAS), cada meta será criteriosamente traduzida em ações concretas, a partir de 2014. A prestação de

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

contas ocorrerá a cada quatro meses e permitirá uma constante avaliação e aprimoramento.

Embora o plano seja elaborado para os próximos quatro anos, poderão ser feitos ajustes se a realidade alterar e novas necessidades surgirem. Entretanto deve-se assegurar ampla participação e diálogo democrático em todas as fases desses processos visto que a saúde é um bem de todos e todos devem contribuir para preservá-la.

ANÁLISE SITUACIONAL

Panorama Demográfico

O município é o quarto com maior população do Estado, ficando somente atrás de Porto Alegre, Pelotas e Caxias do Sul. Sua área territorial é de 131 Km², sendo a cidade dividida em dezoito bairros, sendo os mais populosos Guajuviras, Mathias Velho e Niterói.

De acordo com o censo demográfico do ano de 2000 o município possuía 300 mil habitantes, já em 2010 a população era de 323.827 pessoas. Conforme a estimativa do IBGE chegou neste ano (2013) aos 338.531 habitantes.

Tabela 1 - Série histórica de população estimada do município, comparada com estado e país.

Ano	Canoas	Rio Grande do Sul	Brasil
2010	323.827	10.693.929	190.755.799
2011	325.189	10.733.030	192.379.287
2012	326.505	10.770.603	193.946.886
2013	338.531	11.118.261	201.032.714

Fonte: Estimativas Populacionais (IBGE/2013)

Quanto ao sexo, observa-se maior número de mulheres, que representam 51,8% da população geral, e os homens representam 48,2% conforme IBGE 2010.

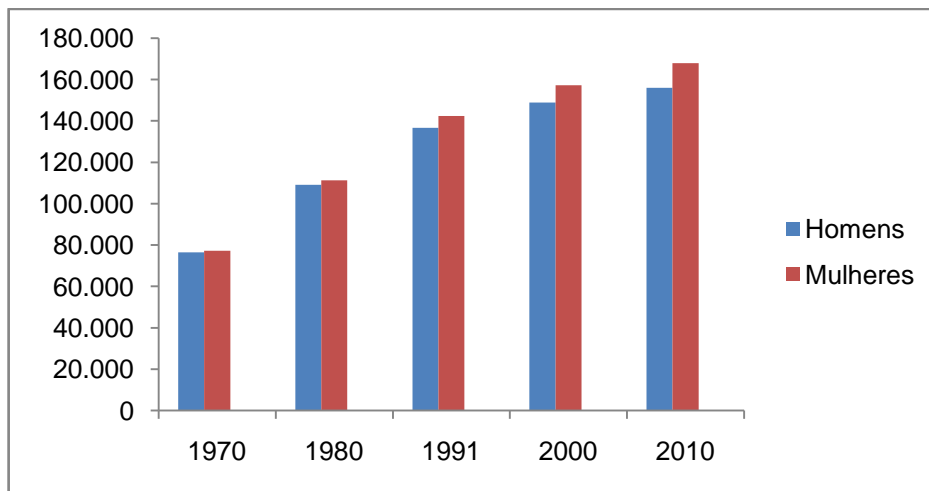
Tabela 2 – População geral de Canoas estratificada segundo sexo, 2013.

Sexo	Número absoluto	Proporção
Homens	155.936	48,2%
Mulheres	167.891	51,8%
Total	323.827	100%

Fonte: Estimativas Populacionais (IBGE/2013)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

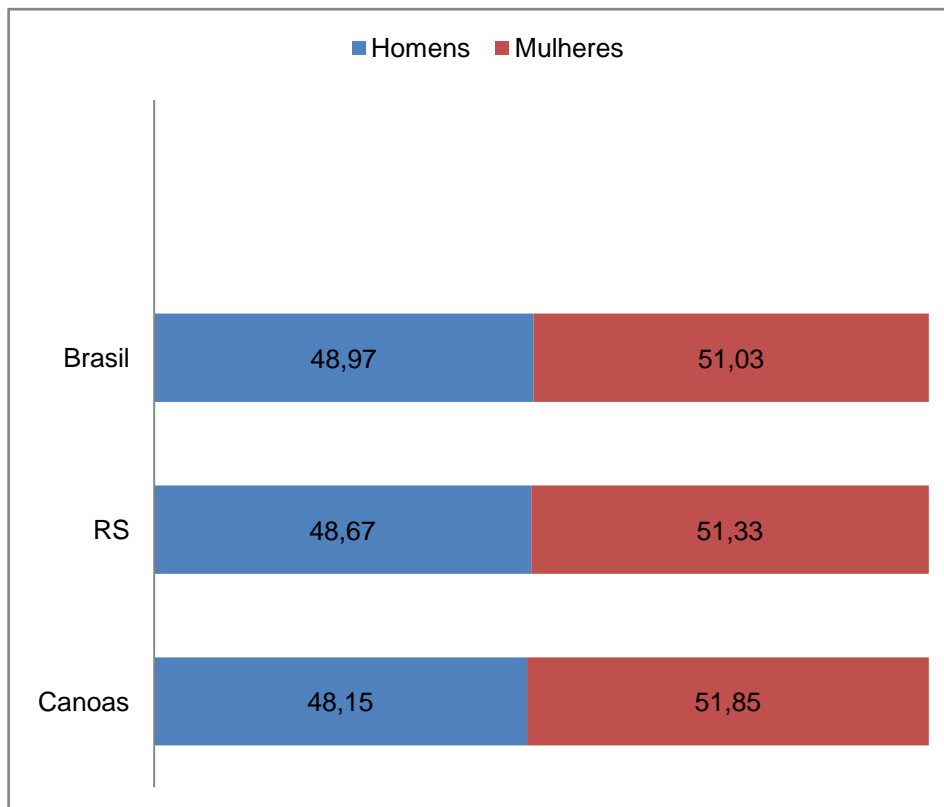
Gráfico 1 - Evolução da população, segundo sexo, Canoas, RS.



Fonte: Censo demográfico IBGE – DIEPE/ICXXI

Comparando-se a proporção de homens e mulheres com o estado do Rio Grande do Sul e o País observamos que a maioria é de mulheres assim como no Município.

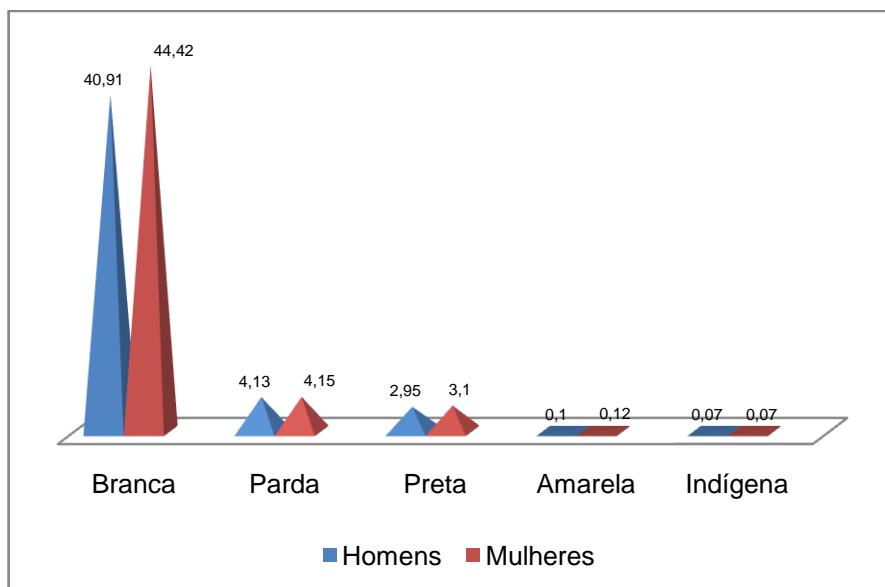
Gráfico 2 – Proporção de população residente, por sexo, comparado país, estado e município, 2010.



Fonte: Censo demográfico IBGE – DIEPE/ICXXI

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 3 –Proporção segundo sexo e raça cor, da população residente, 2010, Canoas, RS.



Fonte: Censo demográfico IBGE – Diretoria de Estudos e Pesquisas/ICXXI

A maioria da população de Canoas se declara branca (85%). Quando comparada à população brasileira, há uma diferença significativa, pois 48% se autodeclara branca. Quanto à raça negra encontramos um percentual de 14,3%. No Brasil este percentual atinge 50,7%. Com relação à população indígena, o Brasil apresenta um percentual de 0,4% da população total. No município, a população declarada indígena representa 0,15%.

Tabela 3 - Distribuição da população do município, por bairro e idade, 2010 Canoas, RS.

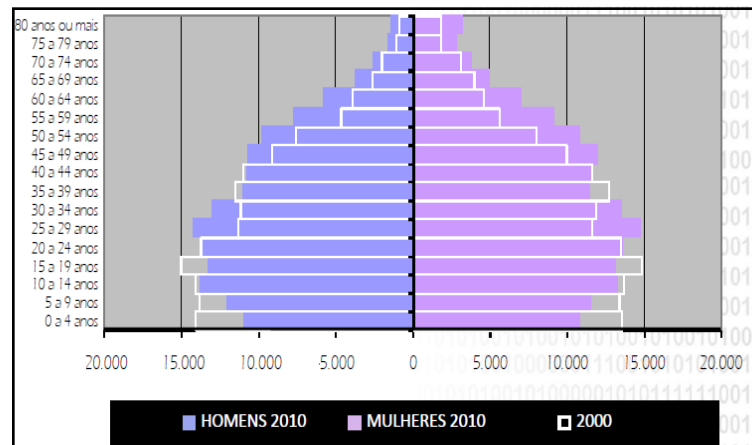
Bairro	Crianças (0 a 14 anos)	Jovens (15 a 24a)	Adultos (25 a 59 a)	Idosos (60a ou mais)
Brigadeira	116	84	366	13
Centro	2.131	2.187	8.033	2.716
Estância Velha	5.802	4.527	13.691	2.613
Fátima	2.700	1.981	6.295	1.686
Guajuviras	10.902	7.338	18.622	2.664
Harmonia	9.656	6.962	18.864	3.591
Igara	1.624	1.456	5.626	1.694
Ilha das Garças	0	0	0	0
Industrial	23	14	46	6
Marechal Rondon	1.712	1.502	6.048	1.740
Mathias Velho	12.105	8.741	23.112	4.848
Mato Grande	3.015	1.877	5.585	744
Niterói	8.051	6.077	18.542	5.808
N. Senhora das Graças	2.661	2.315	8.810	2.937
Olaria	2.578	1.815	5.493	999
Rio Branco	6.595	4.679	13.784	3.305
São José	1.916	1.407	5.546	1.103
São Luis	869	653	2.124	671

Fonte: Censo demográfico IBGE – Diretoria de Estudos e Pesquisas/ICXXI

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Em relação à faixa etária de 0-14 anos; de 15 a 24 anos e de 25 a 59 anos é no Bairro Mathias Velho que está a maior concentração de crianças, jovens e adultos. Quanto à faixa etária a partir de 60 anos (idosos), é no Bairro Niterói que residem 5.808 idosos.

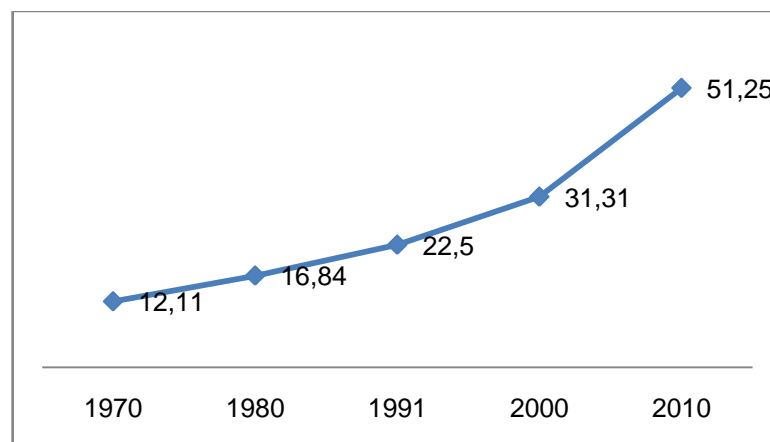
Gráfico 4 – Estrutura etária 2000 e 2010, Canoas, RS.



Fonte: Censos Demográficos IBGE/ Elaboração: DIEPE/ ICXXI

Visualiza-se no gráfico acima o estreitamento da base, denotando que a população de jovens vem decrescendo nos últimos anos (ocorrendo diminuição expressiva na população entre 0 e 9 anos de idade). Ao contrário desta situação, percebe-se o alargamento do topo determinado pelo crescimento da população idosa, ou seja, o envelhecimento da população.

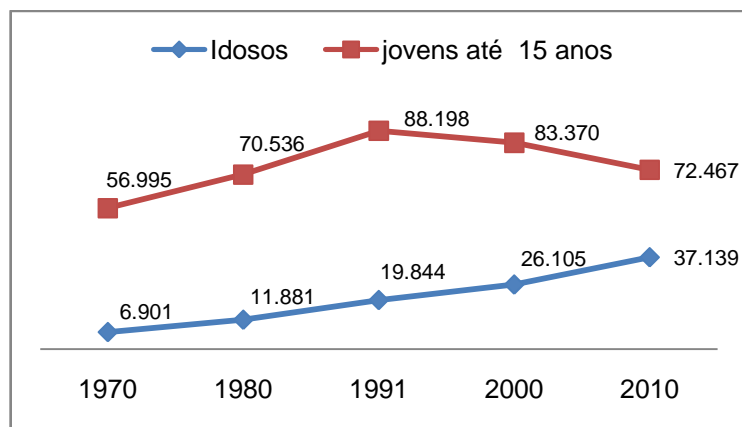
Gráfico 5 – Série histórica do índice de envelhecimento, Canoas, RS.



Fonte: Censo demográfico IBGE – DIEPE/ICXXI

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 6 – Evolução numérica da população jovem e idosa, Canoas, RS.



Fonte: Censos Demográficos IBGE/ DIEPE/ICXXI

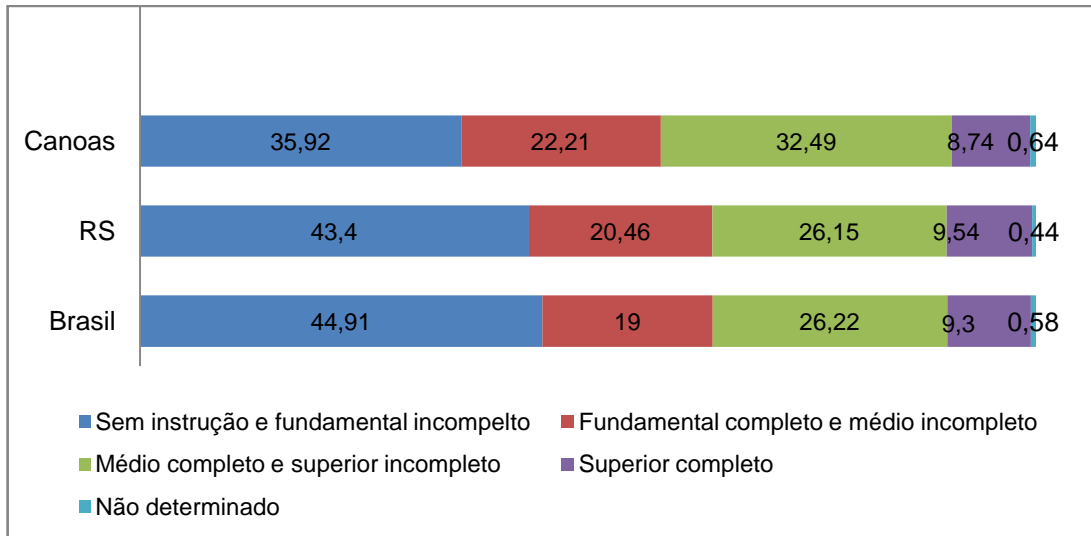
O município registra crescimento significativo da população idosa e recuo da população de menores de 15 anos, ocasionando expressiva elevação nos índices de envelhecimento dado pela relação entre o número de pessoas com 60 ou mais anos que existem por cada 100 pessoas com menos de 15 anos na população.

De acordo com Giacomini (2012), o fenômeno do envelhecimento é complexo e multifacetado, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, demográficas, jurídicas, políticas, éticas e filosóficas, em torno do significado e das repercussões do prolongamento da vida humana, no âmbito do indivíduo e da sociedade.

Em Canoas 63% da população com 15 ou mais anos possui o ensino fundamental completo. No Brasil este percentual representa 54% e no Rio Grande do Sul representa 56%, conforme informativo número 5 do Canoas XXI, no gráfico seguinte.

Gráfico 7 – Pessoas de 15 anos ou mais de idade, segundo o nível de instrução (percentual), 2010.

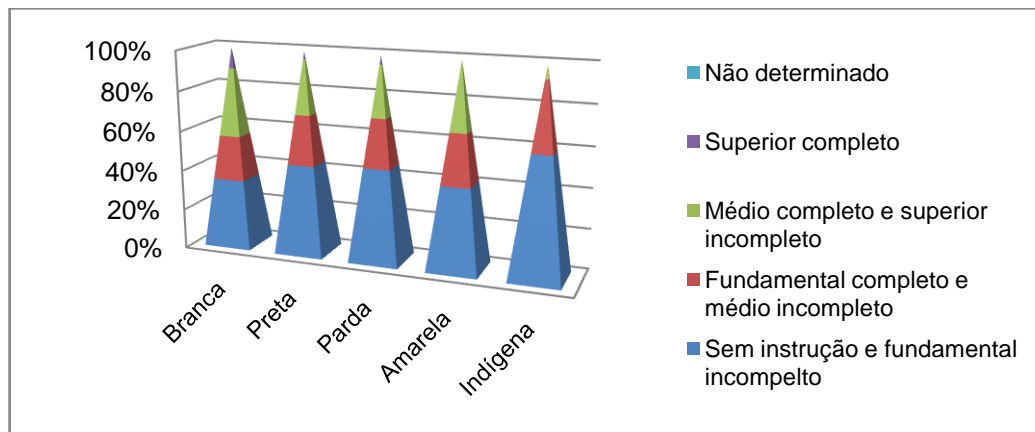
PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



Fonte: Censo demográfico IBGE – Diretoria de Estudos e Pesquisas/ICXXI

No gráfico abaixo se pode visualizar o nível de escolaridade e a relação ao quesito raça/cor. As populações declaradas brancas e amarelas representam o grupo com menor percentual de pessoas sem instrução e com ensino fundamental incompleto. As populações autodeclaradas parda, preta e indígena são os grupos sociais definidos por raça com menor percentual de indivíduos com ensino superior. Quanto à população declarada indígena, 60% não possuem instrução ou tem ensino fundamental incompleto.

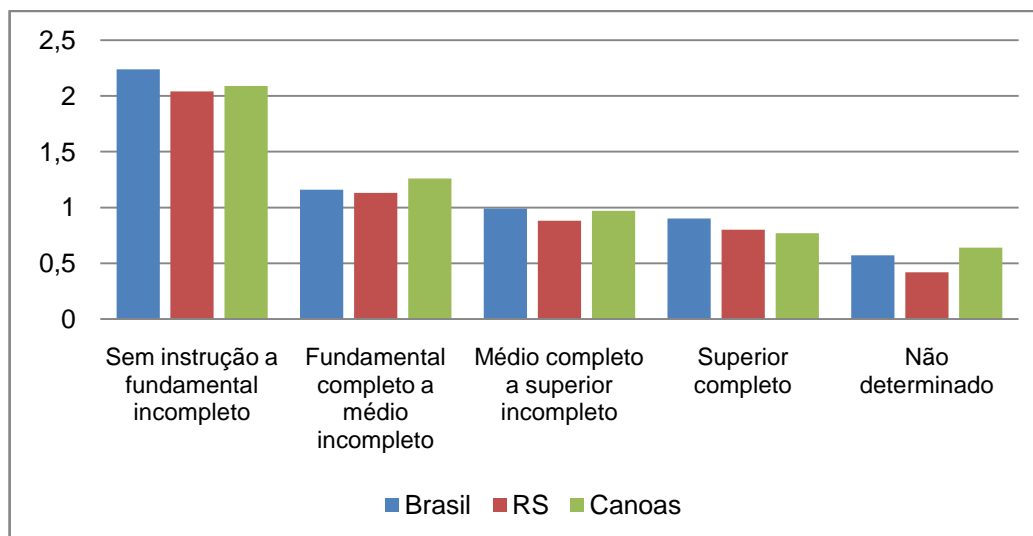
Gráfico 8 – Proporção de pessoas de 15 anos ou mais, segundo o nível de instrução, por raça/cor, Canoas, RS.



Fonte: Censo demográfico IBGE – Diretoria de Estudos e Pesquisas/ICXXI

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 9 – Taxa de fecundidade por nível de instrução, comparado país, estado e município, 2010.



Fonte: Censo demográfico IBGE – Diretoria de Estudos e Pesquisas/ICXXI

O gráfico acima apresenta o número médio de filhos por mulher em idade de reprodução (dos 15 aos 49 anos). Foi observado que a taxa de fecundidade total não atinge a taxa de reposição populacional (2,1 filhos por mulher) nas três unidades territoriais apresentadas. A variável nível de instrução e taxa de fecundidade são a que se aproxima da taxa de reposição populacional é a dos indivíduos que se declaram sem instrução e fundamental incompleto, ou seja, quanto maior o nível de instrução, menor a taxa de fecundidade. (ICXXI -2012)

O município está dividido em quatro quadrantes organizacionais que são Nordeste, Noroeste, Sudeste, Sudoeste que se subdividem em quinze microrregiões conforme artigo 4º Decreto 185 de 31 de maio de 2012. A seguir apresentaremos uma tabela por quadrante com as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, etnia, escolaridade e renda.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 4 – Características da população do quadrante Nordeste segundo sexo, idade, etnia e escolaridade, Canoas, RS.

Sexo	Idade	Pop	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Sem Declaração	Alfabetizadas	Não Alfabetizadas	Sem Declaração
Homens	20a ou mais	35711	30636	2181	97	2754	43	0	35001	710	0
	40 a ou mais	17720	15596	1014	58	1327	25	0	17192	528	0
	60 a ou mais	4486	3929	221	15	320	1	0	4206	280	0
Mulheres	20 a ou mais	39893	34630	2347	102	2728	59	0	38811	1082	0
	40 a ou mais	21146	18451	1216	51	1385	43	0	20211	935	0
	60 a ou mais	6340	5571	343	16	401	9	0	5715	625	0

Fonte: Censo Demográfico IBGE 2010.

Tabela 5 – Características da população do quadrante Nordeste segundo sexo, idade e renda, Canoas, RS.

Sexo	Idade	Até ¼ de SM	Mais de ¼ a ½ SM	Mais de ½ a 1 SM	Mais de 1 a 2 SM	Mais de 2 a 3 SM	Mais de 3 a 5 SM	Mais de 5 a 10 SM	Mais de 10 a 15 SM	Mais de 15 a 20 SM	Mais de 20 a 30 SM	Mais de 30 SM	Sem Rendimento	Sem Declaração
Homens	20 a ou mais	49	197	3576	12226	6237	4732	3404	646	493	199	94	3858	0
	40a ou mais	26	99	1940	4966	3115	2693	2141	432	367	160	80	1701	0
	60a ou mais	5	14	834	1011	733	639	453	94	89	38	20	556	0
Mulheres	20a ou mais	282	555	7154	11075	3412	2647	1712	247	136	47	22	12604	0
	40a ou mais	129	278	4652	4843	1762	1463	1031	158	104	37	17	6672	0
	60a ou mais	19	31	2153	1268	209	398	245	34	23	9	4	1647	0

Fonte: Censo Demográfico IBGE 2010. (Levantamento realizado pela DIEPE/ICXXI - 2013)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 6 – Características da população do quadrante Sudeste segundo sexo, idade, etnia e escolaridade, Canoas, RS.

Sexo	Idade	População	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Sem Declaração	Alfabetizadas	Não Alfabetizadas	Sem Declaração
Homens	20 a ou mais	18561	16325	1164	29	1116	17	0	18308	316	0
	40a ou mais	10251	9063	572	19	584	13	0	10256	240	0
	60a ou mais	3434	3069	184	1	173	7	0	3478	99	0
Mulheres	20a ou mais	21710	19223	1322	30	1115	20	0	33911	962	0
	40a ou mais	13153	11718	760	12	649	14	0	25506	908	0
	60a ou mais	5311	4802	264	2	236	7	0	17376	709	0

Fonte: Censo Demográfico IBGE 2010. (Levantamento realizado pela DIEPE/ICXXI - 2013)

Tabela 7 – Características da população do quadrante Sudeste segundo sexo, idade e renda, Canoas, RS.

Sexo	Idade	Até ¼ de SM	De ¼ a ½ SM	De ½ a 1 SM	De 1 a 2 SM	De 2 a 3 SM	De 3 a 5 SM	De 5 a 10 SM	De 10 a 15 SM	De 15 a 20 SM	De 20 a 30 SM	Mais de 30 SM	Sem rendimento	Sem Declaração
Homens	20 a ou mais	21	73	2227	6028	3183	2666	1959	355	163	49	34	1893	0
	40a ou mais	12	41	1363	2783	1779	1687	1366	275	116	41	24	764	0
	60a ou mais	5	4	696	901	626	550	320	74	33	9	2	214	0
Mulheres	20a ou mais	104	323	4502	5974	2070	1612	1012	128	55	20	6	5995	0
	40a ou mais	48	134	3222	3118	1237	1031	715	94	45	15	4	3490	0
	60a ou mais	6	29	1946	1246	509	354	211	28	19	4	0	959	0

Fonte: Censo Demográfico IBGE 2010. (Levantamento realizado pela DIEPE/ICXXI - 2013)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 8 – Características da população do quadrante Sudoeste segundo sexo idade, etnia e escolaridade, Canoas, RS

Sexo	Idade	População	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Sem Declaração	Alfabetizadas	Não Alfabetizadas	Sem Declaração
Homens	20a ou mais	16900	14437	950	18	1474	21	0	16492	408	0
	40a ou mais	8453	7293	450	9	692	9	0	8135	318	0
	60a ou mais	2304	2028	114	1	157	4	0	2169	135	0
Mulheres	20a ou mais	18864	16172	1057	30	1585	20	0	18166	698	0
	40a ou mais	10190	8805	541	15	818	11	0	9584	606	0
	60a ou mais	3432	3012	178	6	233	3	0	3047	385	0

Fonte: Censo Demográfico IBGE 2010. (Levantamento realizado pela DIEPE/ICXXI - 2013)

Tabela 9 - População do quadrante sudoeste, segundo sexo, idade e renda, Canoas, RS.

Sexo	Idade	Até ¼ de SM	De ¼ a ½ SM	De ½ a 1 SM	De 1 a 2 SM	De 2 a 3 SM	De 3 a 5 SM	De 5 a 10 SM	De 10 a 15 SM	De 15 a 20 SM	De 20 a 30 SM	Mais de 30 SM	Sem rendimento	Sem Declaração
Homens	20a ou mais	27	139	2278	6253	3012	2106	1201	211	93	40	11	1529	0
	40a ou mais	20	73	1296	2694	1554	1262	714	126	67	31	7	609	0
	60a ou mais	6	10	560	658	409	339	143	34	8	8	0	129	0
Mulheres	20a ou mais	189	344	4153	5467	1630	1084	605	69	22	13	0	5288	0
	40a ou mais	82	166	2740	2572	899	607	354	45	12	9	0	2704	0
	60a ou mais	14	24	1432	781	313	166	85	10	2	2	0	603	0

Fonte: Censo Demográfico IBGE 2010. (Levantamento realizado pela DIEPE/ICXXI - 2013)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 10 – População do quadrante Noroeste, segundo sexo idade, etnia e escolaridade, Canoas, RS.

Sexo	Idade	População	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Sem Declaração	Alfabetizadas	Não Alfabetizadas	Sem Declaração
Homens	20anos ou mais	34631	29306	2233	72	2943	77	0	33622	999	0
	40anos ou mais	17660	15103	1060	41	1407	49	0	16871	789	0
	60anos ou mais	4899	4242	278	14	351	14	0	4474	425	0
Mulheres	20anos ou mais	38609	33055	2372	94	3017	71	0	37009	1600	0
	40anos ou mais	21204	18338	1200	52	1573	41	0	19756	1448	0
	60anos ou mais	6933	6080	375	16	443	19	0	5979	954	0

Fonte: Censo Demográfico IBGE 2010. (Levantamento realizado pela DIEPE/ICXXI - 2013)

Tabela 11 – População do quadrante Noroeste, segundo sexo idade e renda, Canoas, RS.

Sexo	Idade	Até ¼ de SM	De ¼ a ½ SM	De ½ a 1 SM	De 1 a 2 SM	De 2 a 3 SM	De 3 a 5 SM	De 5 a 10 SM	De 10 a 15 M	De 15 a 20 M	De 20 a 30 M	Mais de 30 SM	Sem Rendimento	Sem Declaração
Homens	20anos ou mais	43	164	4591	12888	5998	3950	2530	482	347	187	64	3387	0
	40anos ou mais	22	88	2654	5495	3124	2417	1690	343	276	159	56	1336	0
	60anos ou mais	4	15	1211	1254	783	627	386	92	80	51	17	379	0
Mulheres	20anos ou mais	296	585	8400	10590	2770	2052	1446	209	111	40	13	12097	0
	40anos ou mais	131	289	5597	4806	1654	1270	986	159	77	30	10	6195	0
	60anos ou mais	20	40	2816	1304	614	397	284	43	27	8	3	1377	0

Fonte: Censo Demográfico IBGE 2010. (Levantamento realizado pela DIEPE/ICXXI - 2013)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Observa-se em Canoas o que vem ocorrendo no País que é a feminização da velhice conforme Camarano (2010), a diferença no número de mulheres e homens idosos amplia-se nos grupos etários mais velhos em razão do diferencial de mortalidade que favorece as mulheres desde os primeiros anos de vida até as idades mais avançadas. Quanto ao analfabetismo segundo dados do PNAD 2008 de 15 a 60% dos idosos no Brasil são analfabetos.

Em Canoas observa-se que 8.9% dos idosos são analfabetos. A baixa escolaridade limita o usufruto de bens e produtos culturais, reduz os salários e limita a defesa dos próprios bens e leva a exclusão social. É importante que se garantam a todos os idosos, independente do grau de escolaridade, o acesso à educação ao longo de toda a velhice, aí incluídos o domínio de novas tecnologias e a participação na construção de uma política educação.

As maiorias das mulheres idosas ganham até um (01) salário mínimo. Ao analisar os rendimentos de 1 salário mínimo acima, os homens ganham mais que as mulheres. Mesmo que ambos tenham a mesma média de anos de estudo, os homens ganham mais as mulheres. Outro dado relevante é que 1.753 homens e 4.112 mulheres idosas que não possuem rendimentos.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Determinantes e Condicionantes de Saúde

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresentou em sua Carta de Intenções alguns pré-requisitos fundamentais para a saúde, quais sejam, paz, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Definiu também promoção da saúde como “o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

Na mesma carta afirma-se que “para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver”. Nesse sentido, a promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.

Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, seguros e saudáveis, acesso à informação, às experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. Nessa perspectiva, a saúde deve ser colocada na agenda de prioridades em todos os níveis e setores. Deve ser uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais.

A saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. O acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, particularmente, nas áreas de tecnologia, trabalho, produção de energia e urbanização, é essencial e deve ser seguido de ações que assegurem benefícios positivos para a saúde da população. A proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde. É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Por outro lado, o setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Precisa adotar uma postura protagonista na integração com os demais setores, propondo agendas protetoras para a cidade.

Concretizar essa visão requer uma mudança de atitude, de direcionamento, de formação de recursos humanos e de organização do setor saúde passando a focalizar as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral. No Brasil essa visão está expressa na Constituição, nos princípios do Sistema Único de Saúde e é aprofundada na Política Nacional de Promoção de Saúde, aprovada em 2006. O exercício da equidade, portanto, deve tencionar o setor saúde, cotidianamente, no sentido de diminuir as profundas e sistemáticas diferenças de acesso aos direitos humanos fundamentais, pois sabemos que as populações expostas a precárias condições de vida são mais vulneráveis a doenças e vivem menos. Esse esforço inclui prover acesso integral ao sistema de saúde a toda a população. Entretanto esse desafio deve ser assumido também pelo governo municipal, como uma política pública global potente e efetiva na produção da equidade e, onde as iniquidades sejam consideradas injustas e evitáveis, enfrentando o desafio de tornar a cidade mais saudável.

À luz dessa visão, analisou-se a situação de Canoas, nos diferentes aspectos que interferem sobre a produção de saúde ou de adoecimentos, o que nos permite medir e interpretar as distâncias entre os grupos humanos na sociedade, pois em saúde não basta passar uma régua a analisar pela média, precisamos identificar claramente essas diferenças e incidir sobre elas.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Aspectos socioeconômicos

O índice de desenvolvimento humano (IDH), de 0,750, faz com que Canoas seja considerado um município com alto desenvolvimento humano, conforme classificação da ONU.

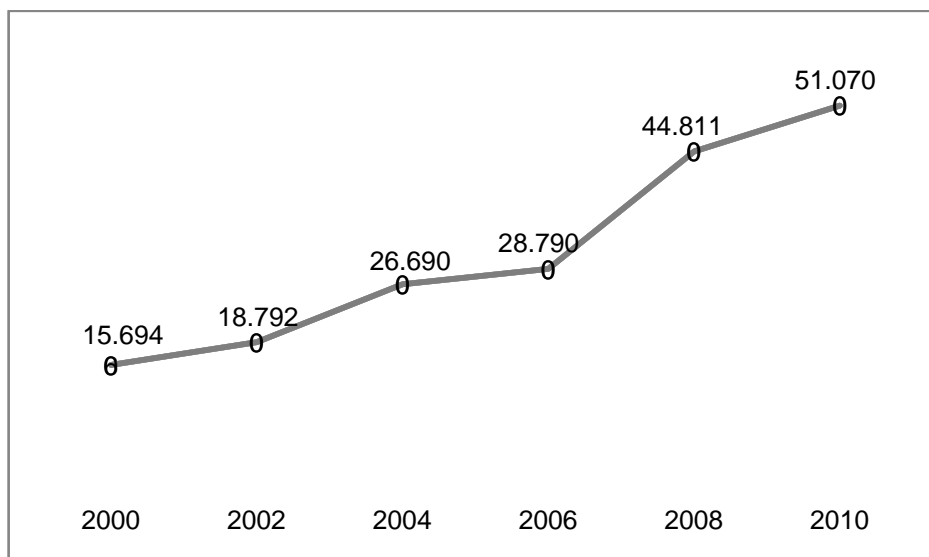
Tabela 12 – Série histórica do IDH, Canoas, RS.

Ano	Colocação	IDH	Renda	Longevidade	Educação
1991	200º	0,556	0,671	0,733	0,349
2000	408º	0,665	0,719	0,818	0,500
2010	551º	0,750	0,768	0,864	0,636

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil, ONU, 2013.

O PIB de Canoas ocupa a 31ª posição em relação aos demais municípios do Brasil. Quando comparado ao Rio Grande do Sul apresenta o 2º maior PIB, atrás apenas de Porto Alegre.

Gráfico 10 – Série Histórica do PIB, Canoas, RS.



Fonte: Censo demográfico, IBGE, 2010 (Canoas XXI).

O PIB per capita (divisão do PIB municipal pelo total da população), em comparação aos 496 municípios do Rio Grande do Sul, Canoas encontra-se na 6ª posição.

O município tem recebido, nos últimos anos, grande número de novos empreendimentos. A tendência é de crescimento acelerado tanto na indústria da

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

construção civil, com o surgimento de condomínios populares, como de empresas. Segundo informações da Secretaria Municipal de Desenvolvimento econômico do município, estão previstos até 2016, os seguintes novos empreendimentos que atrairão grandes contingentes de trabalhadores.

Estão previstos 15 a 20 mil novos empreendimentos imobiliários residenciais (casas e condomínios). Calcula-se 3 pessoas por unidade, totalizando 60 mil pessoas. Mais ou menos. 50% são moradores de fora de Canoas e 30% dos imóveis são adquiridos por investidores. Apenas 20% dos novos imóveis serão ocupados por pessoas que já moram no município. Portanto, a previsão é de aumento populacional só pelo ingresso de novos moradores é de 80 a 100 mil habitantes até 2016. (Meta 62).

O município, devido a sua localização estratégica, atrai grandes empreendimentos como, por exemplo:

Centro de Distribuição Bebidas Fruki S/A.: 300 empregos;

Park Shopping Canoas (a ser construído), gerará em torno de 3 mil novos empregos;

Intermodal logística (a ser construído), 3 mil empregos;

RVT que faz plataforma para Petrobras mantém 1.200 empregos.

O desafio não só para o setor saúde, mas para todas as políticas públicas é a inclusão dessas populações, mesmo que provisórias. Sugeriu-se que pensamos em uma maneira destes trabalhadores terem o cartão saúde, mesmo que provisório, para um controle do município (Meta 63).

Poluição Ambiental

Toda a questão que aborde poluição deve ensejar a vinculação dos diferentes tipos de poluição em um ciclo fechado. A poluição do ar provoca a poluição da água, que provoca a poluição do solo e vice-versa. Quanto à poluição do ar, sabe-se que o avanço da tecnologia vem acompanhado de gastos de energia que, tornam viáveis as constantes descobertas. Produzir energia, geralmente, é o principal motivo da poluição do ar, pois os automóveis, fábricas e usinas

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

termoelétricas espalhadas pelo mundo usam, na maioria das vezes, a energia dos combustíveis fósseis.

Os principais poluentes atmosféricos são: os gases tóxicos lançados pelas indústrias e pelos veículos movidos a petróleo e, os compostos tóxicos formados no ar a partir de elementos componentes dos gases desprendidos pelos motores e chaminés, que reagem com o auxílio da luz e com os elementos da atmosfera. Assim como outras cidades, Canoas também sofre com a poluição do ar por causa da inversão térmica no inverno.

Nas outras estações, o Sol aquece a superfície, que por sua vez esquenta a camada de ar acima dele e como esse ar é menos denso, ele sobe carregando os poluentes. No inverno, o calor da terra não é suficiente para aquecer o ar, então a camada fria fica presa próxima ao chão, segurando a poluição. Outro agravante é a falta de chuvas, pois os poluentes pairam no ar por mais tempo até se depositarem sobre prédios, casas e carros. Aí, quando a água cai, carrega os gases e partículas que estão em suspensão, esta chuva ácida, ao contrário do que se imagina não é prejudicial nas cidades e ainda ajuda a limpar o ar. O problema é quando os poluentes entram em alguma nuvem e viajam para fora da região metropolitana, contaminando mananciais de água e a produção de alimentos.

A irritação que surge nas pessoas presas em um congestionamento é um dos sintomas dos efeitos da poluição no trânsito engarrafado, depois vêm outros problemas: olhos lacrimejantes, ligeira dor de garganta e o pigarro, produzido pelas mucosas da garganta na defesa do organismo. Se o tempo de exposição à poluição for longo, o pulmão e até o coração podem ser afetados.

É justamente a poeira fina a mais prejudicial à saúde das pessoas. O aumento constante de veículos piora ainda mais a situação da qualidade do ar, pois fonte desse poluente está relacionada à queima de combustível, à pavimentação e ao atrito do pneu no asfalto. Contribuem para essa condição, o hábito predominante de utilização do transporte motorizado individual, em detrimento do uso de transporte coletivo e a ausência de estrutura para transportes alternativos não poluentes.

A má qualidade do ar causa problemas de saúde às pessoas e também ao meio ambiente, podendo provocar a corrosão de alguns materiais como ferro, aço, concreto e mármore, pela geração de chuva ácida, por meio de reações químicas de

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

compostos ácidos presentes na atmosfera, principalmente SO₂ (dióxido de enxofre) e óxidos nitrogenados que, em contato com o vapor d'água, oxigênio e oxidantes, formam ácido sulfúrico e ácido nítrico, que atacam esses materiais.

Entre os grandes temas que poderão ser desenvolvidos também pelo setor saúde, estão o uso das águas, o tratamento dos resíduos sólidos, o ar e o efeito estufa, a flora e a arborização urbana, a fauna e os biótopos do município.

O município está localizado na Região Hidrográfica do Lago Guaíba. É banhado por três importantes corpos hídricos desta Região: rio dos Sinos (limite municipal com Nova Santa Rita), rio Gravataí (limite municipal com Porto Alegre) e rio Jacuí (Lago Guaíba).

A área do município, e conseqüentemente a população que nele reside, encontra-se situada em três bacias hidrográficas: do rio Gravataí, do rio dos Sinos e do Lago Guaíba.

As bacias hidrográficas do Gravataí, Sinos e Lago Guaíba respondem, em conjunto, por quase 04 milhões de habitantes, apresentando as maiores densidades demográficas do Estado. Enquanto a média da Região Hidrográfica é de 84 hab./km², no Gravataí atinge 677, nos Sinos, 359 e no Lago Guaíba, 523 hab./km².

A situação da qualidade das águas na bacia é representada com base no Índice de Qualidade das Águas – IQA, o qual considera os seguintes parâmetros: oxigênio dissolvido, coliformes fecais, demanda bioquímica de oxigênio, pH, nitrogênio amoniacal, fosfato total, turbidez e sólidos totais. O IQA consiste em um índice ou nota final obtida através da consideração, ponderada em uma equação, dos parâmetros antes relacionados. Como resultado tem-se um índice ou nota, que classifica as águas superficiais.

Atualmente, as situações de conflito pelo uso da água e preservação ambiental ligada aos recursos hídricos que ocorrem na Bacia do rio Gravataí, segundo DRH/Sema (2007) são:

- Insuficiência hídrica em períodos de baixa vazão, principalmente nos meses de verão;
- Baixa qualidade das águas no trecho médio-baixo, inviabilizando os usos mais exigentes;
- Conflito de quantidade entre abastecimento humano e irrigação;

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Orizicultura, localizada a montante e jusante do Banhado Grande, provocando modificações na rede de drenagem e poluição por excesso de fertilizantes e agrotóxicos;
- Lançamento de esgotos domésticos, com ênfase nas sub-bacias dos arroios: Demétrio, Barnabé, Águas Belas, Feijó, Passo Grande, Brigadeiro, Areia e Sarandi;
- Lançamentos de efluentes industriais na porção baixa da bacia;
- Disposição indevida de resíduos sólidos na Região Metropolitana de Porto Alegre, gerando contaminação de recursos hídricos.

Clima

A média do comportamento atmosférico de uma região indica como esta se relaciona com a hidrosfera, a litosfera e a biosfera. Sabe-se que o clima será, de forma ampla, o resultado das trocas de energia e matéria entre as referidas esferas. Define-se clima, como o resultado da sucessão habitual dos estados da atmosfera sobre um determinado lugar.

Desta forma, dependendo dos parâmetros climáticos locais, os danos ao ambiente provocados por certas ações antrópicas podem ser atenuados ou aumentados. O clima afeta processos como: dispersão de poluentes atmosféricos, lixiviação de elementos químicos, decomposição de resíduos orgânicos, erosão do solo e outros. Além disso, há de se considerar que certos empreendimentos podem modificar o micro clima local.

Cobertura Vegetal

Como a maior parte das zonas urbanas brasileiras, Canoas já perdeu a grande maioria de sua cobertura vegetal original, ainda mais que se trata de um município considerado totalmente urbano. Com o intenso desenvolvimento industrial e urbano, Canoas teve sua vegetação original alterada. As áreas agrícolas e de

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

reflorestamento com *Pinus elliottii* e eucalipto também fazem parte da atual cobertura vegetal de Canoas.

Algumas formações florestais nativas também podem ser encontradas ao longo dos rios e arroios no município (vegetação ciliar). Os arroios Araçá e da Brigadeira, com nascentes no Parque Municipal Fazenda Guajuviras na divisa de Canoas com Cachoeirinha, são exemplos da presença desse tipo de vegetação. Na Ilha das Garças também se pode observar espécies de formações florestais.

As áreas verde são de fundamental importância para a qualidade ambiental das cidades, trazendo inúmeros benefícios como melhoria na qualidade do ar, dos solos, aumento da taxa de infiltração das águas da chuva, conforto térmico, além de servir como locais de lazer e interação entre as pessoas. Canoas apresenta aproximadamente 17 m² de área verde para cada habitante.

Saneamento básico

Um dos problemas mais graves nas grandes periferias é justamente a falta do saneamento básico e é este um dos fatores mais importantes da saúde porque de acordo com o meio onde vivem podem contrair e transmitir muitas doenças. Portanto o acesso à água potável e algumas condições de higiene, muitas doenças podem ser evitadas diminuindo assim o custo com tratamentos.

O investimento no saneamento básico é crucial na sociedade, já que cada R\$ 1,00 investido em saneamento equivale a uma economia de R\$ 4,00 na área de saúde, porque o saneamento básico representa medidas de prevenção.

Além disso, outro fator importante do saneamento básico é a sua capacidade de criação de trabalho. Em 2010, este setor criou 64 mil postos de trabalho, o que significa um total de 671 mil empregos criados direta ou indiretamente pelo setor do saneamento básico.

De acordo com números do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento 2010 (SNIS), divulgado em Junho de 2012, a distribuição de água potável chega a 81,1% da população. Relativamente à coleta de esgotos, ela chega a 46,2% dos brasileiros.

A Organização Mundial de Saúde define o saneamento básico como "o controle de todos os fatores do meio físico do homem que exercem ou podem exercer efeito deletério sobre o seu bem-estar físico, mental ou social". O saneamento básico tem como o seu principal objetivo zelar pela saúde do ser

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

humano, tendo em conta que muitas doenças podem se desenvolver quando há um saneamento precário. Assim, as medidas de prevenção que visam promover a saúde do Homem, são as seguintes:

- Abastecimento de água;
- Manutenção dos sistemas de esgotos;
- Coleta, remoção e destinação final do lixo;
- Drenagem de águas pluviais;
- Controle de insetos e roedores;
- Saneamento dos alimentos;
- Controle da poluição ambiental;
- Saneamento da habitação, dos locais de trabalho e de recreação;
- Saneamento aplicado ao planejamento territorial.

Resíduos sólidos

A coleta seletiva realizada no Município é do tipo domiciliar, coletada porta a porta e por Pontos de Entrega Voluntária (PEVs). A coleta dos resíduos recicláveis produzidos nas residências, nas empresas, nas escolas, nos órgãos do governo municipal, federal e em outras instituições é realizada através de um contrato das cooperativas de recicladores com a Prefeitura Municipal de Canoas.

O contrato celebrado entre a Prefeitura Municipal de Canoas e, as Cooperativas Populares de recicladores do município, visa maior integração entre recicladores e comunidade aumentando a eficiência e universalizando o acesso ao serviço em acordo com a Lei Municipal 5.485 de 25 de janeiro de 2010.

Hoje Canoas tem contrato com 4 cooperativas: COOARLAS, COOPCAMATE, COOPERMAG e RENASCER. Na vila de Passagem existe uma cooperativa (Mãos Dadas) que trabalha juntamente. Durante 9 meses a cooperativa COOPCAMATE não conseguiu renovar seu contrato e, durante este período, as outras 3 cooperativas que assumiram seu roteiro. Há uma cooperativa funcionando na central de resíduos da construção civil.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Água

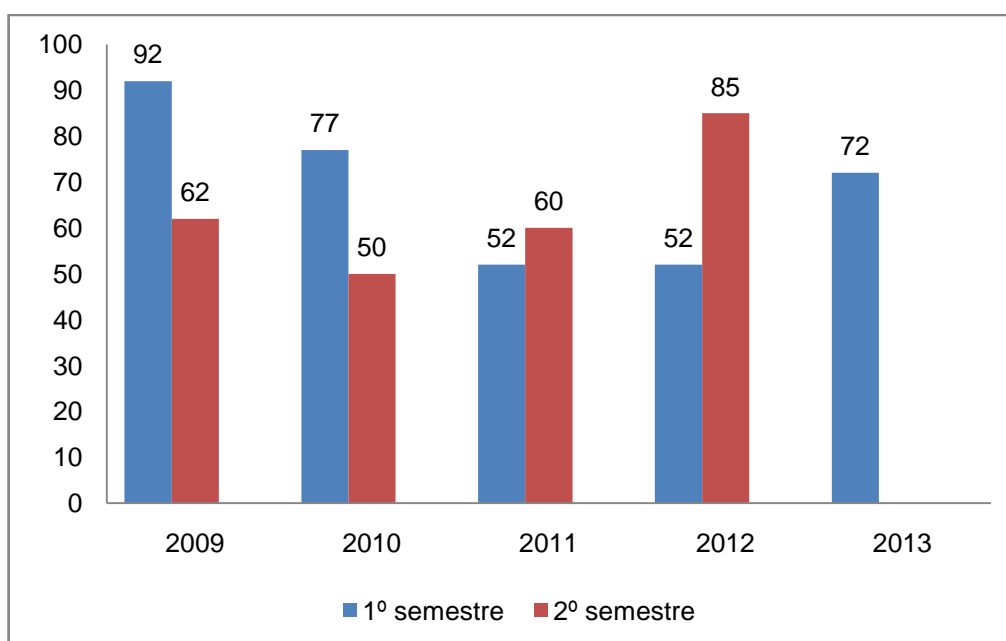
Conforme a Secretaria Municipal do Meio Ambiente, Canoas consome em média 3.020.738 m³ de água por mês ou 309,64 litros por habitante/dia, o que equivale a quase três vezes o valor recomendado pela ONU para atender as necessidades diárias básicas de uma pessoa.

Segurança pública

As informações a seguir foram sobre a mortalidade por violências no município foram fornecidas pelo Observatório de Segurança de Canoas, publicadas em periódico do próprio observatório.

Entre 2009 e 2013 houve um declínio de 21,7% das mortes violentas.

Gráfico 11 – Série histórica de mortes violentas, por semestre, Canoas, RS.

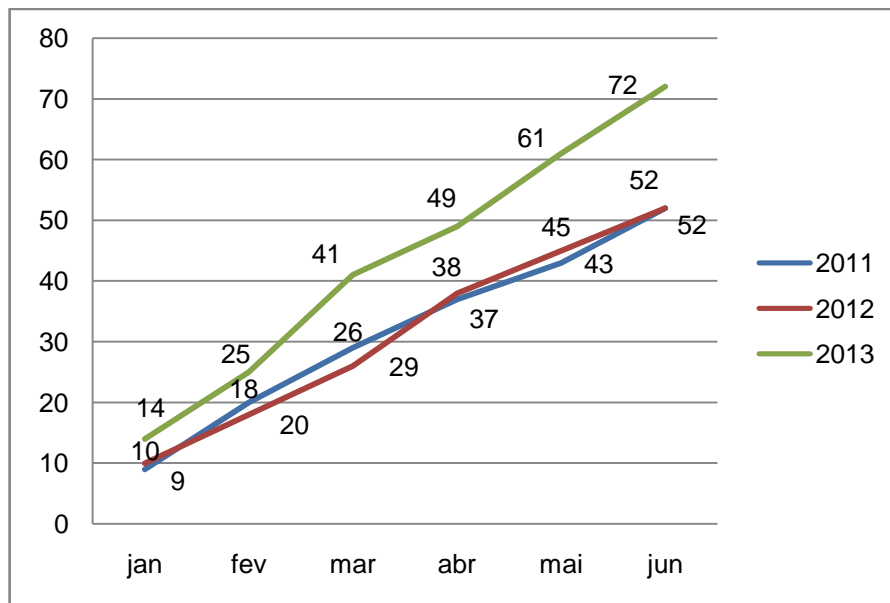


Fonte: Observatório de Segurança de Canoas.

As mortes violentas de 2013 se mantiveram superiores ao mesmo período dos anos anteriores ao longo de 3 meses 2012 – 2013: + 38,5%

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 12 - Série histórica de mortes violentas, por mês, Canoas, RS.



Fonte: Observatório de Segurança de Canoas.

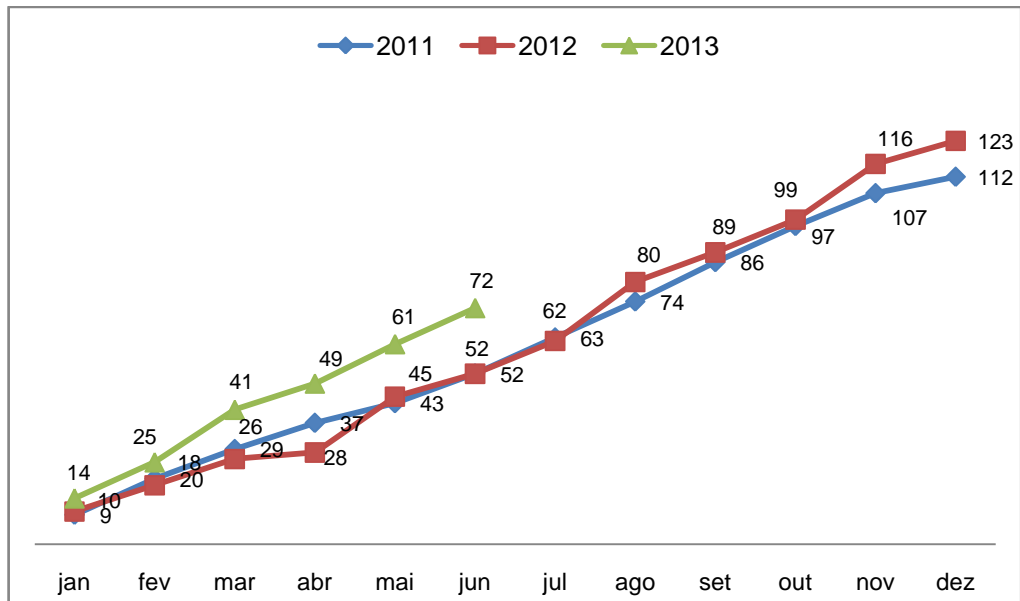
Verificou-se, pelo levantamento do observatório que em relação ao perfil das vítimas, considerando a totalidade dos casos do 1º semestre 2013, que 97,2% são homens, brancos (77,8%), com idade média de 30 anos e que em 90,3% foram utilizadas armas de fogo.

Verifica-se um declínio de 20,7% nos homicídios no período compreendido entre 2009 e 2013 e um aumento de 77% entre 2012 e 2013

Em relação à letalidade, os homens jovens (15-24 anos) representam a maioria das vítimas (95,7%). A maioria, 69,6%, cor branca e 26,1%, parda e preta. A arma de fogo aparece como causa em 95,7% dos casos, contra 4,3% de arma branca (Meta 44).

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 13 – Série histórica de mortes violentas, Canoas, RS.



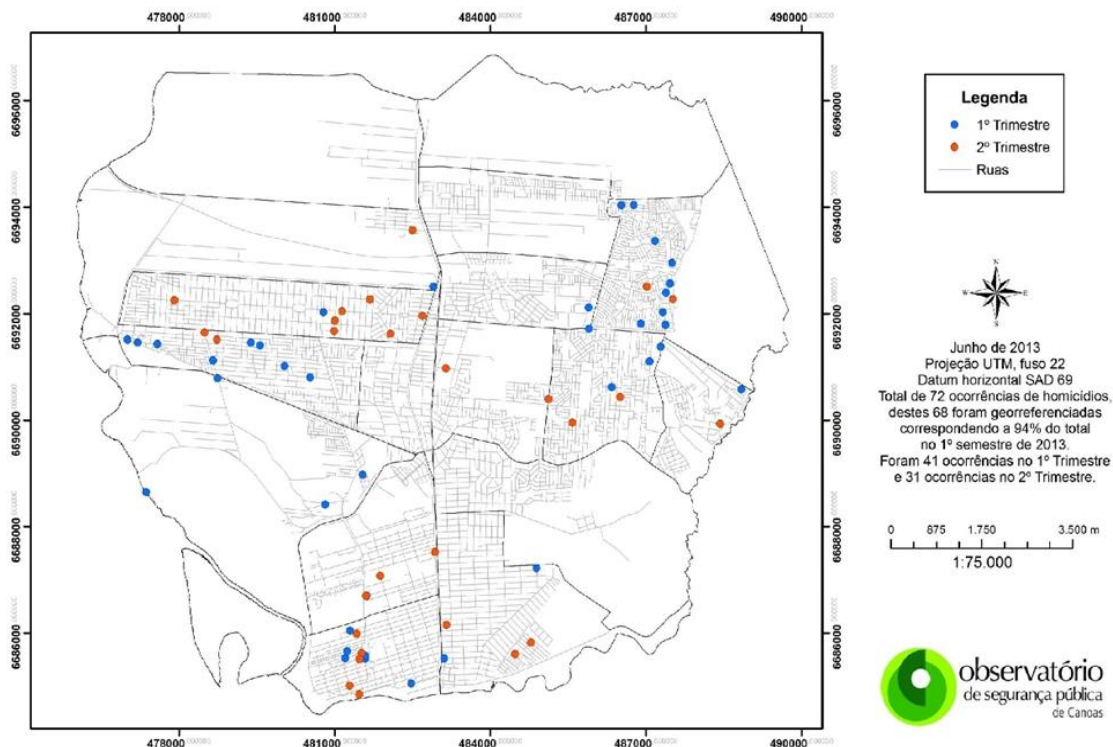
Fonte: Observatório de Segurança de Canoas

Observa-se no gráfico acima que no período de 2012 – 2013 houve um aumento de 38,5% em mortes violentas no município.

Os dados revelam ainda que as mortes violentas concentram-se, sobretudo nas vias públicas, no horário da noite/madrugada, 9h às 1h (58,3%), e prevalentemente entre a sexta-feira e domingo: 53,9%. É possível identificar que a maior incidência está nos bairros que compõem uma periferia urbana, onde as condições sociais de existência coletiva (trabalho, infraestrutura, educação e saúde), são desiguais se comparadas às áreas mais nobres da cidade, conforme pode ser visualizado na figura abaixo.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Fig. 1 – Homicídios segundo o local que ocorreram, primeiro semestre, 2013, Canoas, RS.



Fonte: Observatório de Segurança de Canoas, RS

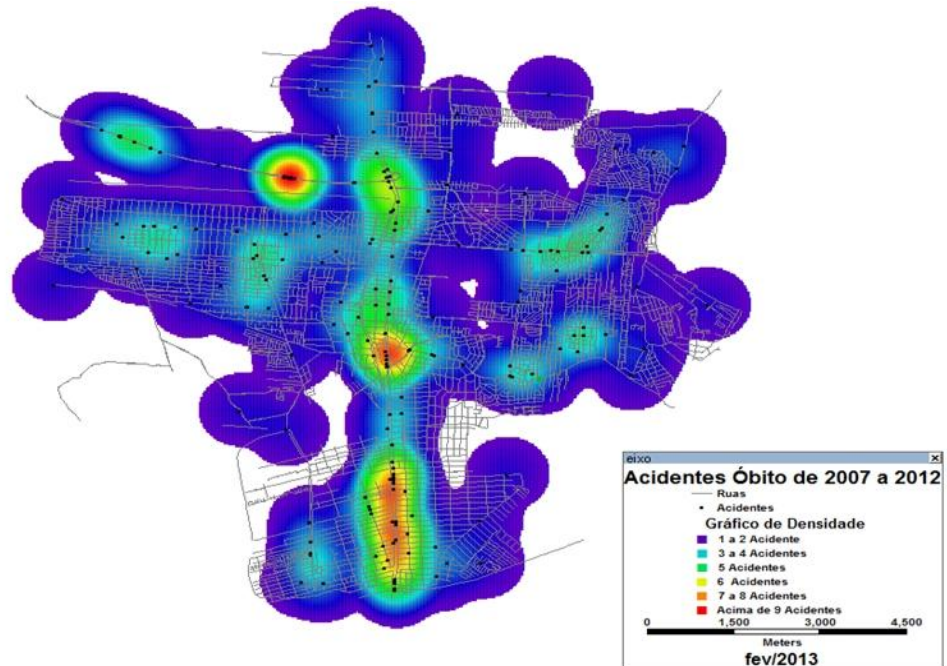
Mobilidade urbana

A mobilidade urbana é um conceito que trata da circulação e o transporte urbano, proporcionando os deslocamentos na cidade e atendendo às distintas necessidades da população, através do transporte coletivo, individual por veículos, bicicletas ou ao deslocamento a pé e ao transporte de cargas na cidade.

Fica fácil perceber a importância deste tema quando abordamos a saúde e a segurança numa cidade de região metropolitana transpassada por uma das vias mais movimentadas do país (BR 116).

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Fig. 2 – Mapa georreferenciado de acidentes com óbito entre 2007 e 2012, Canoas, RS.



Fonte: UEC/SMTM, Canoas.

É possível examinar o impacto sobre a saúde, se levar em conta aspectos relativos à qualidade do transporte coletivo, distâncias percorridas diariamente pelas pessoas, tempo gasto nos deslocamentos, acomodações e conforto nos veículos. Por outro lado, podemos visualizar o quanto a cidade está privilegiando ou não em suas políticas públicas, a mobilidade urbana sustentável (como as ciclovias), impactando sobre a qualidade do ar que respiramos. Vias seguras para pedestres poderiam, por exemplo, estimular as pessoas a praticar caminhadas, sabidamente um excelente exercício para prevenir doenças crônico-degenerativas.

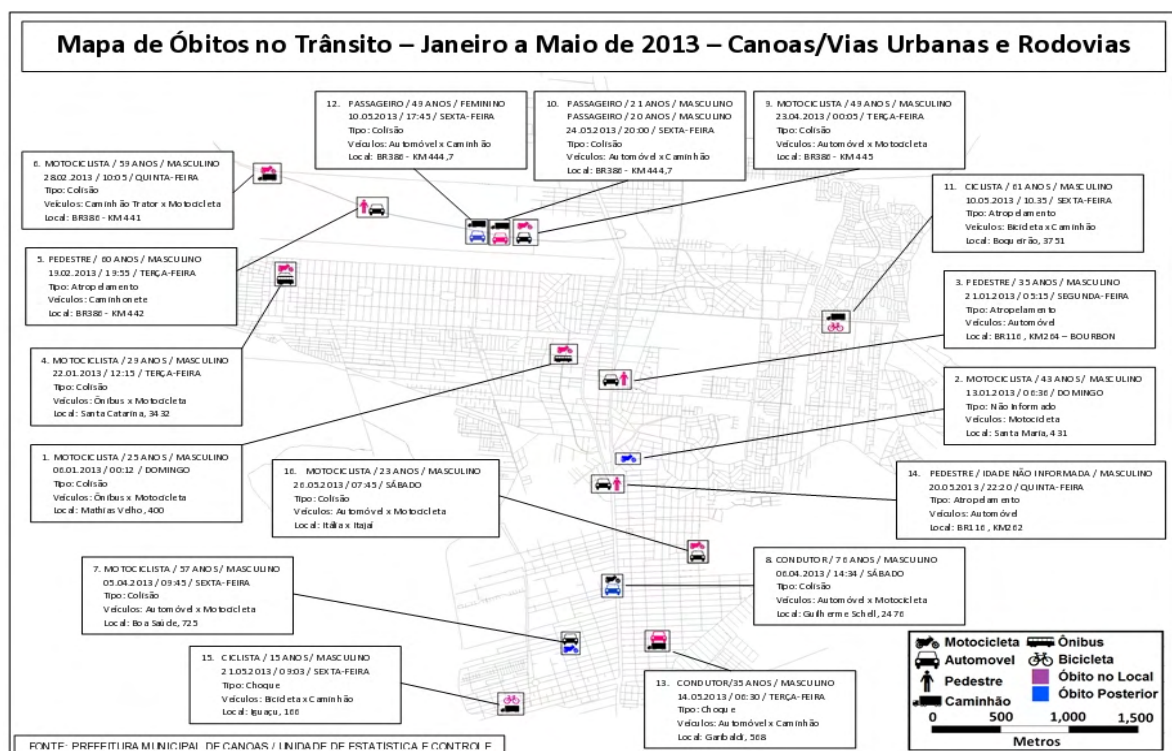
Pode-se também pensar em aspectos relativos à segurança das pessoas, em especial crianças e adultos com limitações motoras, nos deslocamentos a pé pela cidade. Ou da segurança do próprio transporte veicular na cidade. Talvez este seja o indicador mais visível da relevância do tema quando estamos pensando um plano de saúde para a cidade.

O reflexo de uma política de mobilidade urbana centrada no privilégio ao trânsito rápido, focado nos veículos e não nas pessoas, transparece nas estatísticas de acidentes e mortes no trânsito, que representam uma verdadeira tragédia em nossa cidade.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

A Unidade de Estatística e Controle (UEC), da SMTM de Canoas vem realizando trabalho de pesquisa e análise dos acidentes de trânsito no Município. Os trabalhos iniciados em 2011 se baseiam na compilação de dados nos diferentes órgãos com envolvimento direto ou indireto nas ocorrências e nas vítimas em decorrência destes. Os dados são cotejados e formam um banco de dados único que servem para o planejamento e tomada de ações na busca pela redução do número de acidentes com vítimas fatais e a gravidade das lesões (Meta 116).

Fig. 3 – Mapa de óbitos no trânsito de janeiro a maio de 2013 – Canoas, RS



Fonte: Unidade de Estatística e Controle, SMTM, Canoas.

Em 2012 foram identificados o total de 3.055 feridos, porém não foi possível diagnosticar a gravidade de cada um, o que acaba dificultando as ações nos locais, horários e com o tipo de vítima que exigem um cuidado especial e imediato para atingirmos o objetivo traçado.

Neste mesmo ano foram identificados 9.121 acidentes de trânsito no Município, conforme dados colhidos na Brigada Militar, Polícia Rodoviária Federal, SAMU, DETRAN e fiscalização municipal de trânsito. Com base em pesquisa dos custos dos acidentes realizada pelo IPEA em 2003, estes acidentes somariam

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

perdas de R\$ 117.725.953,22, já corrigidos. Só para o município as perdas foram de cerca de 19 milhões de reais, conforme a pesquisa. Parte destes valores corresponde a custos diretos da Prefeitura, como atendimento médico-hospitalar, resgate, danos ao patrimônio público e atendimentos por agentes de trânsito.

Considerando estes itens, o estudo calcula que Canoas teve um gasto direto de 19,8 milhões de reais. O valor é semelhante ao custo anual do Hospital de Pronto Socorro de Canoas, por exemplo.

Verifica-se que no material enviado ao município, relativo a óbitos por acidentes de trânsito, há uma disparidade das informações do DETRAN (Meta 119). Ressaltamos que neste órgão os dados foram todos conferidos, um a um, desde o ano de 2007 através de consultas integradas. Muitas destas ocorrências cadastradas em Canoas foram identificadas como sendo originárias de outros Municípios, porém, suas vítimas obtiveram o atendimento hospitalar e vieram a óbito em Canoas, provável motivo da discrepância nas informações. Quem se envolve em um acidente sabe que custa caro, mesmo aqueles em que os prejuízos são apenas materiais. Agora montamos uma conta total da cidade para chamar a atenção a que, ao evitar acidentes, motoristas e pedestres ajudam a preservar vidas e também a economia de toda a sociedade, diz Leandro Machado, coordenador do estudo realizado ao jornal Diário de Canoas.

O impacto dos acidentes e violências na saúde

Os dados relativos à mortalidade por causas externas (acidentes e violências) podem nos oferecer uma indicação da dimensão dos homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, afogamentos e outros mecanismos de lesões em uma comunidade. Quando comparados às estatísticas relativas a outros grupos de causas de óbito, estes dados constituem indicadores úteis do fardo criado pelos traumatismos intencionais e não intencionais. Podem servir para acompanhar a violência fatal no tempo, identificar grupos e comunidades mais expostas às violências e fazer comparações. Entretanto, estes números representam um tipo de dado que nos permite descrever apenas uma parcela da amplitude do problema. Como os eventos não fatais são mais frequentes que os fatais e, certos tipos de

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

eventos não são plenamente representados pelos dados de mortalidade, outras informações são necessárias.

A ocorrência desses eventos que traumatizam, mas não levam à morte imediata chamamos de morbidade. Essa situação impacta sobremaneira o sistema de saúde seja pelo volume de ocorrências, pela urgência de resposta que requer (determina a necessidade de estruturas disponíveis em tempo integral), seja pelas complexas e onerosas respostas que requer (longas internações, cirurgias e exames especializados, órteses e próteses, longos períodos de reabilitação). Ingressar nessa tarefa com os demais atores significa qualificar e intensificar as ações já existentes e evoluir dentro da compreensão de que a violência é uma epidemia multifacetada e multifatorial e que, portanto, seu enfrentamento deve ser feito em rede, de forma articulada e solidária. É preciso tornar claro o papel principal da saúde nos programas de prevenção da violência, não se atendo a recolher e tratar as vítimas, mas, sobretudo prevenindo novas ocorrências. À semelhança do que ocorre no restante da cidade e do país, nossas equipes têm dificuldade na identificação e abordagem nas situações de violência que batem à sua porta. A maioria dos serviços de saúde não atende as vítimas de violência levando em consideração a complexidade do problema. Via de regra, atem-se ao tratamento clínico. Acredita-se que essa situação é resultante do pouco preparo dos serviços e profissionais para lidarem com essas situações. Frequentemente presencia-se a banalização do problema. Por outro lado, as formas tradicionais de capacitações não atingiram o objetivo no preparo das equipes para o enfrentamento do problema das causas externas. Pode-se afirmar isso com base na avaliação do cotidiano das equipes que pouco alteraram o *savoir-faire* (saber fazer) coletivo diante da epidemia da violência.

Participar da mudança desse cenário é um desafio para o setor saúde. Assim sendo, em Canoas se faz necessário aprofundar ações concertadas em torno ao direito à segurança, onde têm um papel de destaque as múltiplas causas que limitam a vida e o desenvolvimento das pessoas ao gerar sofrimentos, lesões, traumatismos e morte.

Existem várias iniciativas e serviços em andamento no município que podem ser reforçadas pela visão que orienta uma ação simultânea e concertada do conjunto da sociedade e do poder público, dentro de uma ideia de ter não só impacto como

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

também sustentabilidade. Isso implica numa abordagem integral em três níveis simultâneos:

- Promoção da segurança contra os acidentes (violências não intencionais), frequentemente caracterizadas pela negligência ou a indiferença, iniciando pelo espaço doméstico (os acidentes domésticos são uma das principais causas de traumas em crianças e idosos), pelas instituições (escolas, casas de repouso e geriatrias, hospitais, locais de trabalho e de diversão) e finalmente nos espaços públicos (parques, praças, vias públicas, áreas ribeirinhas);
- Promoção da segurança contra violências intencionais tais como as violências auto-infligidas (auto abuso, comportamento suicida, tentativa de suicídio e suicídio), as violências interpessoais (familiar e comunitária).
- Promover a segurança através de iniciativas contra a violência coletiva determinada por decisões políticas, econômicas ou políticas que suprimem direitos (trabalho, educação, alimentação, moradia e saúde) e determinam ou aprofundam iniquidades sociais.

No âmbito da saúde faz-se necessário propiciar educação permanente aos trabalhadores para a identificação e abordagem adequada dos agravos por violências e acidentes, bem como para os encaminhamentos das potenciais vítimas e suas famílias aos demais serviços da rede de proteção, ou para os programas específicos de prevenção e proteção.

Introduzir mudanças substantivas na orientação de sistemas e serviços de saúde para construção de estratégias de promoção da segurança e de proteção da vida através da criação de estruturas, redesenho de fluxos e qualificação de seus trabalhadores em consonância com as iniciativas de todos os agentes públicos operadores em toda a cidade é imperativo. Para tanto, precisa melhorar a infraestrutura dos serviços de saúde municipais visando à abordagem adequada das vítimas de violências e de grupos vulneráveis. Isso significa que precisamos ampliar/qualificar a área física dos serviços onde existe possibilidade de expansão (terreno). Nos serviços onde não existe possibilidade por falta de terreno, trabalhar com alternativa de redesenhos de espaços e ou criação de espaços em locais de fácil acesso para a população dessas equipes onde possam realizar as ações preventivas para grupos, em especial os mais vulneráveis.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Aperfeiçoar o sistema de vigilância em todos os serviços da atenção básica, rede especializada, rede de urgências e hospitais. Construir observatórios sociais a partir da saúde, através da organização de base de dados, de bibliografia e de recursos didáticos sobre acidentes e violências. Informações quantitativas e qualitativas - narrativas para compreender a natureza dos eventos, podem contribuir no planejamento e desenho de políticas e intervenções. Essa é uma inequívoca contribuição da saúde, pois poderia orientar as ações preventivas e o envolvimento das comunidades para o enfrentamento das causas dos agravos a nível local ou da cidade como um todo.

Para uma participação efetiva do setor saúde na prevenção da violência e acidentes e na promoção da segurança, faz-se necessário o desenvolvimento de programas de educação em serviço com vistas a qualificar, progressivamente, todos os trabalhadores públicos de saúde da região para a identificação e registro dos agravos por causas violentas, bem como a abordagem adequada das vítimas e suas famílias.

Consolidar nos trabalhadores de saúde pública, a visão que a promoção da segurança é um desdobramento da estratégia da promoção da qualidade de vida e saúde e como tal, abarca as ações educativas, preventivas, protetoras, de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Uma estratégia que tem se mostrado exitosa é a articulação com instituições de ensino de todos os níveis e organizações não governamentais, no sentido de trazerem seus aportes de pesquisa e elaborações que possam embasar iniciativas focadas e sustentáveis que promovam a segurança. Inclui a abertura da instituição para a de pesquisa, através de convênios e parcerias e estímulo à participação de pesquisadores e estudantes nos territórios de paz, dentro do tema da violência.

A saúde pode ainda contribuir para a redução da exposição à morbidade e à mortalidade por violências e acidentes, através de iniciativas que incidam sobre fatores condicionantes e determinantes desses agravos nos serviços e na comunidade. Deve para tanto construir agendas próprias de promoção da saúde nas comunidades e participar de agendas construídas pela comunidade e ou parceiros, bem como desenvolver e implementar programas e estratégias promotoras da qualidade de vida.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

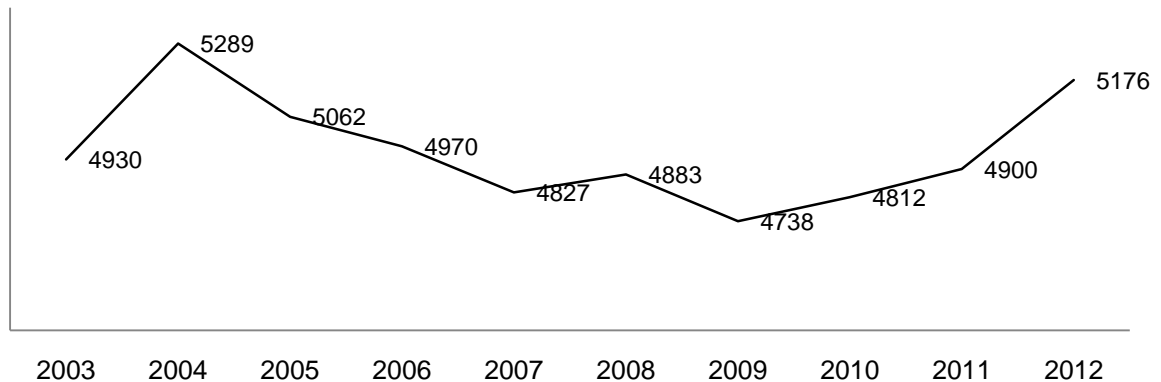
Espera-se também sua participação ativa no fortalecimento da ação comunitária para fazer frente aos problemas em suas causalidades, articulando os agentes públicos e as lideranças comunitárias em redes sociais de proteção à vida, através da construção de agendas estratégicas para as regiões e para a cidade, através de representação qualificada nos espaços interinstitucionais e comunitários que discutem e formulam políticas no campo da segurança. (Metas 44, 105 e 113).

Panorama epidemiológico por fase do ciclo vital

Crianças

Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC, 2012), nasceram 5.176 crianças no município.

Gráfico 14 - Série histórica do número absoluto de nascidos vivos, Canoas, RS.



Fonte: SINASC elaborado pela DVS/SMS

A tabela a seguir apresenta o número e percentual de nascidos vivos do município, segundo bairro de residência da mãe. Um maior número de nascimentos concentra-se no bairro Mathias Velho com 20,9%.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 13 - Nascidos vivos em 2012, segundo o bairro de residência da mãe, Canoas, RS

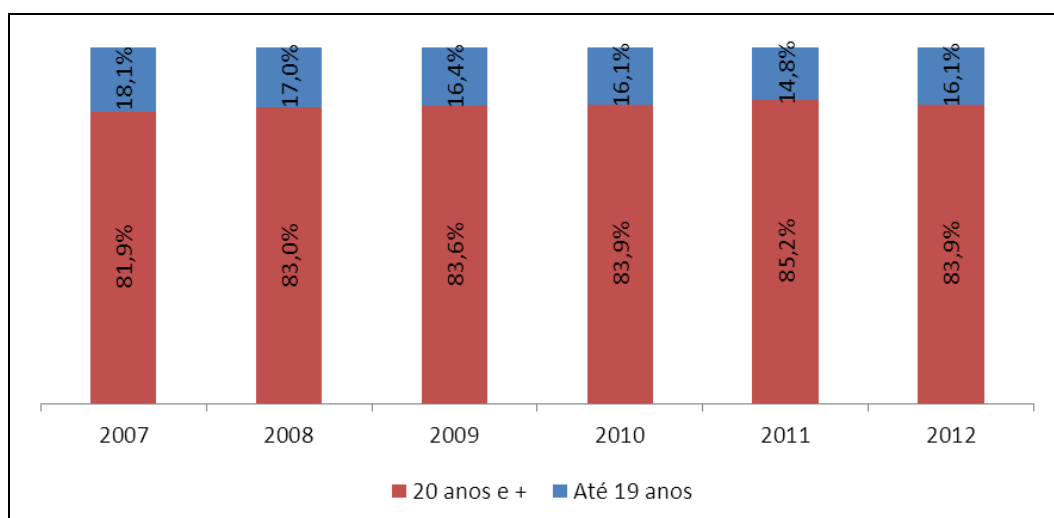
Bairro	N	%
Centro	152	3,1%
Estância Velha	535	10,8%
Fátima	163	3,3%
Guajuviras	640	12,9%
Harmonia	484	9,8%
Igara	150	3,0%
Marechal Rondon	123	2,5%
Mathias Velho	1035	20,9%
Mato Grande	220	4,4%
Niterói	508	10,3%
Nossa Senhora das Graças	157	3,2%
Olaria	94	1,9%
Rio Branco	457	9,2%
São José	150	3,0%
São Luís	76	1,5%
TOTAL	4944	100%

Fonte: SINASC elaborado pela DVS/SMS

A população na faixa etária de zero até dez anos incompletos, no município/RS, é de 45.347 crianças (IBGE, 2010). Destas, 21.738 são menores de cinco anos, grupo etário com risco aumentado de adoecer e ou morrer, diretamente relacionado ao acesso, em tempo oportuno e com qualidade, aos recursos de saúde e a uma rede de apoio psicossocial.

No município, a série histórica dos nascimentos de 2007 a 2012, segundo o SINASC, demonstra que a proporção das mães abaixo dos 20 anos mantém-se estável ao longo dos anos avaliados e corresponde, na média, a 16,4% dos nascimentos.

Gráfico 15 - Série histórica da proporção de nascimentos segundo a idade da mãe, Canoas, RS

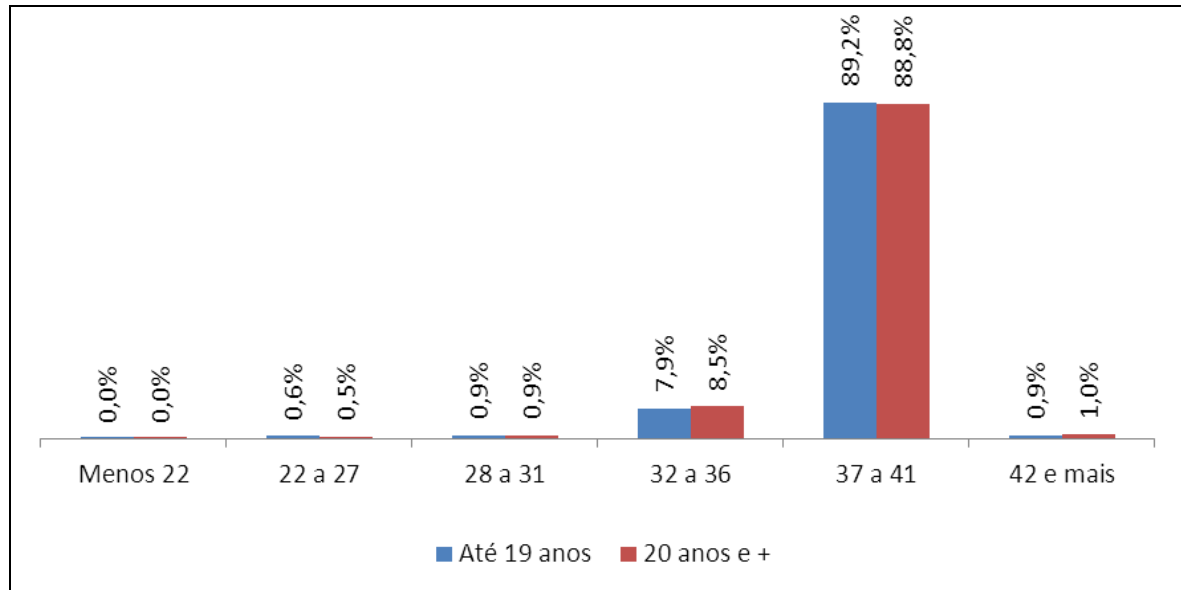


Fonte: SINASC elaborado pela DVS/SMS

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Relativamente à idade gestacional no momento do parto, não se observam diferenças significativas. Os partos a termo predominam em ambos os cenários e estão muito próximos dos 90%. Nas demais idades gestacionais, o comportamento permanece muito semelhante nas duas categorias.

Gráfico 16 - Proporção de nascimentos segundo a idade gestacional, proporção de nascimentos segundo a idade gestacional, média da série histórica 2007-2012, Canoas, RS.

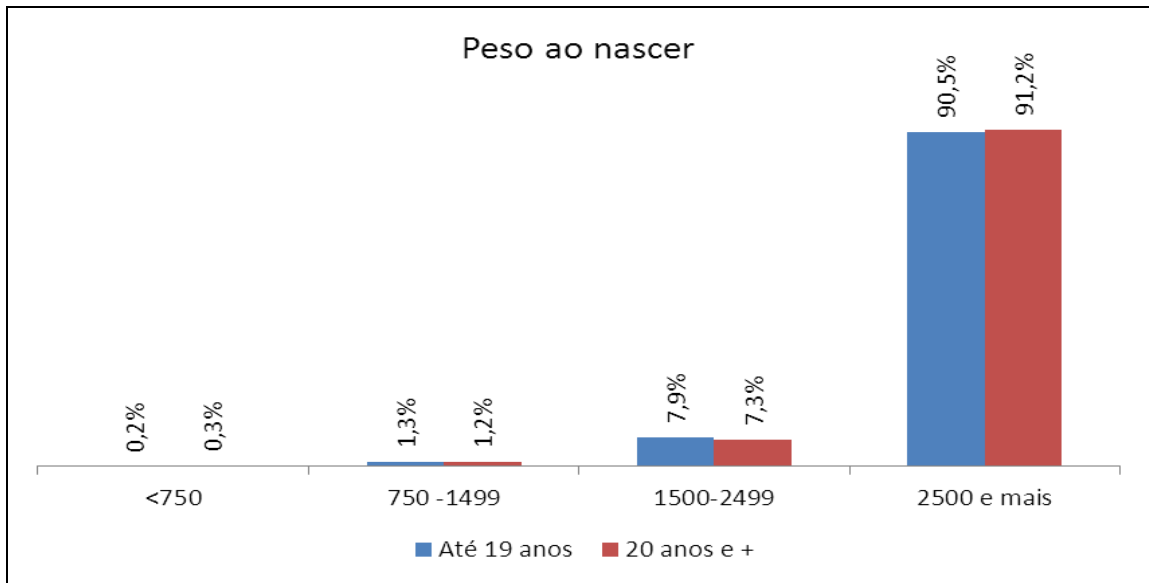


Fonte: SINASC elaborado pela DVS/SMS

Sabendo-se da relação intrínseca entre idade gestacional e peso ao nascer este, a exemplo do primeiro, apresenta-se com índices muito próximos para as duas faixas etárias estudadas em todas as divisões ponderais, sendo que mais de 90% dos nascidos vivos, sejam eles de mães adolescentes ou não, têm peso igual ou superior a 2.500g, conforme pode ser evidenciado no gráfico que segue.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

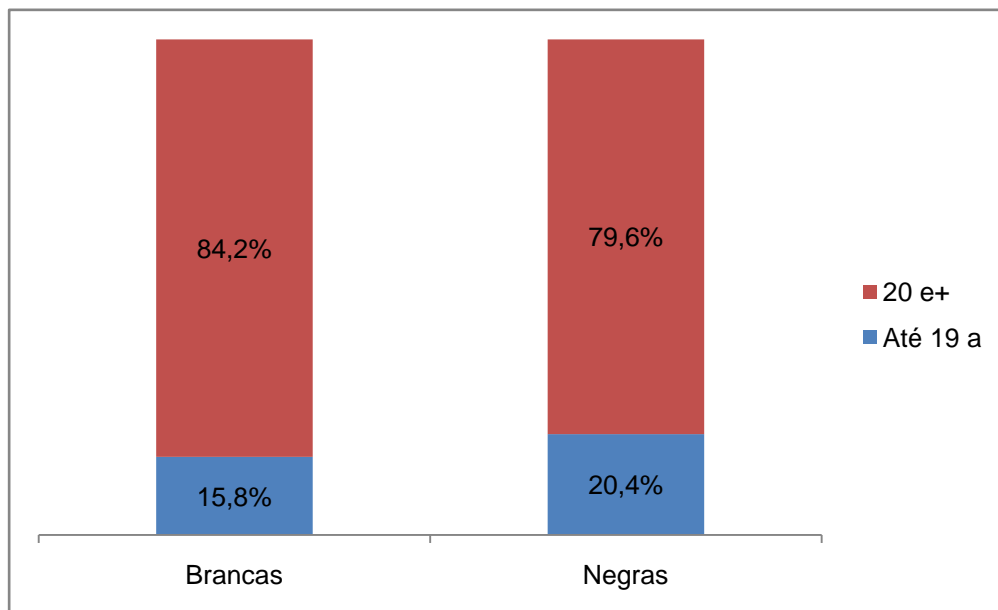
Gráfico 17 - Proporção de nascimentos segundo peso ao nascer, média série histórica 2007-2012, Canoas,



Fonte: SINASC elaborado pela DVS/SMS

Ao analisar o quesito raça/cor, percebe-se o predomínio da gravidez na adolescência entre as mães de raça negra 20,4%, em comparação a 15,8% das mães da raça branca.

Gráfico 18 - Proporção de nascimentos em mães adolescentes, segundo raça/cor, média histórica 2007-2012, Canoas, RS.



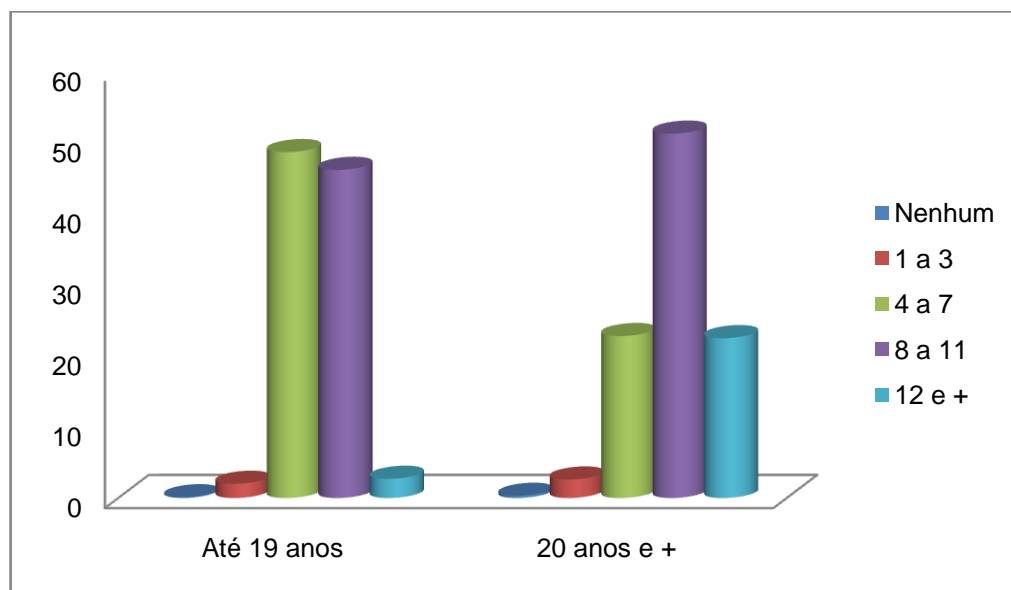
Fonte: SINASC elaborado pela DVS/SMS

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

A falta de instrução e escolaridade da mãe é, comprovadamente, outro fator de vulnerabilidade que pode comprometer a proteção das criança aumentando, inclusive a mortalidade infantil. Lançando-se um olhar sobre o gráfico que relaciona instrução com gravidez na adolescência, percebe-se que menos de 3% dos nascimentos são de mães com até quatro anos de estudo. Predominam mães adolescentes com até 7 anos de estudo. Entre as mães com mais de 20 anos predominam as que possuem entre 8 e 11 anos de estudo

A maior discrepância é nas faixas de 4 a 7 e 12 e mais (ensino superior) e pode ser explicada, especialmente na adolescência e juventude, pela relação direta entre idade e anos de estudo.

Gráfico 19 - Série histórica da proporção de nascimentos em mães adolescentes, segundo anos de estudo da mãe, Canoas, RS.

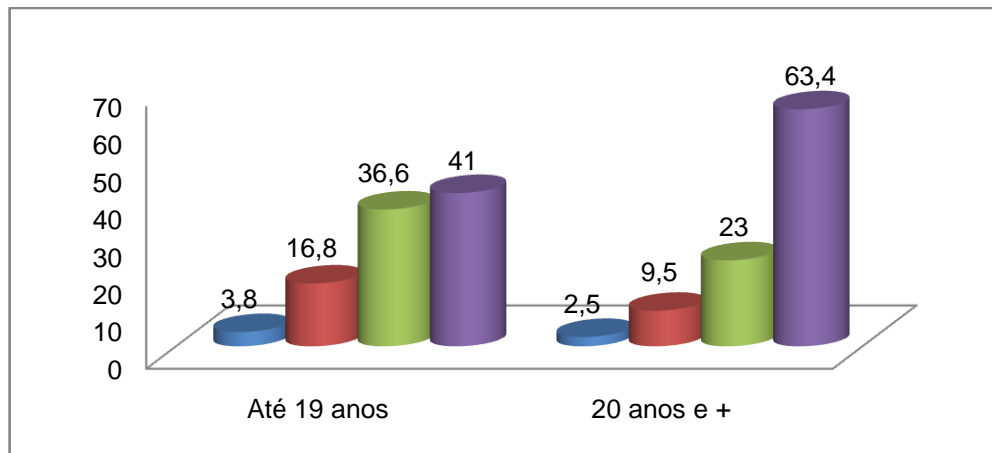


Fonte: SINASC elaborado pela DVS/SMS

A realidade mais preocupante aparece na adesão das mães adolescentes pois apenas 41% fazem o pré-natal completo, pelo menos 7 consultas, enquanto nas mães com mais de 19 anos o percentual sobe para 63,4%.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 20 - Série histórica de 2007 a 2012, da proporção de nascimentos em mães adolescentes, segundo número de consultas de pré-natal, Canoas, RS.



Fonte: SINASC elaborado pela DVS/SMS

Referente ao estado nutricional de mulheres gestantes, observa-se que há um aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade ao longo dos últimos anos (SISVAN). São considerados valores de IMC iguais ou superiores a 25 kg/m² e 30 kg/m², respectivamente, para definir o sobrepeso e a obesidade.

Quando verificados os dados por raça/cor essa tendência se mantém, mesmo havendo um número amostral diferente entre elas.

Observa-se nas mulheres gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família a mesma tendência no que se refere ao excesso de peso (sobrepeso e obesidade). (Meta 15)

Estudos evidenciam que o risco de hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas se eleva claramente com o aumento do IMC a partir, e mesmo antes, dos 25 kg/m². (MS, 2008)

Enfrentar essas vulnerabilidades extrapolam a responsabilidade do setor saúde expandindo-se a outras políticas públicas a serem densificadas pelo gestor municipal em conjunto com os outros entes federados.

Algumas situações no período gestacional, entretanto apontam para deficiências do setor saúde. Pode-se apontar por exemplo a atenção à saúde bucal, pois é sabido que a gravidez é uma fase onde ocorrem mudanças na fisiologia oral (Meta 67). Destacando-se as alterações hormonais (altos níveis de estrógenos e progesterona), que combinadas à higienização bucal deficiente levam ao aparecimento de doenças. A gengivite é a mais comum complicação bucal que

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ocorre na gravidez, afetando cerca de 100% das mulheres e pode ser identificada a partir do 2º mês de gestação. Essa susceptibilidade se deve à ação dos hormônios que aumentam a permeabilidade dos vasos sanguíneos gengivais, tornando a área mais sensível à presença dos irritantes bacterianos da placa dental. Estudos demonstram que pacientes grávidas com doença periodontal (gingivite e periodontite), tem risco aumentado para parto prematuro e diminuição do peso das crianças ao nascer.

Além das doenças gengivais, a cárie também pode ter sua incidência aumentada durante a gestação devido a fatores como a diminuição do intervalo entre as refeições, vômitos frequentes, pH salivar alterado, dieta mais cariogênica, negligência na higiene.

Tabela 14 – Gestantes atendidas nas ESF, 2012, Canoas, RS.

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Gestantes cadastradas nas UBS com ESF	88	94	106	106	109	126	117	110	110	115	118	121	1320
Atendimentos odontológicos a gestantes	6	0	10	10	12	14	13	7	15	9	10	9	115
Proporção de gestantes atendidas (%)	6,8	0	9,4	9,4	11	11,1	11,1	6,3	13	7,8	8,4	7,4	8,7

Fonte: Relatório PMA2-C do SIAB

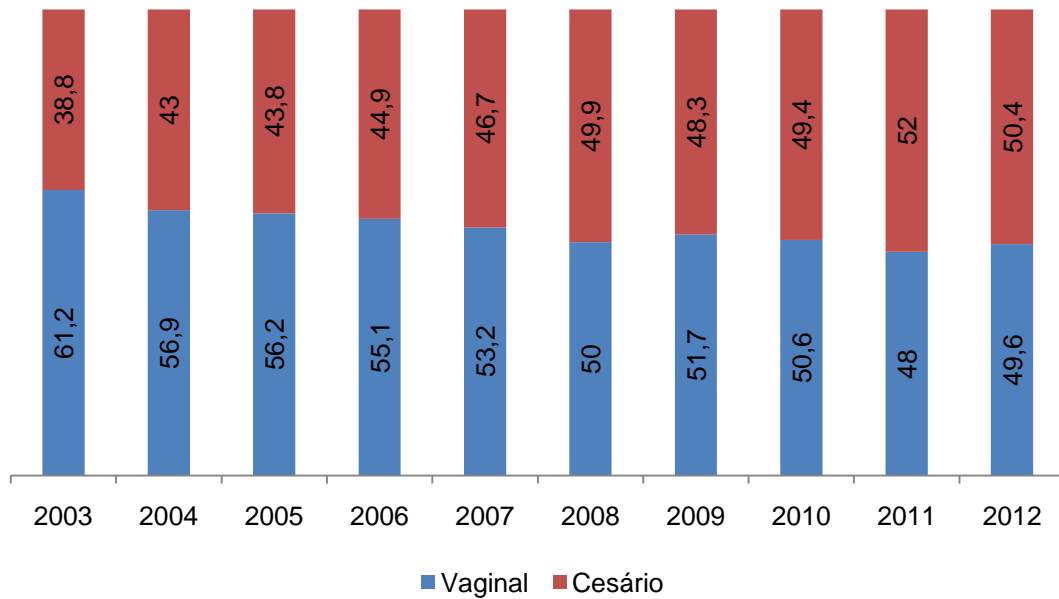
Entretanto, mesmo conhecida essa vulnerabilidade específica, a rede de saúde ainda não é capaz de produzir uma atenção suficiente. De acordo com dados do SIAB, em 2012 em média apenas 8,7% das gestantes cadastradas das UBS com equipe de saúde bucal (ESB) receberam atendimento odontológico. Tal resultado se deve muito ao tabu de que a gestante não pode receber tratamento odontológico nessa fase e ao despreparo dos profissionais das equipes a respeito da importância dos cuidados com a saúde bucal da gestante. (Meta 67)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Como nascem as crianças no município

A taxa de cesárea vem aumentando ao longo dos anos no município, ultrapassando a taxa de partos vaginais nos últimos dois anos.

Gráfico 21 – Série histórica da proporção, segundo tipos de parto, Canoas, RS.



Fonte: SINASC elaborado pela DVS/SM

A OMS prevê que a taxa aceitável seria de até 15% de cesáreas. A Meta Brasil de 2012 era de 45,9% de partos vaginais. Este elevado índice exige um trabalho direcionado à redução de indicações desnecessárias a este procedimento.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 15 – Nascidos vivos em 2012, residentes no município, por tipo e local de parto, Canoas, RS.

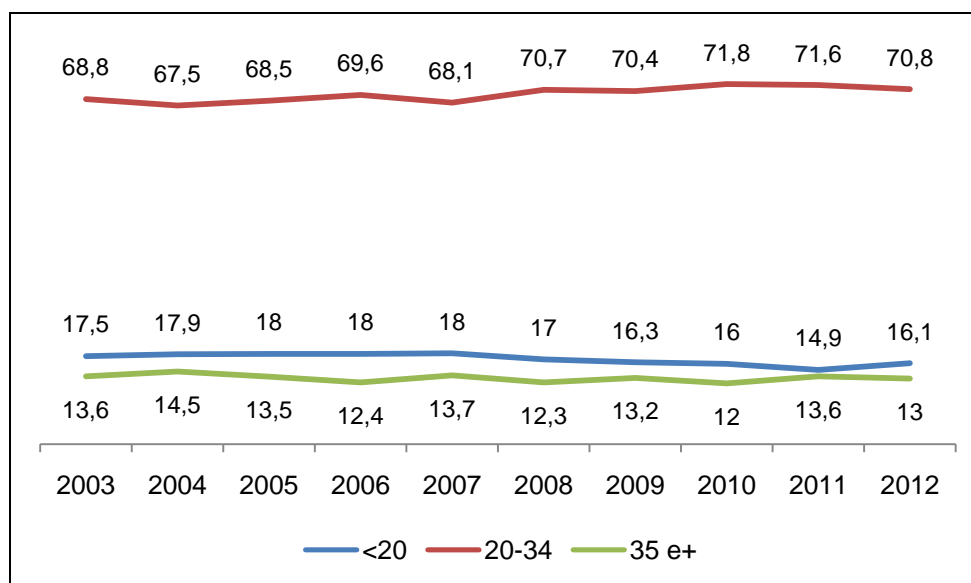
CNES	Estabelecimento	Parto vaginal	Parto cesário
3007847	Hospital Mãe de Deus	8,2	91,8
2237601	Hospital de Clínicas	64,2	35,8
3306453	Unidade Básica de Saude Nossa Senhora das Gracas	100,0	0
2237571	Hospital Nossa Senhora da Conceição	47,6	52,4
2237849	Instituto de Cardiologia	0	100
3626245	Hospital Pronto Socorro Canoas	100	0
2262568	Hospital São Lucas da PUCRS	37,8	62,2
2237253	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	44,5	55,5
3006522	Associação Hospitalar Moinhos de Vento	11,8	88,2
2237822	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	58,3	41,7
2265052	Hospital Fêmina	55,3	44,7
2237598	Hospital Divina Providência	8	92
3508528	Hospital Universitário Ulbra	66,4	33,6
3567664	Hospital Ernesto Dornelles	4,0	96
0000296	Hospital do Exército	0	100
Total		49,6	50,3

Fonte: SINASC elaborado pela DVS/SMS

Verifica-se aumento de partos cesáreos nas maternidades que atendem pacientes de convênios e particulares.

No HU, maternidade de referência do SUS, para as gestantes, a taxa de cesárea foi de 33,6%, índice aceitável para hospital que também atende gestantes de alto risco.

Gráfico 22 – Série histórica do percentual de nascidos vivos segundo a idade da mãe, Canoas, RS.

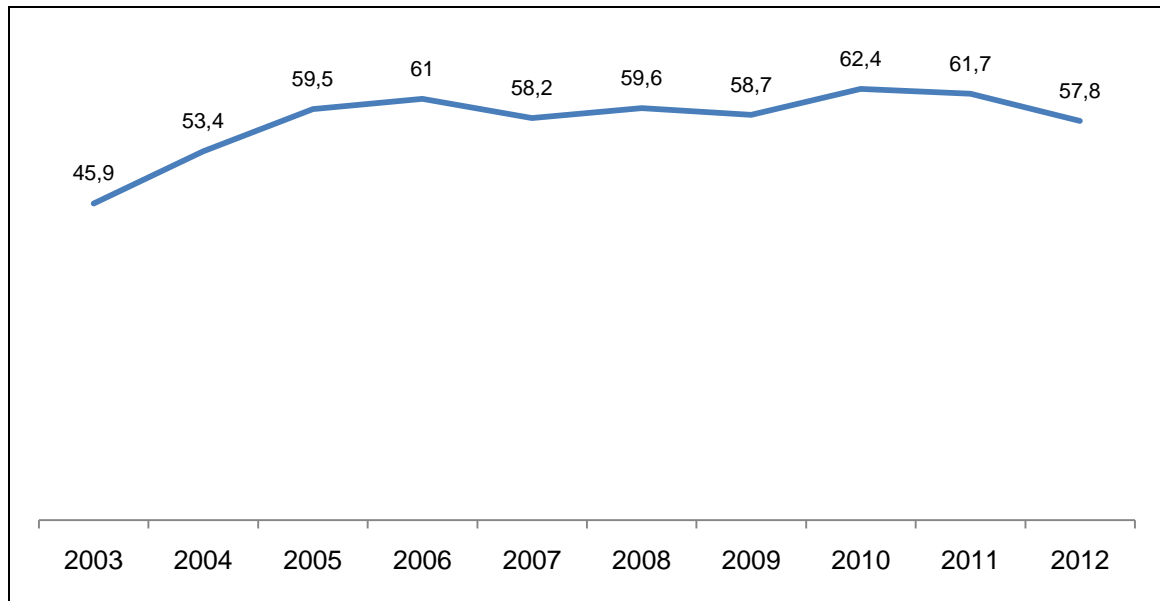


Fonte: SINASC elaborado pela DVS/SMS

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Quanto à idade materna, observa-se o predomínio de nascidos vivos de mães da faixa etária entre 20 e 34 anos. Os partos de mulheres adolescentes têm-se mantido ao longo dos anos, assim como em mulheres com mais de 35 anos. (Meta 54)

Gráfico 23 – Série histórica de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal, Canoas, RS



Fonte: SINASC elaborado pela DVS/SMS

A proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal é um indicador utilizado para avaliar a cobertura dos serviços de atenção ao pré-natal. A Meta Brasil 2012 foi de 65%, meta não atingida pelo município nos últimos anos. (Meta 15)

De acordo com os dados disponíveis no SISVAN é possível identificar o fenômeno da transição nutricional que nosso país vem enfrentando nos últimos trinta anos, caracterizado pelo declínio do baixo peso e crescente aumento do excesso de peso (sobrepeso + obesidade). (Meta 121)

Observa-se que a prevalência de excesso de peso entre as crianças menores de 5 anos foi superior ao demonstrado por estudo nacional, que encontrou prevalência de 7,4% (MS, 2010). Já o excesso de peso entre as crianças de 5 e 9 anos do município nos últimos 3 anos foi de 31% em 2010, 33,9% em 2011 e 32,9% em 2012, valores similares ao demonstrado pelo estudo nacional - Pesquisa de

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Orçamento Familiar 2008-2009, que demonstrou prevalência de 33,5% de excesso de peso entre as crianças na mesma faixa etária (IBGE, 2010).

O estado nutricional infantil reflete o consumo alimentar e o estado de saúde da criança. Esses fatores dependem da disponibilidade de alimento no domicílio, da salubridade, do ambiente e do cuidado destinado à criança. Essa situação requer da família sobrecarga de responsabilidade que, na maioria das vezes, não está ao seu alcance, pois se relaciona principalmente com a renda familiar e a necessidade de serviços públicos de saúde comprometidos com a clientela.

No início da década de 1980, começa a ser diagnosticado com maior frequência o problema da obesidade infantil. Esta era mais prevalente em países desenvolvidos e principalmente na população com menor poder aquisitivo, entretanto, passou a ser detectado no Brasil entre crianças de classes socioeconômicas mais altas, mudando este perfil nos anos mais recentes. Observa-se que esse aumento mundial da obesidade infantil tem repercutido seriamente na saúde da população infantil-juvenil.

Este incremento na prevalência de sobrepeso e obesidade infantil tem preocupado os profissionais e pesquisadores da área da saúde, pois além de ser um grande preditor da obesidade na vida adulta, o excesso de peso corporal na infância está associado às doenças crônicas não transmissíveis. (Meta 30)

Na avaliação antropométrica e análise da alimentação realizadas nas Escolas que integram o Programa Saúde na Escola, alunos com índices alterados foram encaminhados ao médico da sua Unidade de Saúde e, com o auxílio do médico cardiologista e nutricionista do NASF, através de interconsultas e matriciamento, criou-se grupos de acompanhamentos destes educandos.

A tendência secular do estado nutricional encontrada no último inquérito nacional demonstra declínio do déficit de peso e aumento contínuo do sobrepeso e da obesidade da população de adolescentes em todas as regiões brasileiras. Na Região Sul, a prevalência de déficit de peso em adolescentes do sexo masculino declinou de 6,0%, em 1974-1975, para 2,5%, em 2008-2009, enquanto, no mesmo período, a prevalência de excesso de peso aumentou de 4,7% para 27,2% e a obesidade de 0,6% para 7,7%. Em adolescentes do sexo feminino, o déficit de peso reduziu de 2,8% para 2,4%, o excesso de peso aumentou de 9,7% para 22% e a

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

obesidade de 1,0% para 5,4% entre os anos de 1974-1975 e 2008-2009 (IBGE, 2010).

Segundo Muller (2001), a adolescência é apontada como um dos períodos críticos para o aparecimento da obesidade, não só pelo aumento de gordura no tecido adiposo, mas em função do próprio aumento do número de células que ocorre nesta fase da vida. (Meta 29)

Inserida em um conceito amplo de saúde, a promoção de Saúde Bucal das crianças vai além da dimensão técnica da prática odontológica, devendo estar integrada às demais práticas de saúde coletiva, desenvolvendo ações de promoção e proteção visando à redução de fatores de risco que podem provocar doenças. (Metas 46, 47 e 48)

Tabela 16 - Metas da OMS e resultados observados em Canoas e no Brasil em relação à proporção de cárie dentária aos 05 anos de idade.

	CEO-d (sem cárie)	CEO-d médio
Metas OMS 2000	50% das crianças sem cárie	
SB Canoas 2000	50,5%	1,98
SB Brasil 2000	40,6%	2,80
Metas OMS 2010	90% das crianças sem cárie	
SB Canoas 2010	64,0%	1,70
SB Brasil 2010	46,6%	2,43

Fonte: Estudos SB Canoas 2000 e 2010

Apesar da redução dos índices de cárie observados nos estudos, a meta da OMS ainda está longe de ser atingida.

Dos agravos de saúde bucal, a cárie dentária na infância é um importante problema de saúde. Cabe aos gestores pensar em ações desde aspectos mais amplos, como melhora nas condições socioeconômicas da população, até ações específicas, como propiciar acesso às consultas desde o primeiro ano de vida e manutenção das ações de promoção e prevenção, nos âmbitos individuais e coletivos. (Metas 48 e 62)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Doenças na Infância

Crianças menores de 1 ano

Agravos imunopreveníveis

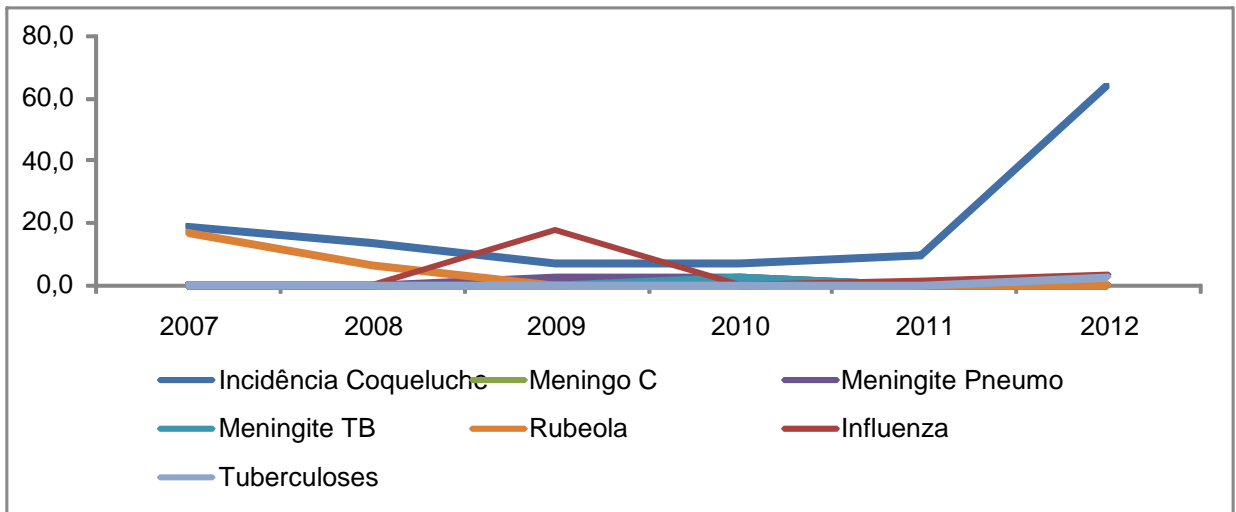
Em 2012 a população de crianças menores de um ano era de 4.263, destes 2.155 do sexo masculino e 2.108 do sexo feminino, no município.

Na análise situacional da saúde desta faixa etária, observa-se um aumento na incidência de algumas doenças imunopreveníveis. A criança abaixo de um ano é altamente suscetível a complicações respiratórias graves, com necessidade de hospitalização inclusive em UTI. Os dados sobre cobertura vacinal (Tetra+Penta) mostram uma queda importante de 94,72 em 2009 para 83,90 em 2010, com consequente aumento da taxa de incidência da coqueluche um ano após, quando houve os primeiros casos no segundo semestre de 2011 elevando ainda mais a incidência da coqueluche de 9,4/10.000 em 2011 para 63,3/10.000 em 2012 em crianças menores de um ano. Ressalta-se que esta população também está mais exposta a este agravo devido ao recrudescimento da coqueluche em todo o mundo nos últimos seis anos. Garantir o acesso das crianças às vacinas em tempo adequado, estruturar as salas de vacinas, capacitar e valorizar os recursos humanos envolvidos no processo e o monitoramento de novos casos certamente minimizariam os prejuízos a um grande número de crianças. (Meta 18)

A importância da vacinação ainda se destaca ao verificarmos que não houve mais casos de meningite por meningococo C e pneumococo após a inserção das vacinas Meningo C e Pneumo 10. Observa-se ainda nesta população que após o advento da Influenza em 2009 quando houve maior taxa de incidência (39,7/10.000), o ano de 2012 foi o de maior relevância para esta faixa etária quando a taxa de incidência chegou a 7,0/10.000, sendo prevista como a segunda onda da epidemia de influenza.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 24 – Série histórica dos agravos imunopreveníveis, Canoas, RS.



Fonte: SINAN

Agravos preveníveis

Sífilis congênita

O agravo de interesse em saúde pública que mais se destaca e de maior impacto na saúde desta população é a incidência de sífilis congênita. As sequelas permanentes que podem advir deste agravo, quando não adequadamente tratado e acompanhado prejudicam o desenvolvimento neuropsicomotor e futuramente influenciarão na inclusão destas crianças na sociedade. A organização da rede de atenção básica com a captação precoce das gestantes para o pré-natal, a agilidade e facilidade de acesso aos exames sorológicos, à adesão ao tratamento tanto pelas mulheres bem como dos seus parceiros são fatores determinantes para erradicação da sífilis congênita. O impacto social e econômico poderá ser verificado em longo prazo. Como exemplo, a influência destas medidas de atenção á criança na qualidade dos seus vínculos familiares e no seu perfil de desenvolvimento e crescimento social. (Meta 38)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 17 – Série histórica da incidência de sífilis congênita no Brasil, estado e município.

Taxa de Incidência/1.000 nascidos vivos	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Canoas	1,68	1,8	8,86	4,49	7,53	8,31
RS	1,8	2,26	3,1	3,41	4,67	0
Brasil	1,78	1,87	2,02	2,56	3,42	0

Fonte: SIM, SINAN, SINASC, IBGE

O aumento da incidência do atendimento antirrábico, que é aquele prestado a vítimas de agressão (mordedura, arranhadura, lambedura) por animais potencialmente transmissores da raiva, é outro fator que se destaca. Expondo assim o risco que crianças menores de 1 ano estão sujeitas em ambientes em sua maioria conhecidos. Percebe-se, ainda, que juntamente com o aumento destes casos há um crescimento constante e significativo na incidência de violência (que teve o início das notificações no ano de 2010), o que demonstra além de maior notificação dos casos, um aumento dos mesmos numa faixa etária cada vez menor. (Meta 9)

A segurança infantil é um assunto de extrema relevância uma vez que sua ausência muitas vezes deixa sequelas irreparáveis e danos por toda a vida. Enquanto Secretaria de Saúde é importante que este assunto receba a atenção devida e se priorize no contexto da saúde da criança menor de um ano. (Metas 44, 45 e 119)

Tabela 18 – Série histórica de notificações de atendimento antirrábico e violências, Canoas, RS

Taxa de incidência/10.000 habitantes	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Atendimento Antirrábico	21	24,8	67,7	40,2	77,7	86,8
Violência doméstica, sexual e outras violências	0	0	0	2,4	18,8	35,2

Fonte: SINAN

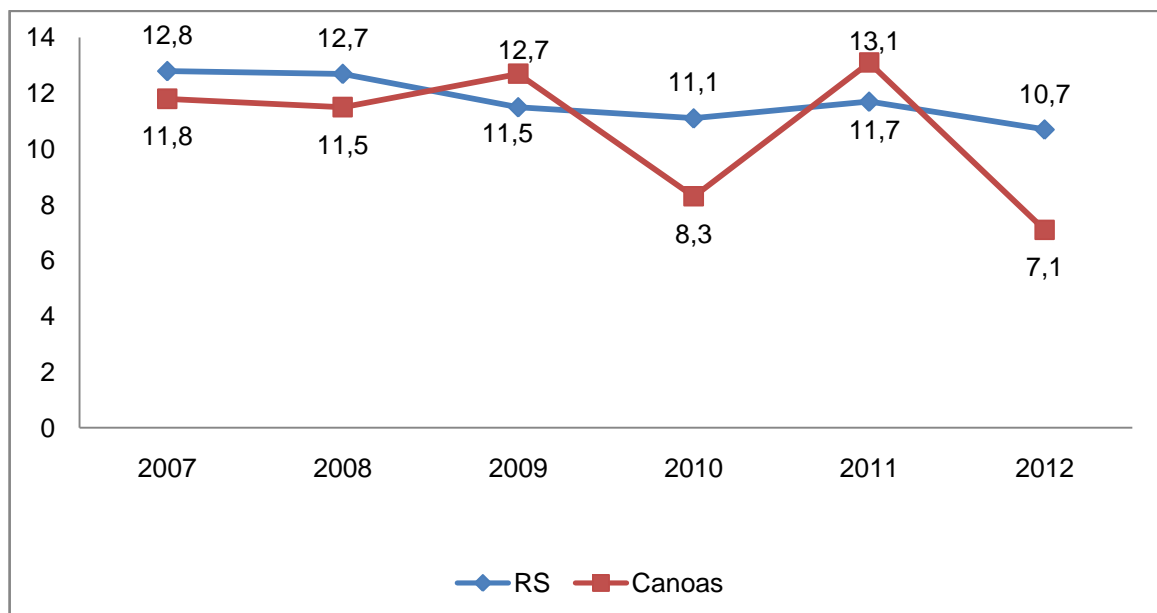
Mortalidade infantil

Os índices de mortalidade infantil do município apresentam um comportamento bastante semelhante ao do RS e revelam uma tendência sustentada de queda. O ano de 2010 foi o primeiro da série histórica a mostrar menos de 10

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

óbitos para cada mil nascidos vivos. Apesar disso, o ano seguinte surpreendeu negativamente ao apontar uma taxa acima de 13, índice que não era observado desde 2006. Todavia, em 2012, Canoas atingiu a marca mais positiva de toda a série histórica, ou seja, 7,1 óbitos por mil nascidos vivos. A oscilação do indicador nos últimos anos, comparado à constância da curva estadual, possivelmente se deva ao comportamento mais acidentado que as amostras menores tendem a exibir, se confrontadas com universos maiores. (Meta 49)

Gráfico 25 – Série histórica da taxa de mortalidade infantil em Canoas e no RS.



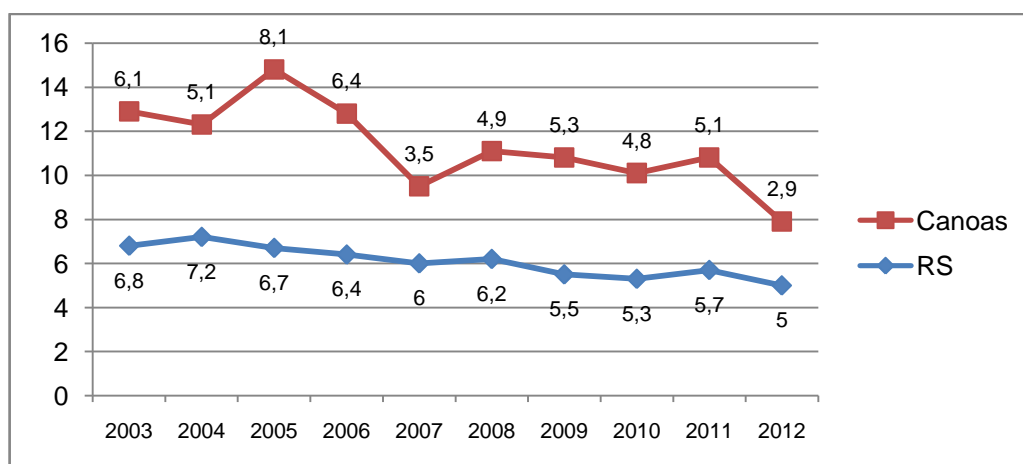
Fonte: SIM/SINASC

O componente neonatal da mortalidade infantil revela, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Os gráficos que seguem mostram a série histórica das taxas de mortalidade neonatal, precoce e tardia, do município, comparativamente às taxas estaduais e demonstram que os indicadores apresentam tendência de queda no período e acompanham a curva do estado mantendo, na maioria dos anos, valores inferiores.

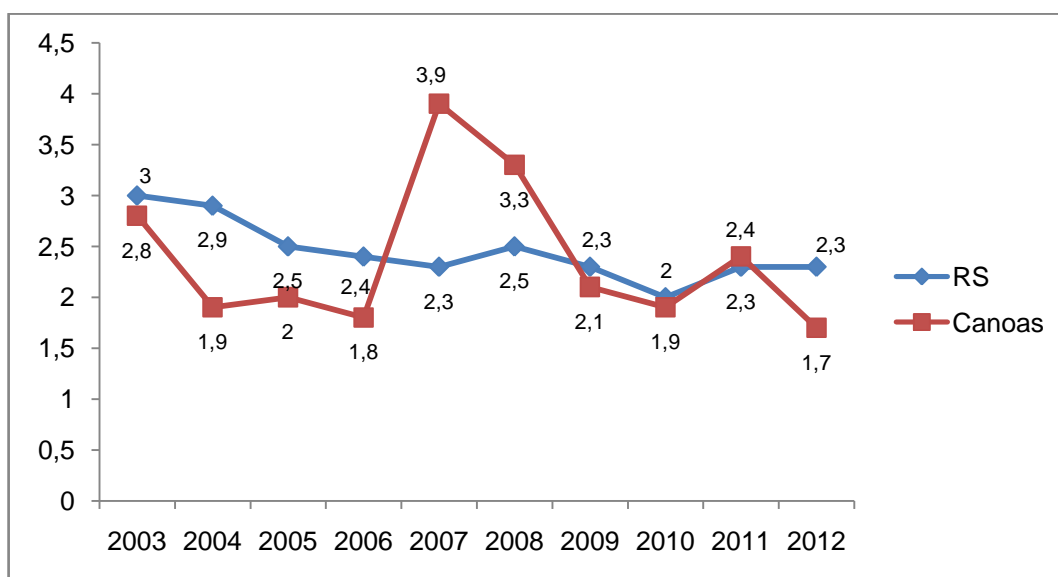
PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 26 – Série histórica da taxa de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias), Canoas, RS.



Fonte: SIM/SINASC

Gráfico 27 – Série histórica da taxa de mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias) em Canoas e no RS.



Fonte: SIM/SINASC

A média da série histórica, demonstra que três em cada quatro óbitos neonatais são de afecções específicas do período perinatal (CID-10, Cap. XVI, P20-P29), sendo transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal, o principal agrupamento de causas responsável pelos óbitos deste capítulo.

As malformações respondem por um em cada cinco óbitos neonatais e, normalmente, causam inviabilidade fetal e morte precoce.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Causas evitáveis

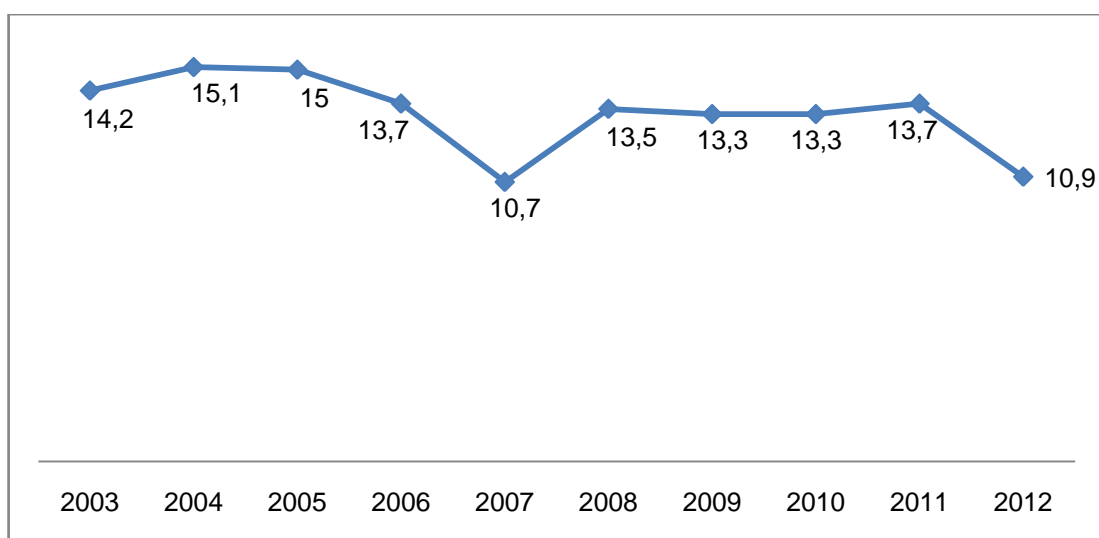
A lista brasileira de causas evitáveis em menores de cinco anos classifica as mortes em:

- Reduzíveis por ações de imunoprevenção;
- Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido;
- Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação;
- Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto;
- Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido;
- Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento;
- Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde;

A classificação dos óbitos infantis do município segundo causas evitáveis mostra que 72,1% dos óbitos infantis correspondem a causas evitáveis. (Meta 55)

Entre estas, estão as que podem ser evitadas pela adequada atenção à gestante, ou seja, com pelo menos 7 consultas durante o período gestacional. Somados a isso, formando outro grupo de causas, destaca-se a atenção ao parto e ao recém-nascido. (Metas 66 e 68)

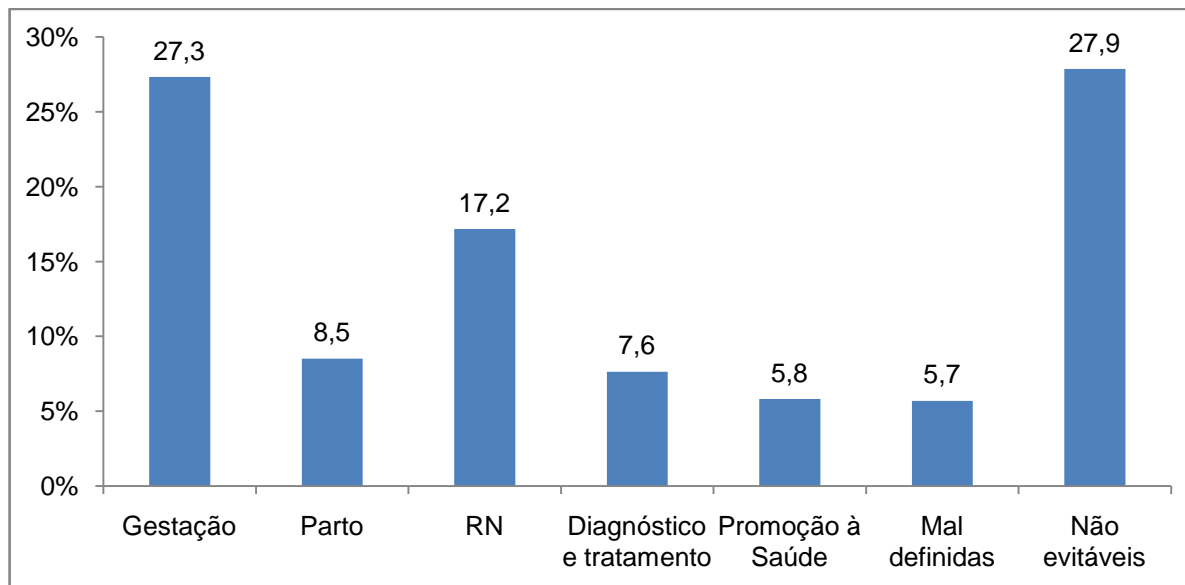
Gráfico 28 - Média série histórica 2007-2012, de óbitos infantis segundo evitabilidade (lista brasileira), Canoas, RS.



Fonte: SIM

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 29 - Série histórica da taxa de mortalidade perinatal, Canoas, RS.



Fonte: SIM/SINASC

A mortalidade perinatal (de RN com peso ao nascer a partir de 500g e ou 22 semanas de idade gestacional) e neonatal precoce tem sido recomendada como indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal.

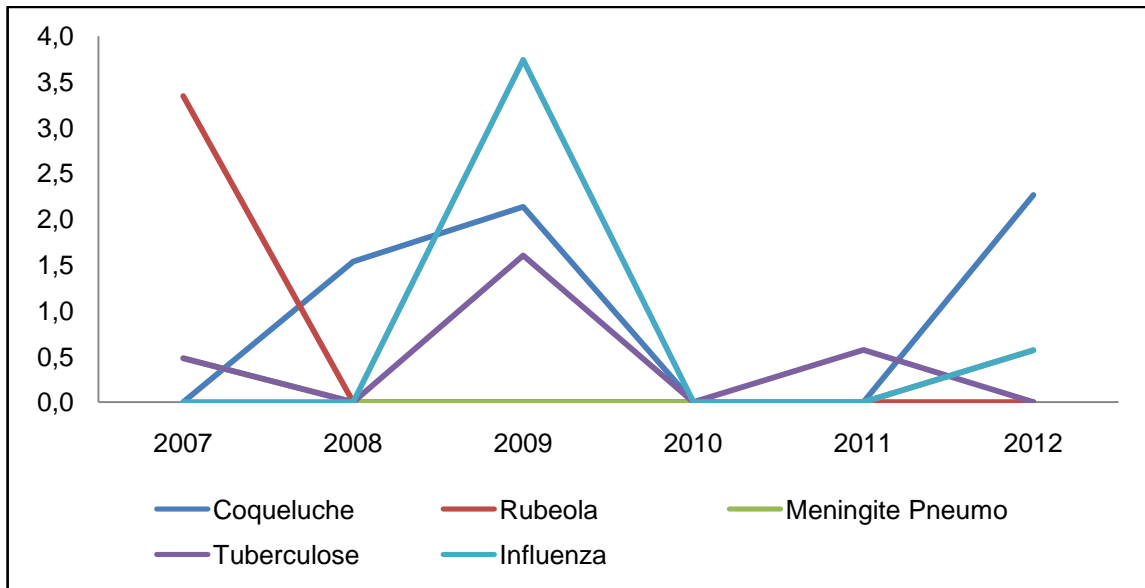
Crianças de 1 a 4 anos

Agravos imunopreveníveis

Verifica-se que em relação às doenças imunopreveníveis esta faixa etária segue o padrão das demais idades. Observa-se o aumento da notificação da Influenza A em 2009 e a diminuição da mesma nos anos seguintes. Observa-se uma redução nas doenças imunopreveníveis com exceção da coqueluche que apresentou um aumento significativo em 2009 com uma taxa de incidência de 2,1/10.000 crianças (que nos anos seguintes foi insignificante), no entanto em 2012 aumentou novamente chegando a 2,3/10.000 crianças. Não há dados para avaliação dos casos em relação à cobertura vacinal uma vez que o programa das imunizações não nos permite verificar a cobertura vacinal específica desta faixa etária.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 30 - Taxa das doenças imunopreveníveis (taxas/10.000 hab.), Canoas, RS.



Fonte: SINAN

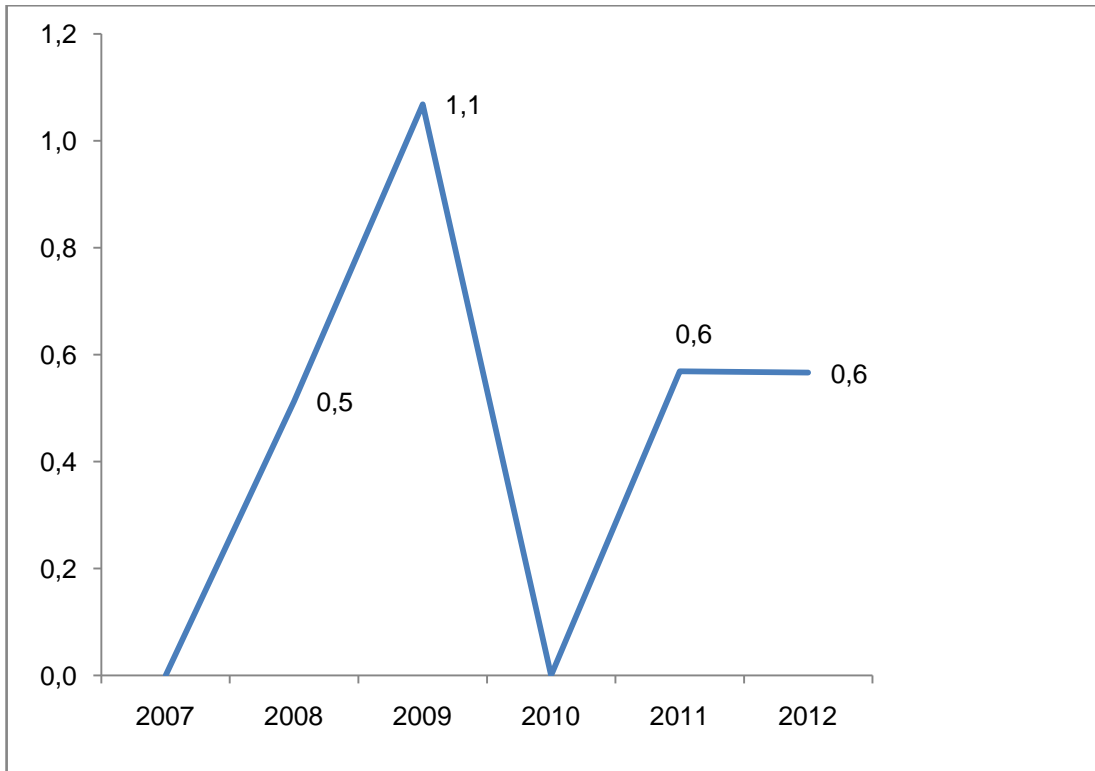
Em 2010 houve um surto de hepatite A, numa Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI), o que aumentou consideravelmente a taxa de incidência de 1,1/10.000 crianças em 2009 para 5,7/10.000 crianças em 2010 e após intervenção da vigilância e orientações de condutas pertinentes observou-se a redução dos casos. A ocorrência de surtos de hepatite A na população infantil poderia ser evitada com a inclusão da vacina na rotina do calendário vacinal para esta faixa etária. (Meta 13)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Agravos preveníveis

Embora o número absoluto de AIDS seja pequeno, a incidência desta doença na infância demonstra deficiências na assistência do pré-natal e puericultura. (Metas 38 e 39)

Gráfico 31 - Série histórica da taxa de Incidência de AIDS na população de 1 a 4 anos, Canoas, RS.



Fonte: SINAN

Observa-se que as crianças de 1 a 4 anos estão em situação de vulnerabilidade para acidentes graves com animais domésticos.

Considerando que as notificações de violência no município iniciaram-se em 2010, identifica-se uma constância no número de casos até 2012. Cabe salientar que todas as notificações de violência no município são procedentes da Unidade de Serviço de Atendimento à Criança e Adolescente Vítima de Violência (USACAVV), ou seja, os demais serviços da rede não estão notificando então, não se pode afirmar que estejam identificando e atendendo as situações, como prevê a linha do cuidado a crianças e adolescentes vítimas de violências e suas famílias. (Metas 44 e 45)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

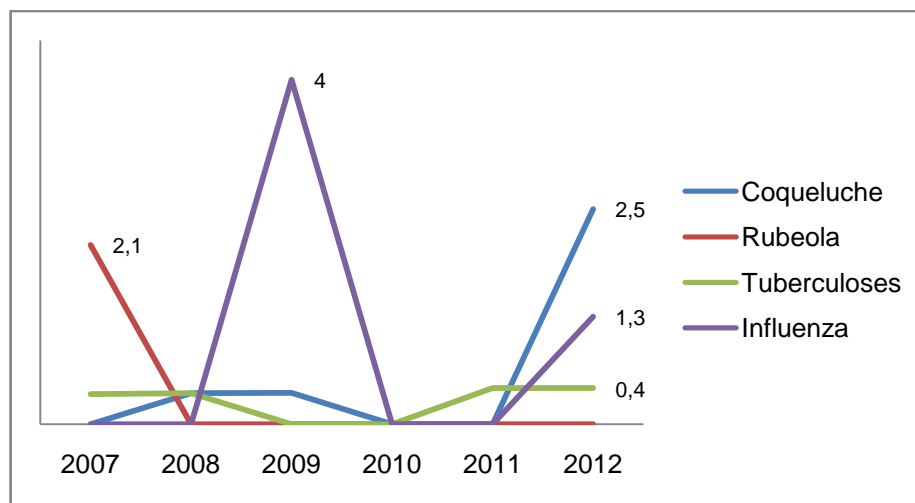
Crianças de 5 a 9 anos

Agravos imunopreveníveis

Em relação às doenças imunopreveníveis nesta faixa etária, verifica-se que a Influenza A mantém o mesmo comportamento de incidência das demais faixas etárias, conforme gráfico abaixo. O aumento da incidência de coqueluche, verificado nos anos de 2011/2012, pode estar relacionado à modificação do calendário vacinal sendo retirado o segundo reforço da DPT na faixa etária de 4 a 6 anos. Cabe salientar que estudos mostram que a eficácia da vacina é de aproximadamente 70% e que a imunidade diminui com o passar dos anos.

Os casos notificados de hepatite A nesta faixa etária correspondem ao mesmo surto relatado anteriormente na faixa etária de 1 a 4 anos. (Meta 13)

Gráfico 32 - Série histórica da incidência de doenças imunopreveníveis em crianças de 5-9 anos, Canoas, RS.



Fonte: SINAN

Agravos preveníveis

Embora o número absoluto para AIDS seja pequeno, a incidência desta doença na infância demonstra deficiências na assistência do pré-natal e puericultura. (Metas 38 e 39)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Em relação às notificações dos casos de atendimento por mordedura animais domésticos observa-se uma queda gradual na série histórica até 2011, que não se manteve em 2012, quando se observa um aumento no número de casos notificados e acompanhados.

Quanto à violência, percebe-se, ainda, pelos dados epidemiológicos que desde a implantação da notificação da mesma em 2010, houve um aumento constante na incidência na faixa etária em questão. (Metas 44 e 45)

Mortalidade em crianças de 1 a 9 anos

A faixa etária de 1 a 9 anos compõe 12,7% da população, mas apenas 0,7% dos óbitos no município. É uma amostra reduzida que representa uma média de 10,8 óbitos por ano na série histórica proposta. O capítulo XVII, que contém as causas mal definidas e o XX, causas externas, são os mais frequentes nesta faixa etária, conforme demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 19 – Média histórica da proporção de mortalidade de crianças, por grupos de causas, Canoas, RS.

Grupos de causas CID 10	1 a 4	5 a 9 anos
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	21,5	3,8
Neoplasias	9,2	15,4
Doenças do sistema nervoso	7,7	15,4
Doenças do aparelho respiratório	7,7	11,5
Mal formações congênitas/cromossômicas	18,5	11,5
Causas externas de morbidade e de mortalidade (violências e acidentes)	16,9	34,6

Fonte: SIM

Adolescentes (10 a 19 anos, segundo a classificação da OMS)

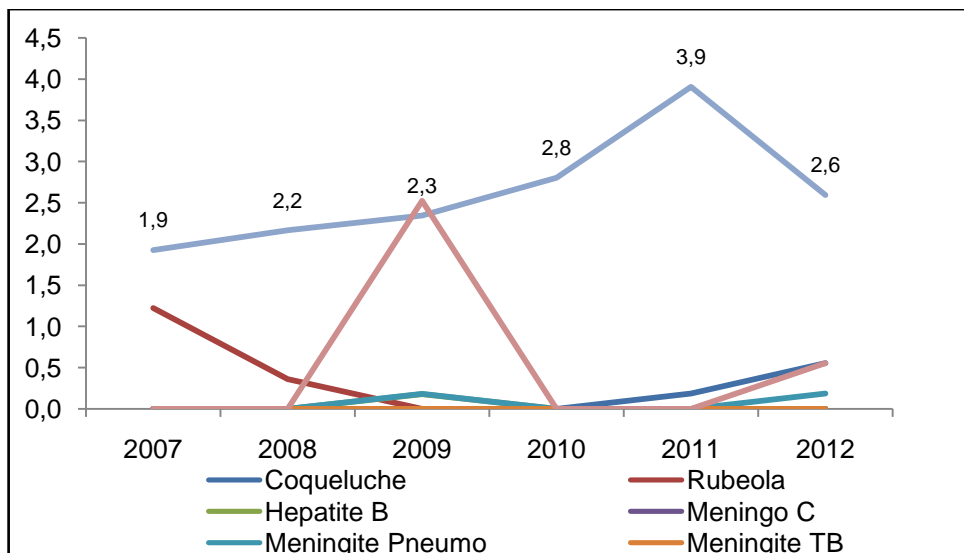
A população de adolescentes de 10 a 19 anos (segundo definição do Ministério da Saúde em consonância com a Organização Mundial da Saúde), no município é de 53.511 (IBGE, 2010). Destes, 27.120 tem idade entre 10 a 14 anos e 26.391 entre 15 a 19 anos.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Agravos imunopreveníveis

Destaca-se, entre as doenças imunopreveníveis nesta faixa etária, a tuberculose pulmonar, que mantém o mesmo comportamento de incidência estadual e nacional. Em 2011, houve uma discreta elevação da doença, o que pode ser reflexo da descentralização da realização do teste de pesquisa do bacilo da tuberculose no escarro em 06 Unidades Básicas de Saúde, bem como o aperfeiçoamento do sistema de diagnóstico através da cultura do escarro. (Metas 19 e 23)

Gráfico 33 - Série histórica da taxa de incidência de agravos imunopreveníveis, por 10.000 habitantes, Canoas, RS.



Fonte: SINAN

Verifica-se o aumento da incidência de coqueluche nos anos de 2011/2012, como observado nas faixas etárias abaixo de 10 anos.

Em relação à eficácia da vacina contra a rubéola, percebe-se que um ano após a campanha nacional de vacinação nenhum novo caso foi identificado, atingindo a meta nacional de zerar os casos de rubéola congênita.

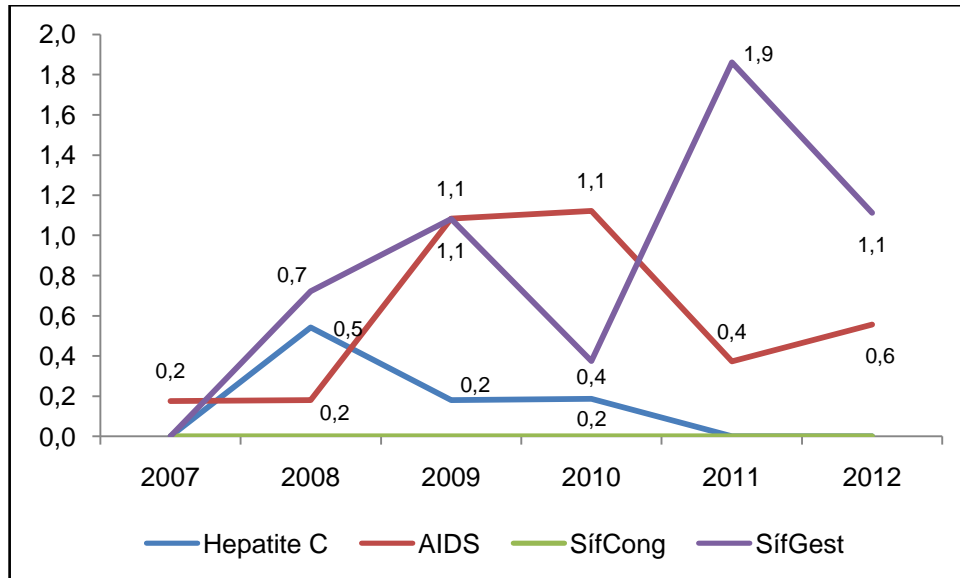
Até o momento a incidência de influenza segue o mesmo comportamento das faixa etárias anteriores com número absoluto pequeno e sem ocorrência de óbitos.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Agravos preveníveis

Em relação às DST, prevalece um aumento dos casos em sífilis em gestante. Certamente está relacionado com o acesso ao serviço de saúde através do pré-natal. De outro modo, a patologia nesta fase permanece oculta.

Gráfico 34 - Série histórica de morbidade por DST na faixa de 10 a 19 anos, Canoas, RS.



Fonte: SINAN

Percebe-se um aumento da epidemia de AIDS entre adolescentes e jovens, semelhante ao perfil nacional. Ao longo dos últimos 30 anos mantêm-se como um desafio para os profissionais de saúde, tanto no campo da prevenção de novos casos, como no campo do tratamento, especialmente em função da tendência ao aumento da prevalência da infecção pelo HIV nessa população.

A adolescência é uma etapa da vida de grandes transformações biológicas, psíquicas e sociais. O comportamento sexual do adolescente é um marco normal do desenvolvimento e, quando o adolescente inicia sua atividade sexual, pode estar vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à AIDS. Fatores que colocam adolescentes e adultos jovens em maior risco para as DST são a idade precoce de início da atividade sexual, uso incorreto ou inconsistente de preservativos e experimentação com álcool e outras drogas. (Metas 40 e 41)

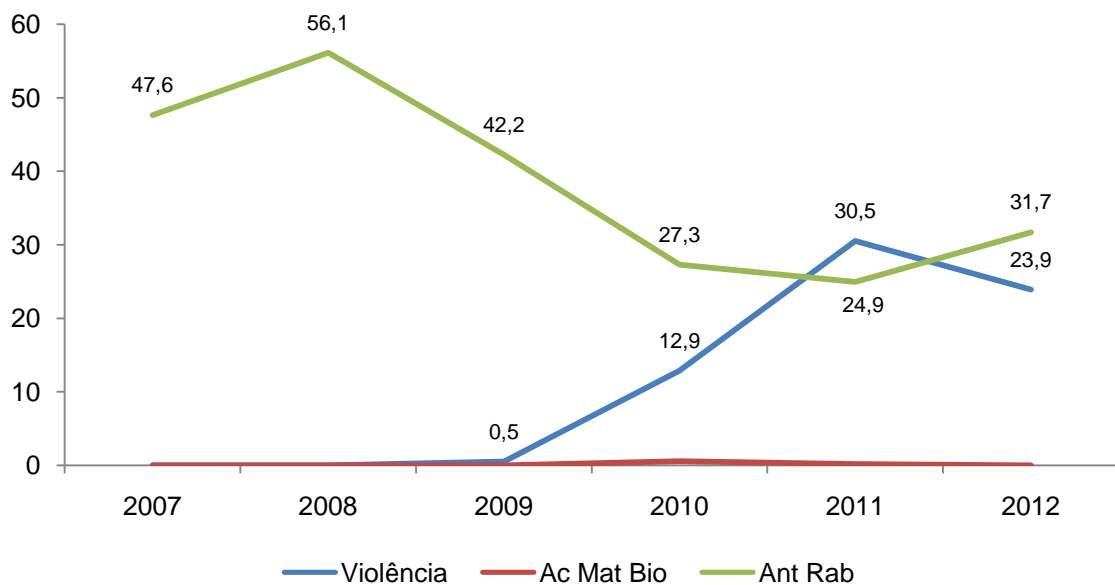
PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Fica evidente através deste diagnóstico epidemiológico, a necessidade de intensificar a captação de adolescentes em geral para a detecção e tratamento precoce. Essa medida só se concretizará se houver esforço articulado entre as políticas intersetoriais e comunitárias.

Entre os adolescentes, as causas externas despontam como a principal causa de óbito, sendo que esta faixa etária compreende 6,9% dessas mortes.

Quase 65% dos óbitos de adolescentes por causas externas são homicídios, reforçando a necessidade de integração com os setores de segurança pública e o cruzamento dos dados do SIM com os de ocorrências policiais. Esta estratégia já vem sendo desenvolvida no Gabinete de Gestão Integrada Municipal (GGI-M) e deve ser fortalecida. (Meta 119)

Gráfico 35 - Morbidade por causas externas (10 a 19 anos) taxas de incidência por 10.000 habitantes



Fonte: SINAN

Em 2009, salienta-se o início do trabalho de sensibilização da rede de atenção em vários setores para a notificação de violência. Ressalta-se que prevalece a notificação de violência física e sexual, ficando ainda invisível a violência psicológica. (Metas 44, 45 e 119)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 20 - Média da série histórica de 2007 a 2012, da mortalidade entre 10 e 19 anos, proporção dos principais grupos de causas, Canoas, RS.

Grupos de causas	%
Causas externas de morbidade e de mortalidade (violências e acidentes)	66,3
Neoplasias	11,1
Doenças do sistema nervoso	4,4
Doenças do aparelho digestivo	3,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias e	3,2
Doenças do aparelho respiratório	3,2

Fonte: SIM

Pessoas Adultas

No município residem 187.830 pessoas de 20 a 59 anos. Dessas, 97.060 são mulheres e 90.770 são homens.

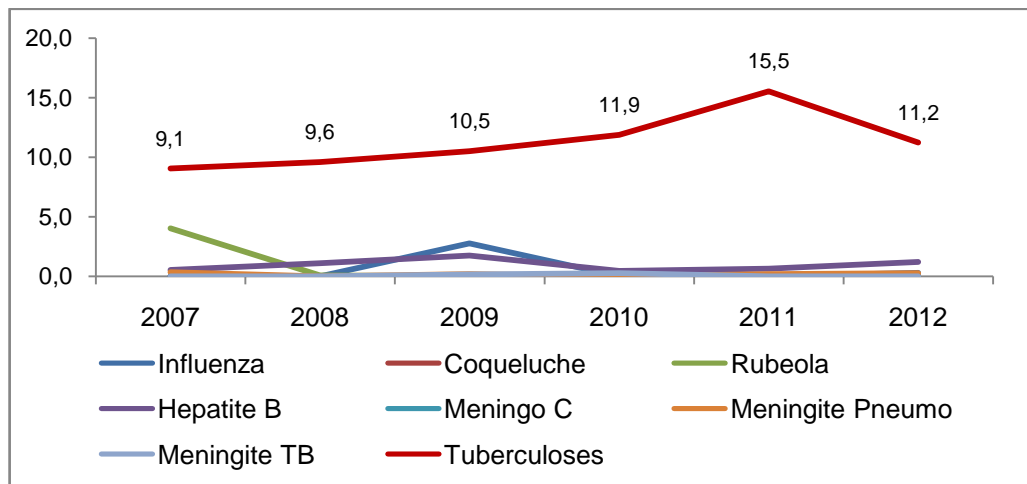
O reconhecimento das peculiaridades de sexo, raça/cor, escolaridade e ocupação assim como os recortes econômicos, culturais e sociais possibilitam o planejamento de ações que atendam as diferentes necessidades de homens e mulheres.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Agravos imunopreveníveis

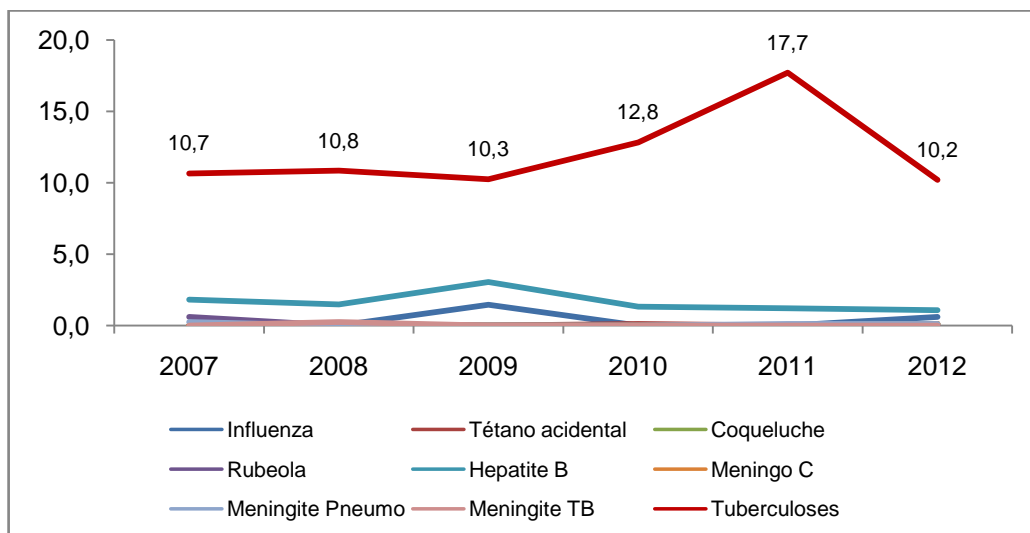
A seguir são apontadas as doenças que mais acometem os adultos.

Gráfico 36 – Série histórica das doenças imunopreveníveis em pessoas de 20 a 39 anos, Canoas, RS.



Fonte: SINAN

Gráfico 37 – Série histórica das doenças imunopreveníveis em pessoas de 40 a 59 anos, Canoas, RS.



Fonte: SINAN

Percebe-se que a influenza tem a mesma característica das demais faixas etárias. Em relação à tuberculose pulmonar é possível identificar um aumento no número de diagnóstico, que pode estar relacionado, como já apontado

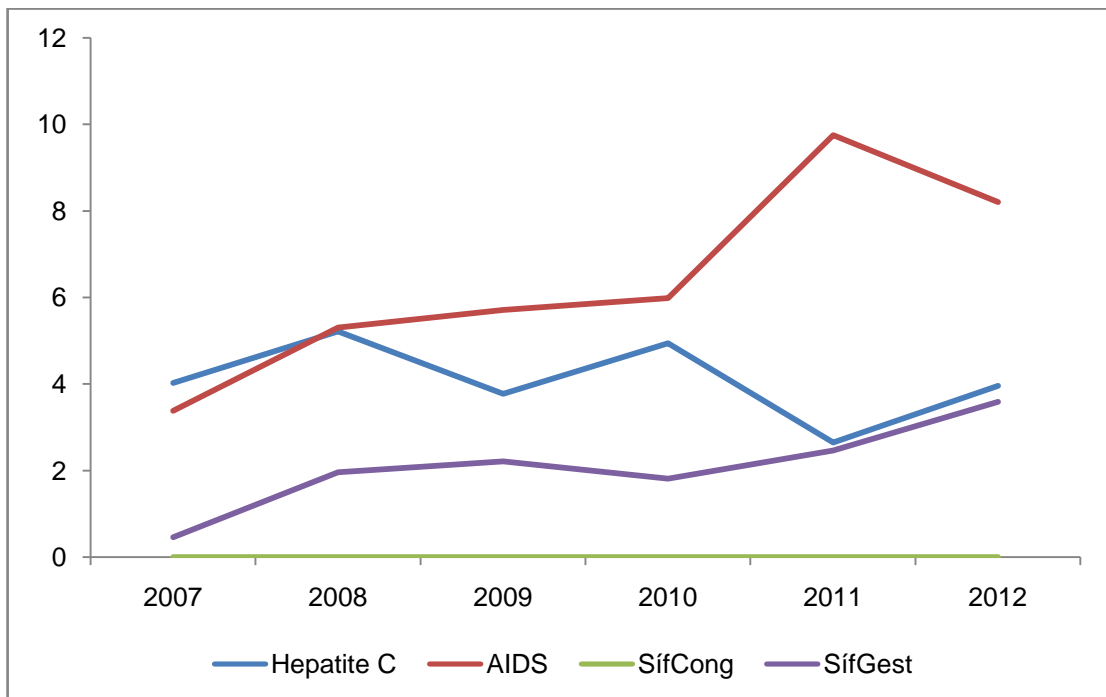
PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

anteriormente, à descentralização do exame de escarro para 06 Unidades Básicas de Saúde. (Meta 19)

Agravos preveníveis

Quanto às DST, na população adulta, é possível analisar que a grande incidência de casos de AIDS no município no ano de 2011 pode estar relacionada à sensibilização dos profissionais da saúde para a notificação dos casos, bem como à procura espontânea da população ao serviço dentro do próprio município e estrutura para atender a demanda.

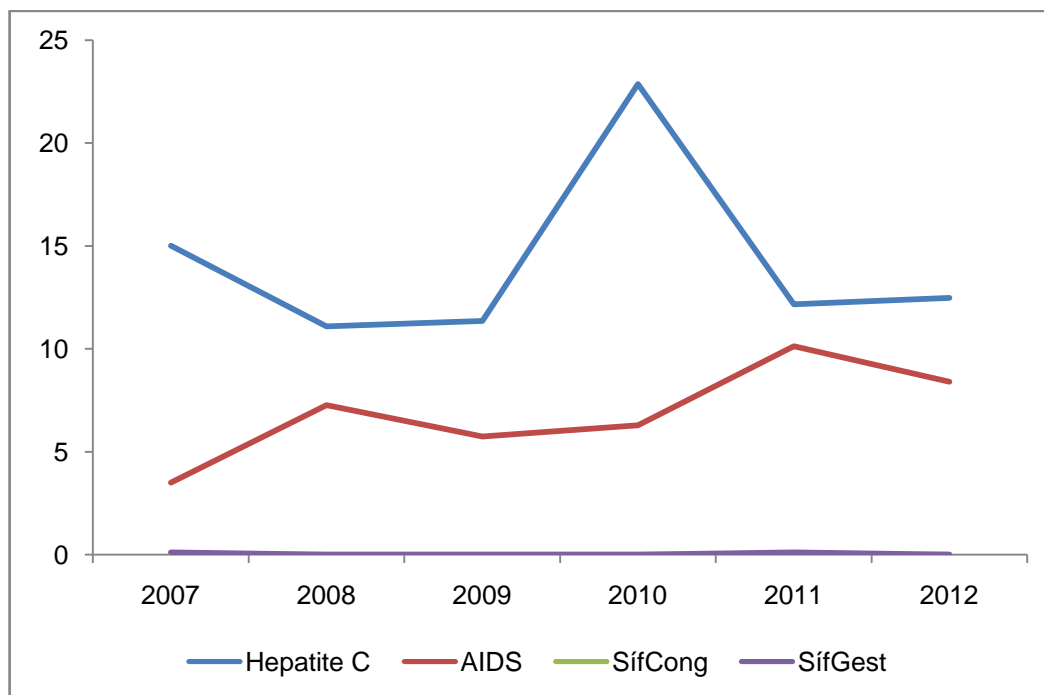
Gráfico 38 – Série histórica de DST, entre 20 a 39 anos, Canoas, RS



Fonte: SINAN

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 39 – Série histórica de DST, entre 40 a 59 anos, Canoas, RS



Fonte: SINAN

As doenças e os agravos não transmissíveis (DANT), compostas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), quais sejam, doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes entre outras e causas externas (acidente e violências), são responsáveis por grande e crescente parcela da carga de doenças no mundo e atualmente no Brasil.

Correspondem a dois terços das doenças em geral. No município o impacto financeiro referente aos gastos das internações pelas principais DNCT, corresponde a 21,5% do total gasto pelo município em internações/ano, conforme exemplifica tabela abaixo, sendo que o total correspondente a doenças cardiovasculares é de 13,9%. (Meta 16)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

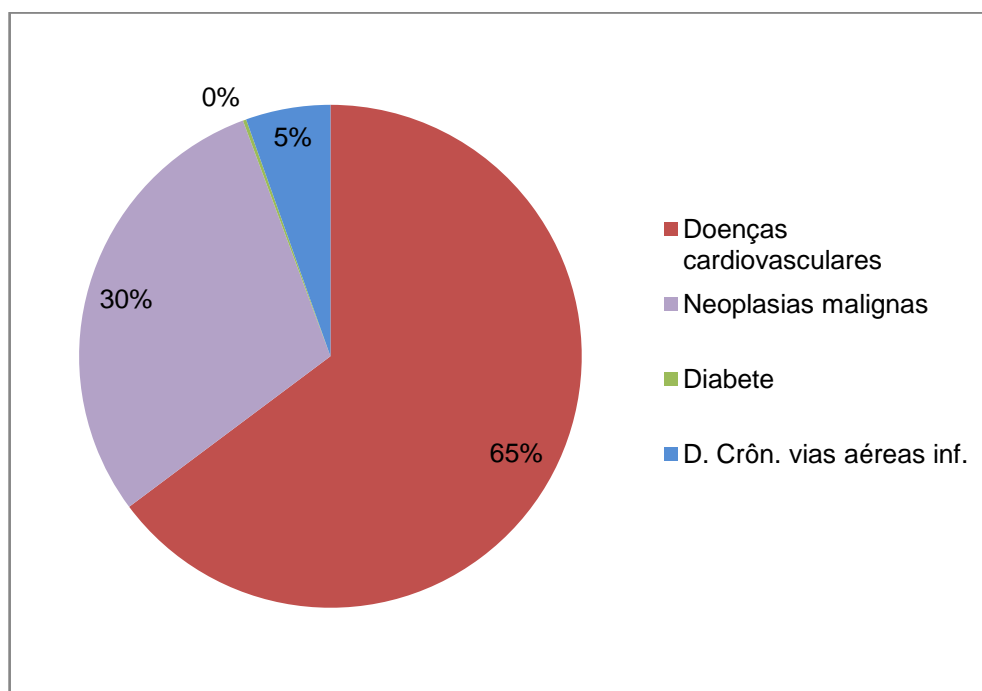
Tabela 21 – Valores e percentual gastos com internações de DCNT e não DCNT em Canoas.

Doenças	Custo de internações	
	2011	2012
Cardiovasculares	3.854.287,2	4.127.525,1
Câncer de colo útero	41.358,5	43.673,7
Câncer de mama	88.878,8	66.370,1
Câncer traqueia, brônquios, pulmão	114.189,5	104.162,8
Câncer de estômago	67.851,3	58.879,5
Câncer de colon e reto	173.054,3	207.869,4
Cânceres (Total)	1.623.208,1	1.883.420,1
Diabete	11.684,2	13.693,5
DC Vias aéreas inferiores	342.413,2	346.921,2
Total gastos internações por DCNT	5.831.593,5	(21,6%) 6.371.559,9
Total gastos internações por Não DCNT	23.121.453,0	(78,4%) 23.129.762,0
Total gastos internações por DCNT + Não DCNT	28.953.047,0	29.501.322,0

Fonte: DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS / MS

É possível perceber, mediante os dados disponibilizados pelo DATASUS, que dentre as principais doenças crônicas não transmissíveis, o maior gasto concentra-se nas doenças cardiovasculares, totalizando 64,8% dos gastos em DCNT, no ano de 2012.

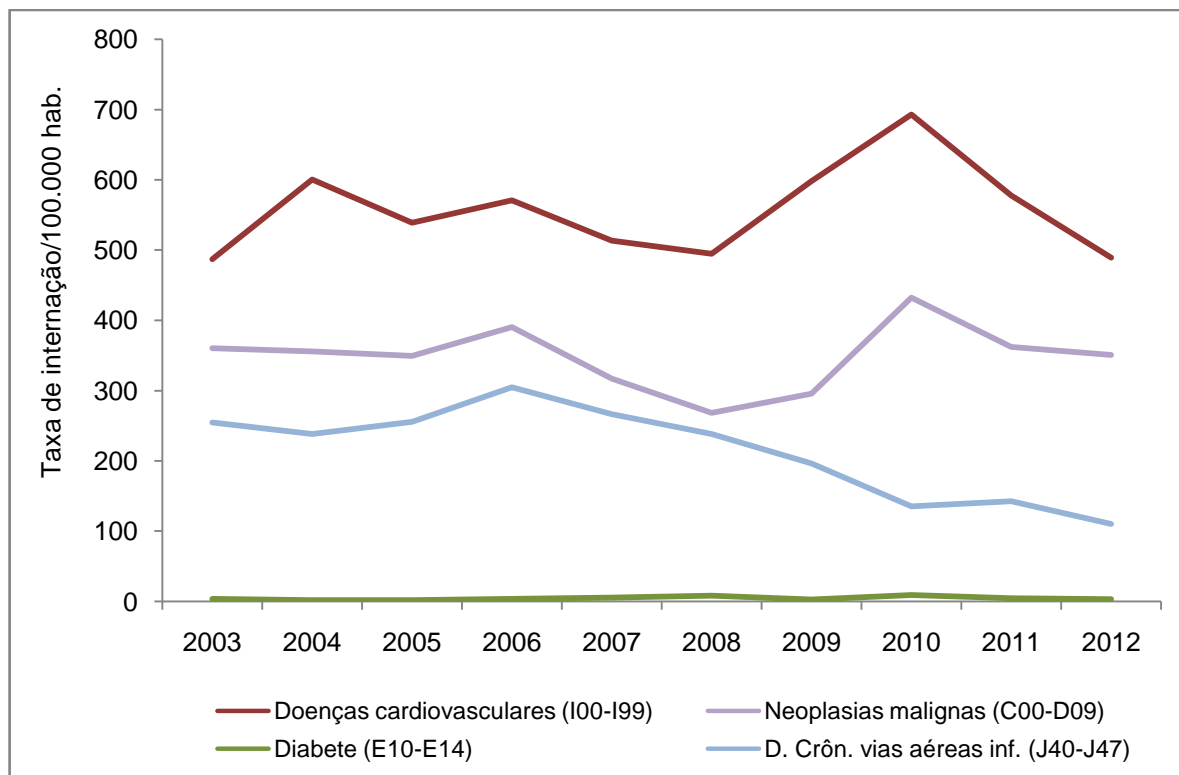
Gráfico 40 - Proporção de gastos com internações por tipo de DCNT em relação ao total de crônicas, 2012, Canoas, RS



Fonte: DATASUS - Sistema de Informações hospitalares – SIH-SUS / MS

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 41 – Série histórica da taxa de internações hospitalares por doenças crônicas selecionadas, Canoas, RS.



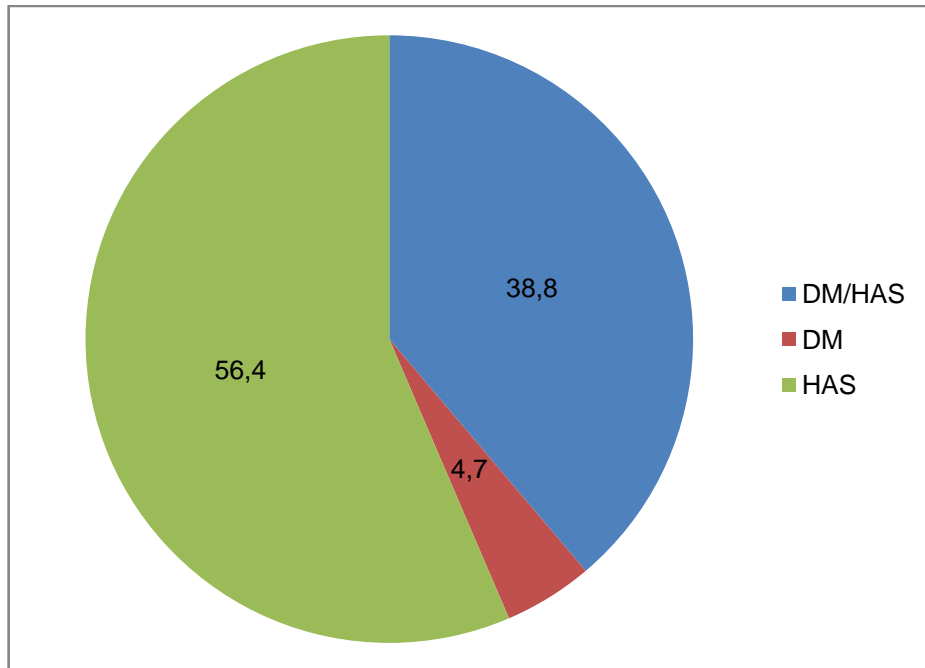
Fonte: DATASUS

Seguindo a tendência nacional, no município as doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de internações e geram o maior custo neste segmento do sistema de saúde municipal.

O Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) apresenta o número de pacientes (hipertensos, diabéticos e hipertensos e diabéticos) cadastrados no município. É importante notar que a prevalência de diabetes e hipertensão está aumentando, paralelamente à prevalência de excesso de peso; esses aumentos estão associados a mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física. (Meta 121)

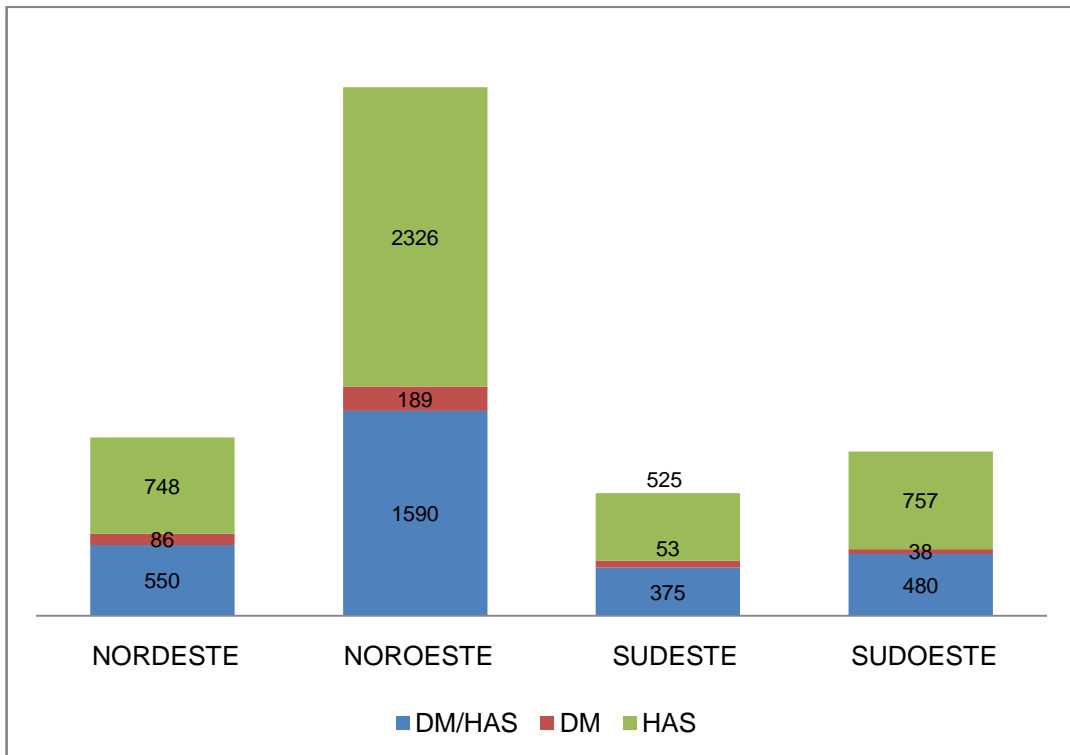
PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 42 - Percentual de pacientes cadastrados no HIPERDIA, por patologia de 01/01/2003 à 30/06/2013, Canoas, RS



Fonte: HIPERDIA

Gráfico 43 - Cadastrados no HIPERDIA, por região e patologia, 2013, Canoas, RS.



Fonte: HIPERDIA

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Saúde mental em pessoas adultas

Sobre o cuidado à população adulta segundo a OMS, no Plano de Ação em Saúde Mental de 2013-2020, estima que cerca de 350 milhões de pessoas nesta fase do ciclo vital deverão sofrer de depressão e 90 milhões terão uma desordem pelo abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Conforme a OMS, num prazo de 20 anos, a depressão será a enfermidade mais comum em todo o mundo. Contribuindo com esses dados, a Previdência Social, informa que, entre os transtornos mentais, a depressão é responsável pela maior parte dos afastamentos e está ligada a diversos fatores como as questões sociais, psicológicas e biológicas.

Os estudos demonstram que uma em cada cinco mulheres que dão à luz acabam sofrendo de depressão pós-parto. O relatório da Associação Internacional da Doença de Alzheimer (ADI), 2013 também aponta que 35 milhões de pessoas deverão sofrer da doença de Alzheimer.

No Brasil, as doenças mentais que mais afastam trabalhador das suas atividades laborais, conforme dados estatísticos apresentados em novembro de 2012, na 26ª Jornada da Associação Médica de Minas Gerais (AMINT).

- 1º lugar: transtornos do humor – depressão;
- 2º lugar: transtornos neuróticos – transtornos ansiosos e reações ao estresse;
- 3º lugar: transtorno por uso de drogas e álcool;
- 4º lugar: transtornos psicóticos – esquizofrenia;
- 5º lugar: transtornos orgânicos – por lesão ou disfunção cerebral.

O cuidado ao usuário em situação de crise, tem com porta de entrada os hospitais gerais (HNSG e HPS). No caso de indicação de internação, o município tem, desde abril/2012, vinte e cinco leitos (adultos) no Hospital Universitário, seguindo o preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Contudo encontramos dificuldades para internar usuários em crise associado ao quadro de doença infecto contagiosa que necessitam de isolamento.

Com relação aos usuários de substâncias psicoativas a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/2008) aponta dados do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC) que, no mundo todo, cerca de 200

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

milhões de pessoas – quase 5% da população entre 15 e 64 anos – usam drogas ilícitas.

Em recente estudo norte-americano foi constatado que os transtornos psiquiátricos mais comumente associados ao consumo de álcool ou outras drogas foram transtorno de ansiedade (28%), transtorno do humor (26%), transtorno da personalidade antissocial (18%) e esquizofrenia (7%).

Conforme o II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (2005) na medida em que a dependência acarreta uma série de consequências sanitárias e sociais que tem demandado respostas urgentes e complexas, o abuso do álcool segue sendo a problemática de maior impacto na saúde da população em geral. De acordo com o II Levantamento sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 9% da população entrevistada na região sul é dependente de álcool, 10,7% de tabaco, 1,1% de maconha, 0,3% de estimulantes e 0,2% de benzodiazepínicos.

Sabe-se que o uso abusivo de substâncias psicoativas denota um prejuízo na vida laborativa que podem levar ao desemprego, a violência, a fragilidade dos vínculos familiares, entre outros. A fissura no usuário de SPA tem sua ocorrência intensificada à tardinha e à noite. Os cuidados com o usuário, para a obtenção da abstinência, seria buscar nesses horários a participação em grupos de álcool e drogas nos CAPS ad. Assim, necessário ampliar o acesso em horários não comerciais para a população em geral. (Metas 78 e 81)

Mortalidade de pessoas adultas

Os óbitos por causas relacionadas ao aparelho circulatório, que, na população geral, sem o recorte etário, são tradicionalmente a principal causa de óbito, apresentam um comportamento crescente à medida que o indivíduo envelhece, é a quarta causa entre os 30 e 39 anos, a terceira entre os 40 e 49 anos, a segunda entre os 50 e 59, tornando-se a principal após os 60 anos. (Meta 16)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 22 – Proporção de óbitos, segundo Cap. de Causas da CID-10, por faixa etária, média da série histórica 2007-2010, Canoas, RS.

Grupo de causas CID-10	20 a 59 anos	60 a e mais
Doenças do aparelho circulatório	17,8	34,9
Neoplasias	19,3	19,8
Doenças do aparelho respiratório	7,0	17,2
Doenças do aparelho digestivo	6,3	4,9
Causas externas (violências e acidentes)	23,7	2,3

Fonte: SIM

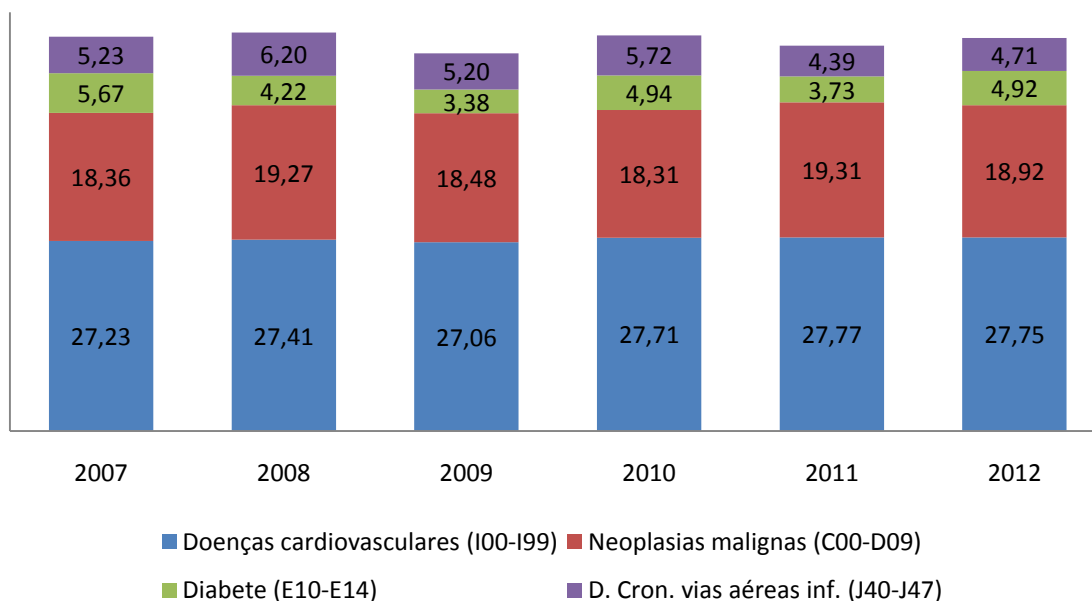
Relativamente às causas apontadas acima, quais sejam doenças do aparelho circulatório e neoplasias, há que se associar o tabagismo como fator contributivo importante, lembrando que o Rio Grande do Sul apresenta os maiores índices deste hábito relativamente aos demais estados do país (VIGITEL - 2011).

Estratégias de prevenção e tratamento como grupos de tabagismo são importantes aliados na prevenção das doenças do aparelho circulatório e câncer, principais causas de óbito, especialmente a partir dos 30 anos. O HIPERDIA dispõe de dados importantes sobre a prevalência do tabagismo na população acometida pela hipertensão e diabetes, que costumam associar-se a outras doenças cardiocirculatórias, e seu fortalecimento pode ser importante ferramenta na avaliação e combate a esses agravos. A Diretoria de Saúde Mental, através de seus grupos de tabagismo, atua na busca da redução destes índices de morbimortalidade.

As taxas de mortalidade referentes às principais DCNT nos anos de 2007, 2009 e 2011 mostram na comparação ao longo dos anos uma redução mínima nas doenças respiratórias crônicas e no diabetes. Por outro lado, observa-se um aumento constante nas taxas de mortalidade por câncer e doenças cardiovasculares crônicas (conforme gráfico abaixo).

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 44 – Série histórica da proporção de mortalidade por tipo de DCNT, todas as idades, Canoas, RS.



Fonte: SIM

É ainda importante destacar a presença das neoplasias como uma das principais causas de óbito em quase todas as faixas etárias, excetuando-se os menores de um ano. É a quarta causa de óbito entre 1 e 4 anos e a segunda em todas as outras faixas estudadas.

Dos 20 aos 59 anos, as neoplasias surgem como importante causa de óbito na população. Alguns tipos de câncer são predominantes no homem como o de pulmão, e outros são mais incidentes em mulheres, como o de mama, conforme podemos verificar na abaixo. (Metas 82, 83, 84 e 93)

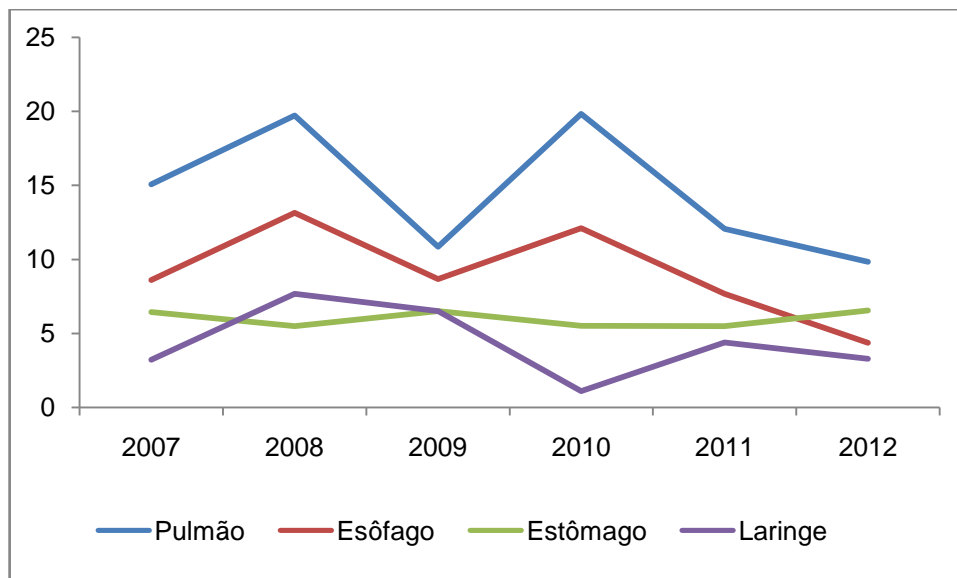
Tabela 23 - Série histórica da proporção de óbitos segundo tipo de câncer, por sexo, entre 20 a 59 anos, Canoas, RS.

Homens	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Brônquios e pulmões	17,9	19,1	13,9	24,0	14,7	14,8
Esôfago	10,3	12,8	11,1	14,7	9,3	6,6
Estômago	7,7	5,3	8,3	6,7	6,7	9,8
Laringe	3,8	7,4	8,3	1,3	5,3	4,9
Fígado e vias biliares	5,1	3,2	8,3	4	4,0	3,3
Cólon	5,1	4,3	4,2	4	4,0	4,9
Pâncreas	2,6	3,2	2,8	4	5,3	4,9

Fonte: SIM

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 45 - Taxa de mortalidade por câncer no sexo masculino, de 20 a 59 anos, a cada 100.000 habitantes em Canoas, RS.



Fonte: DATASUS – Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM/DVS/Canoas/MS.

Observa-se, conforme os dados acima um aumento progressivo e significativo nas taxas de mortalidade por câncer de pulmão no sexo feminino e um declínio desta mesma taxa no sexo masculino, nos moradores de Canoas.

Tabela 24 – Série histórica da proporção de óbitos segundo tipo de câncer, por sexo, entre 20 a 59 anos, Canoas, RS.

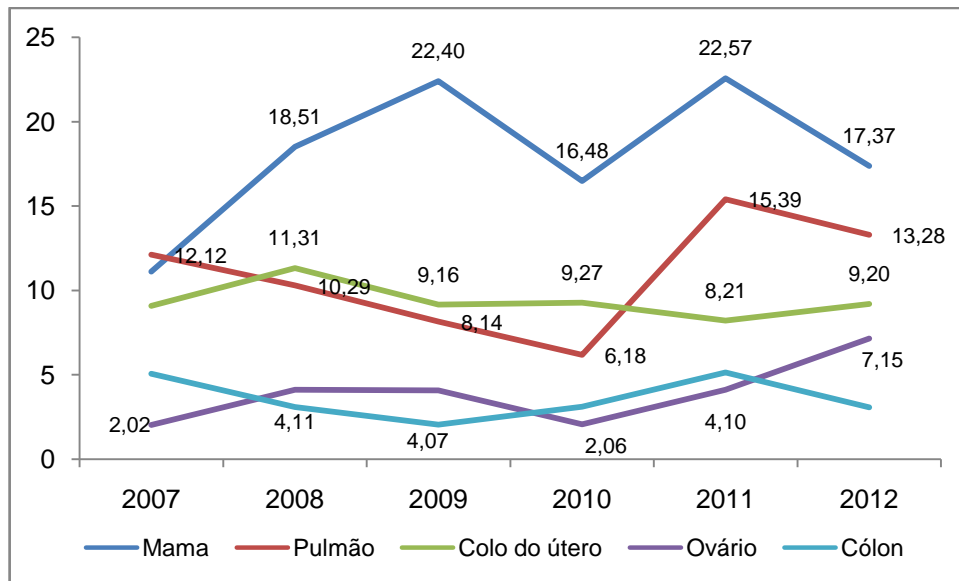
Mulheres	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Mama	14,3	25	28,9	26,7	25	21,5
Brônquios e pulmões	15,6	13,9	10,5	10	17	16,5
Colo do útero	11,7	15,3	11,8	15	9,1	11,4
Ovário	2,6	5,6	5,3	3,3	4,5	8,9
Cólon	6,5	4,2	2,6	5	5,7	3,8
Sem localização definida	2,6	5,6	7,9	1,7	2,3	2,5

Fonte: SIM

Dentre os tipos de câncer, o de mama é o que apresenta maior taxa de mortalidade entre as mulheres de Canoas. Representa 23,5% das mortes por câncer nas mulheres adultas.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 47 – Série histórica da taxa de mortalidade por câncer no sexo feminino a cada 100.000 mulheres de 20 a 59 anos, Canoas, RS.



Fonte: SIM. Elaborado por DVS, Canoas.

O diagnóstico precoce é a principal estratégia para redução da mortalidade por este tipo de câncer. O rastreamento com mamografia é a estratégia de saúde pública já que é o único exame com capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama, sendo por isso o exame de imagem recomendado para o rastreamento do câncer de mama no Brasil conforme o Caderno de Atenção Básica, nº 13, 2013.

No ano de 2012, a razão de exames de mamografias realizadas entre mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária foi de 0,27.

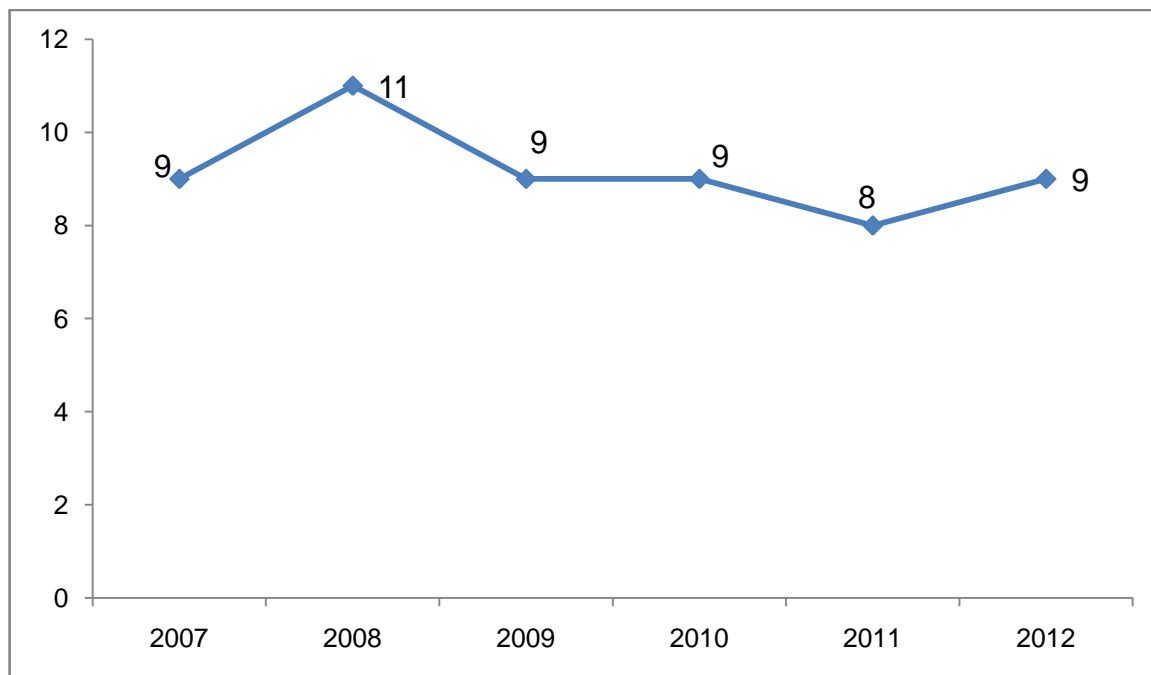
A Meta Brasil era 0,35. Além disso, têm sido encontradas dificuldades no seguimento das mulheres com mamografia alterada: realização de ecografia mamária, biópsias, consulta com mastologista, encaminhamento para oncologia (cirurgia, radioterapia e quimioterapia). (Metas 36 e 37)

O câncer de colo de útero, por sua vez, é o 3º tipo de câncer com maior taxa de mortalidade entre as mulheres adultas. Cabe ressaltar que estes óbitos são evitáveis já que há a possibilidade de detecção precoce e tratamento das lesões pré-malignas. (Metas 33 e 34)

O gráfico a seguir mostra a série histórica de óbitos por câncer de colo de útero no município, em mulheres adultas.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 47 - Óbitos por câncer de colo de útero em mulheres entre 20 e 59 anos (taxas/100.000 mulheres), Canoas, RS.



Fonte: SIM

Cabe ressaltar que esse tipo de câncer pode ser evitado. O exame preventivo do câncer do colo do útero, Papanicolau, é a principal estratégia para detectar lesões precursoras, fazer o diagnóstico da doença e tratar.

A mortalidade por causas externas (violências e acidentes) aparece como a principal causa de mortalidade entre adultos dos 20 e 59 anos. A maior incidência se dá entre os 20 e 49 anos com taxas que oscilam entre 96,6 e 106,72 por 100.000 habitantes.

É importante enfatizar que os homens adultos são as principais vítimas fatais de violência, 90% segundo a tabela abaixo. (Metas 44, 45 e 119)

Tabela 25 - Série histórica da proporção de óbitos por causas externas, segundo o sexo, entre 20 a 59 anos, Canoas, RS

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Homens	87	93,7	91	89,3	88,5	90,8
Mulheres	13	6,3	9	10,7	11,5	9,2

Fonte: SIM

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Mortalidade Materna

A razão de mortalidade materna estima a frequência de mortes de mulheres ocorridas durante a gravidez, aborto, parto ou até 42 dias após o parto, atribuídas a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez (parto, aborto e puerpério), ou por medidas tomadas em relação a ela tendo como denominador o total de nascidos vivos. Segundo o Manual do Comitê/MS, a Morte Materna Não Obstétrica - caso dos acidentes, violência – não é contabilizada no cálculo da mortalidade materna, embora sejam frequentes esses eventos.

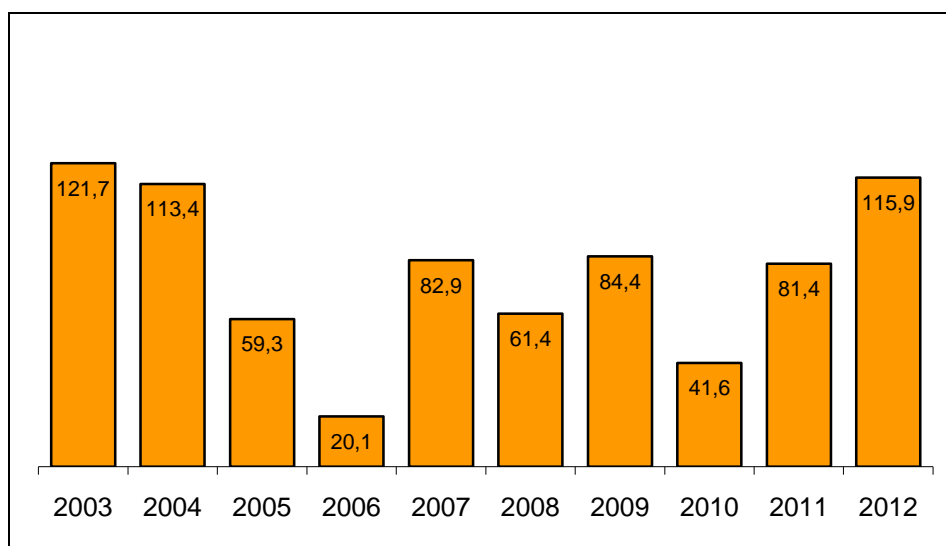
No município, a razão de mortalidade materna no ano de 2012, conforme demonstrado na tabela abaixo é de 115,9/100.000 nascidos vivos.

Tabela 26 – Série histórica da mortalidade materna, Canoas, RS.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de óbitos maternos	6	6	3	1	4	3	4	2	4	6
Razão de Mortalidade Materna	121,7	113,4	59,3	20,1	82,9	61,4	84,4	41,6	81,4	115,9

Fonte: SIM e SINASC

Gráfico 48 – Série histórica da mortalidade materna, Canoas, RS.



Fonte: SIM e SINASC

A Meta Brasil (2012) é de 35/100.000 nascidos vivos. O dado francamente desfavorável aponta para a necessidade imediata de qualificar o acesso ao pré-natal e intensificar a busca ativa de gestantes.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Esse foi um dos motivos que desencadeou o início imediato da implantação do programa nascer Canoas, em 2013, e cuja expansão e pleno funcionamento devem ser perseguidos nos próximos anos, mesmo após zerar a mortalidade materna, para assegurar sua manutenção.

Tabela 27 - Causas dos óbitos maternos durante a gravidez, residentes em Canoas, 2012

Causa	2012
Doenc p/HIV result. em neopl malig	1
Doenc p/HIV result. em outr doenc espec	1
Aborto NE	1
Placenta prévia	1
Outra doença	1
Total	5

Fonte: SIM

Tabela 28 - Causas dos óbitos maternos no puerpério até 42 dias, residentes em Canoas, RS.

Causa	2012
Hipertensão gestacional c/proteinúria significativa	1
Agressão disparo outra arma de fogo ou NE (não considerada morte materna)	1
Total de óbitos considerados morte materna	1

Fonte: SIM

Percebe-se que 50% das causas são de doenças específicas da gestação e 50% de doenças crônicas que poderiam ser acompanhadas e as mortes evitadas (através de avaliação pré concepcional e pré-natal). Deve-se salientar, também, que 1/3 dos óbitos são de gestantes com HIV/AIDS. (Metas 64 e 66)

Quanto ao recorte raça/cor, a maioria dos óbitos maternos em Canoas ocorre em mulheres brancas mas, cabe lembrar que há problemas no registro desse quesito, como apontam alguns estudos.

Tabela 29 - Série histórica de mortalidade materna segundo raça cor, Canoas, RS.

Raça Cor	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Branca	2	2	0	1	2	5
Preta	0	0	1	0	0	0
Parda	1	0	1	1	1	1
Não informado	1	1	2	0	1	0
Total	4	3	4	2	4	6

Fonte: SIM

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Cabe resaltar que, na série histórica estudada, não há registro de óbitos maternos em adolescentes.

A sensibilização da comunidade sobre a importância da realização do pré-natal e a atenção ao parto deve ser uma meta intersetorial e comunitária permanente. (Metas 50, 51, 52, 53 e 64)

O cuidado com a saúde do homem

A expectativa de vida da população masculina é de sete anos a menos que da mulher e a cada três óbitos, dois são de homens.

Aspectos sociais e culturais fazem com que a procura por atendimento por parte dos homens geralmente seja tardio, ou seja, os problemas de saúde já estão instalados. É necessário reverter esta situação aplicando estratégias de prevenção e promoção de saúde focada nesta população. (Metas 64, 65 e 117)

Considerando que existem políticas de atenção à saúde para grupos populacionais como crianças, adolescentes, mulheres e idosos, entendemos ser necessário dar uma maior atenção à política para atender homens na faixa etária entre 20 a 59 anos, que compreende 27% da população. (Metas 74 e 105)

Tradicionalmente quando se falava de saúde do homem logo se pensava em câncer de próstata. Embora seja um problema relevante de saúde pública, não é a principal causa de óbito entre homens. As causas externas (violências e acidentes) são a principal causa de morte entre homens dos 20 aos 39 anos. (Metas 44, 85, 119 e 120)

A partir dos 40 anos, as neoplasias são a principal causa de óbito. O alcoolismo, a dependência química, a tuberculose, o tabagismo, o transtorno mental também são prevalentes nesse grupo populacional. (Meta 78)

Quanto aos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, os dados apontam para uma disparidade entre negros e brancos na faixa etária de 20 a 59 anos. As doenças prevalentes são tuberculose e doenças virais, sendo que a proporção geral de morte é de 2,5 homens negros para um branco. (Metas 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 41, 42 e 43)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nos transtornos mentais e comportamentais do sexo masculino, a faixa etária com maior número de óbitos e de 20 a 39 anos, cuja razão entre o percentual de óbitos de homens negros em relação aos homens brancos e de 2,5:1, sendo que se destaca o uso de substâncias psicoativas. (Metas 76, 78 e 118)

Não há diferença importante entre homens negros e brancos na faixa etária de 40 a 59 anos de idade no que se refere à razão entre o percentual de óbitos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

A primeira causa de internação hospitalar da população adulta são as causas externas, seguida pelas doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho circulatório, transtornos mentais e comportamentais, e doenças do aparelho respiratório. Na série histórica de cinco anos a tendência crescente é para as causas externas e transtornos mentais. Hábitos nocivos à saúde que podem começar cedo, como uso do tabaco e outras drogas, estresse, alimentação inadequada e ausência de exercícios físicos contribuem para o adoecimento. (Metas 87, 121 e 122)

Conforme dados colhidos pelo DATASUS, referente ao município entre os anos de 2007 e 2012, os principais agravos e enfermidades que acometem esta população dos 20 aos 59 anos estão concentrados em cinco grandes áreas: cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, psiquiatria e urologia. (Metas 82 e 97)

Outro problema de saúde do homem é o câncer de pênis. O Brasil é reconhecidamente o país com maior prevalência deste tipo de câncer, sendo esta uma neoplasia que pode ser prevenida com educação e higiene, em Canoas foram registrados 80 casos de neoplasia de órgão genital masculino nos últimos seis anos em homens partir de 20 anos de idade. (Metas 82, 83, 84 e 93)

Violências

Ao considerar a questão da violência doméstica e familiar sofridas pelas mulheres, apresentam-se dados do número elevado de crimes de violência cometidos contra as mesmas. A tabela a seguir apresenta informações dos delitos consumados enquadrados na Lei 11.340/06 – Lei Maria da Penha para Canoas nos anos de 2011 e 2012.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 30 - Delitos cometidos contra mulheres, em números absolutos no RS.

Delito	2011	2012
Ameaça	1.494	1.271
Lesão Corporal	791	663
Lesão Corporal Leve	17	20
Lesão Corporal seguida de Morte	1	0
Estupro	50	38
Femicídio	1	2

Fonte: SIPS/Procergs, em 01/11/2012

Houve uma diminuição de delitos de 2011 para 2012 o que pode, em parte, ser explicado pela constituição de uma rede de atendimento e proteção à mulher. É possível que estes números cresçam, pelo mesmo motivo, pois as mulheres que sofrem violência doméstica, sentindo-se acolhidas, passam a denunciar. Contudo, é necessário que esta rede seja consolidada no município. (Metas 44,45, 85, 119, 120)

Tabela 31 - Número de atendimentos realizados entre setembro de 2011 a agosto de 2013, pelos equipamentos públicos da Rede de Atendimento e Proteção à Mulher, Canoas.

Centro de Referência da Mulher – Patrícia Esber	784 mulheres buscaram o serviço desde setembro de 2011 636 permanecem em acompanhamento
Casa Azul (Casa Abrigo)	Mulheres: 48 Crianças: 57
Patrulha Maria da Penha	Mulheres Acompanhadas: 361 Em Acompanhamento: 265

Fontes: Informações dos respectivos serviços, Canoas, 2013.

A seguir algumas informações em relação aos atendimentos realizados na Casa Azul:

- Das mulheres acolhidas na Casa Azul, 22% apresentavam idade superior a 40 anos, 32% estão na faixa etária entre 26 a 32 anos, 20% estão entre 18 a 25 anos e 26% entre 33 a 40 anos.
- Em 65% dos relatos verificou-se que as vítimas sofreram violência desde o início da relação e 35% no decorrer do relacionamento.
- Entre os casos de violência contra a mulher observou-se que 81% são efetuados pelo companheiro, 6% pelo cônjuge, 7% pelo ex-marido e 6% por outros vínculos afetivos.
- Das mulheres acolhidas na Casa Azul, 54% retornaram para o convívio com o agressor e 46% mantiveram sua decisão de afastamento do agressor.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Em relação ao tempo de convívio com o agressor constatou-se que 38% dos casos mantiveram um relacionamento por um período de 1 a 4 anos, 14% por menos de 1 ano, 17% pelo tempo de 5 a 10 anos, 19% de 11 a 15 anos e 6% mais de 20 e 6% de 16 a 20 anos.
- Constatamos, através dos relatos das vítimas, que 31% sofriam violência diariamente, 31% semanalmente, 2% mensalmente, 14% raramente e 16% quinzenalmente e uma vez 6%.
- Em relação à idade das crianças abrigadas com as mães 7% têm menos de 1 ano, 32% tem idade entre 1 e 5 anos, 38% de 6 a 10 anos e 23% de 11 a 13 anos.
- Das mulheres desligadas da Casa Azul, que voltaram a relacionar-se com seus companheiros, 80% retornaram para o acolhimento na Casa Abrigo 2 vezes e 20% retornaram ao abrigo 1 vez após sofrerem violência e novamente serem ameaçadas de morte.
- Filhos e filhas, de mulheres acolhidas na Casa Azul, presenciam a violência em 74% dos casos, 19% sofrem a violência e 7% não presenciam e nem sofrem violência. Os riscos percebidos em relação aos agressores em 44% dos casos eram de morte, 51% de espancamento e 5% de estupro.

Abaixo estão algumas informações relacionadas aos atendimentos do Centro de Referência da Mulher Patrícia Esber

- Violência doméstica: 30% das 750 usuárias de Centro de Referência de Canoas tiveram que deixar suas casas, mostram os dados.
- Os agressores são parceiros íntimos (maridos, namorados, companheiros ou ex) em 77,5% dos casos, o que evidencia desigualdade de gênero nas relações de afeto e convivência.
- Agressões mais frequentes registradas na Delegacia da Mulher de Canoas foram de ameaça e lesão corporal, havendo relatos de violência sexual, cárcere privado, tortura e tentativa de homicídio. Em 56% dos casos, a equipe técnica do serviço identificou como risco grave ou gravíssimo a situação da mulher, e cerca de 30% delas tiveram que deixar suas casas como medida de segurança.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Quanto às vítimas, o banco de dados do Centro de Referência Patrícia Esber revela que embora mulheres de todos os níveis sociais sejam atingidas pela violência, as que buscam o serviço vêm de contextos de vulnerabilidade socioeconômica, residindo em bairros populares de Canoas. Muitas delas - 54% - apenas têm o primeiro grau completo ou incompleto, embora mulheres com elevada escolaridade também tenham procurado atendimento.
- Trabalhando majoritariamente em prestação de serviços, 55% das usuárias do Centro de Referência possuem alguma renda, sendo essa a principal fonte de recurso familiar, mas 70% de todas as usuárias convivem com dificuldade de acesso a serviços e não estavam vinculadas a programas assistenciais ao chegar ao serviço de acolhimento, o que passou a ocorrer no processo de atendimento às suas múltiplas demandas na tentativa de reconstruir suas vidas. O serviço atua em rede, e dessa forma acessa programas sociais e articula ações.
- Ao analisar o perfil etário dessas mulheres, constata-se que em todas as idades elas são alvo da violência baseada no gênero, prevalecendo as que estão em idade reprodutiva (18 a 45 anos) que são 70% das usuárias do serviço. No entanto, mulheres com 60 anos ou mais também procuram ajuda, a maioria delas relatando histórico de violência continuada por décadas, desde o período da juventude, vindo a denunciar após a existência de um serviço especializado.

Embora não se possa precisar que a violência seja a causa direta do adoecimento dessas mulheres, o levantamento identificou uma elevada queixa de sofrimento psíquico, como depressão, ansiedade, síndrome do pânico, bem como doenças do aparelho digestivo, transtornos hormonais, infecções por HIV, abortos inseguros, entre outras identificadas pela Organização Mundial da Saúde como impactos da violência contra as mulheres.

As informações relativas aos atendimentos realizados Casa Azul e no Centro de Referência da Mulher Patrícia Esber demonstram que há subnotificação por parte dos serviços de saúde ou sub-registro no SINAN, conforme se pode observar abaixo. (Metas 44, 45 e 119)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela – Série histórica de notificações de violência de mulheres residentes em Canoas, com idades entre 20 e 59 anos, segundo tipo de violência sofrida, Canoas, RS.

Tipologia de Violência	2009	2010	2011	2012
Violência Física	0	13	30	36
Violência Psico/moral	0	10	11	10
Violência Tortura	0	1	2	0
Violência Sexual	0	4	3	4

Fonte: SINAN

Excesso de peso e obesidade

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008-2009 (IBGE, 2010), é possível identificar que as prevalências de excesso de peso e de obesidade vêm aumentando continuamente ao longo dos quatro inquéritos nacionais disponíveis nos dois sexos. Nos 34 anos decorridos de 1974-1975 a 2008-2009, a prevalência de excesso de peso em adultos aumenta em quase três vezes no sexo masculino (de 18,5% para 50,1%) e em quase duas vezes no sexo feminino (de 28,7% para 48,0%). No mesmo período, a prevalência de obesidade aumenta em mais de quatro vezes para homens (de 2,8% para 12,4%) e em mais de duas vezes para mulheres (de 8,0% para 16,9%). Por outro lado, declínios contínuos do déficit de peso são registrados nos dois sexos em todas as regiões brasileiras.

Os dados apresentados pelo SISVAN do município demonstram prevalência de excesso de peso (correspondendo à soma entre o sobrepeso e a obesidade) superiores aos dados nacionais. Esses dados podem estar superestimados devido ao pequeno número da amostra observada. É possível observar essa tendência ao longo dos anos em ambos os sexos, demonstrando a presença desse problema de saúde pública entre a nossa população. (Metas 29, 30, 69, 70, 121)

Grande parte das pesquisas em nutrição dedicou-se, durante muitos anos, a investigar aspectos relacionados à desnutrição e suas consequências para a saúde (Wang et al., 2002). Atualmente, o foco de atenção dos pesquisadores está voltado para o aumento dramático do sobrepeso e da obesidade, que está afetando pessoas de todas as idades e em todos os segmentos sociais, tanto nos países desenvolvidos, como em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, e especialmente

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

entre indivíduos mais pobres, gerando enorme sobrecarga para o sistema de saúde (IBGE, 2010).

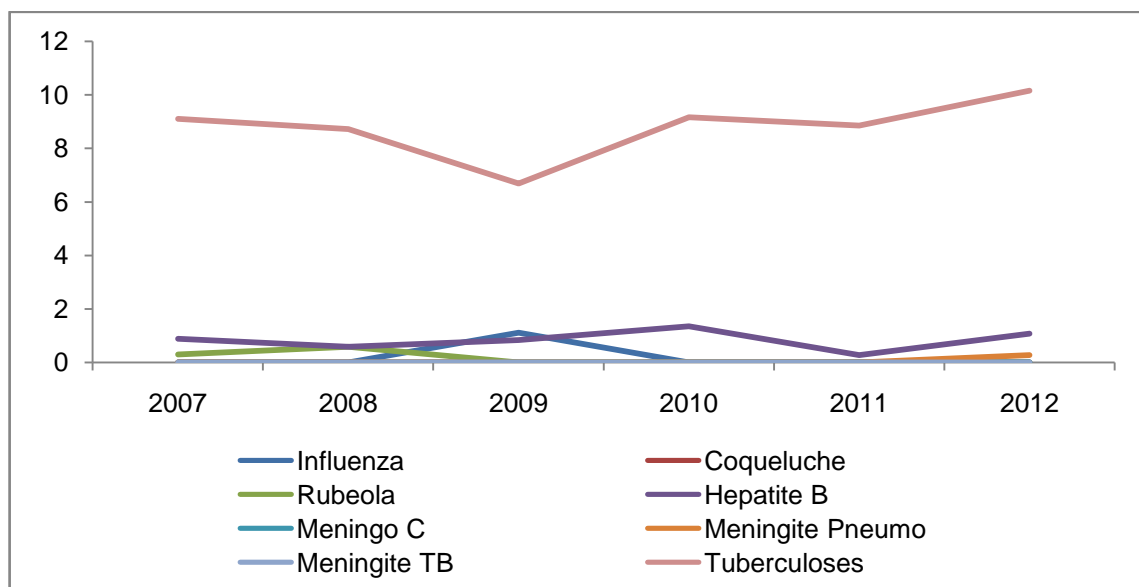
Os dados do estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família refletem essa situação. Observa-se que a maioria é do sexo feminino, pois a avaliação do estado nutricional, apenas das mulheres em idade fértil, faz parte das condicionalidades da saúde dos beneficiários do Programa (no sexo masculino não é obrigatório). (Meta 61)

Saúde da pessoa idosa

A população idosa compreende 37.139 mil pessoas. Representa 11,47% da população do município (IBGE 2010) e vem crescendo de forma acelerada nas últimas décadas, seguindo a tendência nacional.

Na velhice, o conceito de saúde vai além do cuidado de condições crônicas. Ele resulta a interação entre a condição de saúde física e mental da pessoa idosa, de sua independência funcional e financeira, bem como sua integração na família e na comunidade.

Gráfico 49 – Série histórica da taxa de incidência/10.000 hab., de doenças imunopreveníveis em pessoas acima de 60 anos, Canoas, RS.



Fonte: SINAN e IBGE

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Observa-se que a influenza apresenta o mesmo padrão das demais faixas etárias.

Em relação aos casos notificados de tuberculose pulmonar, percebe-se que houve um aumento considerável a partir de 2010, diferente das outras faixas etárias tuberculose em idosos de 2003 a 2012 ocorreu uma frequência maior na faixa etária de 60-64 anos.

Tabela 32 – Série histórica de casos notificados de tuberculose pulmonar, em pessoas idosas, Canoas, RS

Faixa Etária	Ignorado	Homens	Mulheres
60-64 anos	1	78	34
65-69 anos	0	37	17
70-74 anos	0	38	18
75-79 anos	0	16	17
80 e +	0	14	12
Total	1	183	98

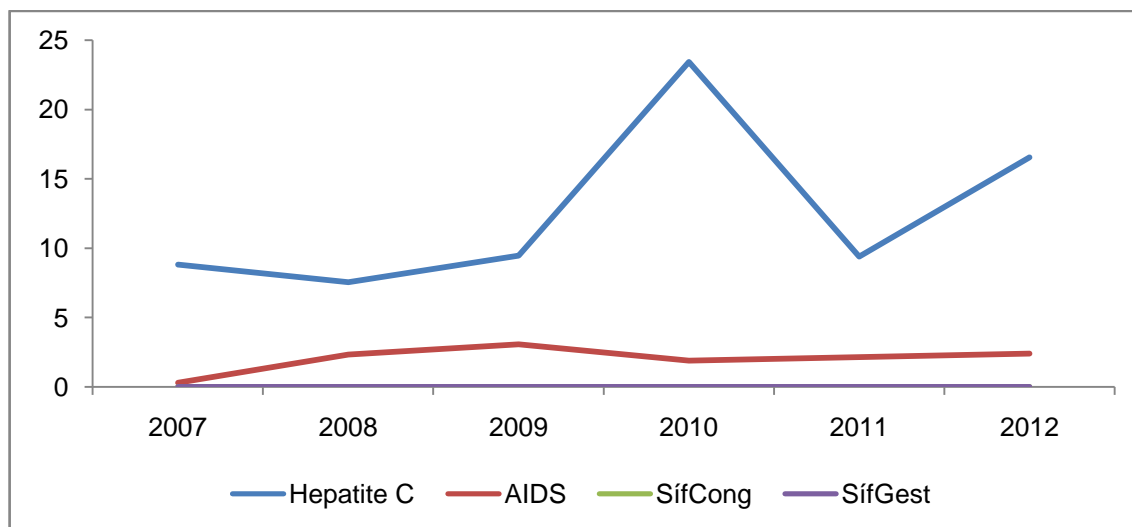
Fonte: SINAN

Alguns estudos apontam sobre o deslocamento do aumento da incidência de tuberculose em idosos. Indivíduos idosos, independente de sexo e grupo etários, são mais suscetíveis à tuberculose, provavelmente devido a fatores biológicos, nutricionais e estado imunitários comprometidos, comorbidades, polifarmácia e, talvez, fatores raciais. Quanto aos fatores socioeconômicos destaca-se a pobreza, condições de vida e acesso a cuidados de saúde. Verifica-se o abandono do tratamento também por parte de idosos, especialmente homens.

A associação do aumento da longevidade, melhoria da qualidade de vida das pessoas, juntamente com as descobertas científicas para aumentar a atividade sexual, além das resistências dos mesmos ao uso do preservativo, torna esta população vulnerável/suscetível no que diz respeito a adquirir HIV/AIDS. Outro fato é que os muitos profissionais da saúde raramente consideram a possibilidade da ocorrência dessa doença ou outras DST em pessoas idosas.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 50 – Série histórica de DST em pessoas idosas, Canoas, RS.



Fonte: SINAN

Observa-se um aumento considerável das notificações de hepatite C no ano de 2010, levantadas a partir da procura de insumos na farmácia do Estado.

Tabela 33 - Casos Notificados de AIDS, com 60 anos ou mais, Canoas, RS.

Ano	Nº Homens	Nº Mulheres
2009	6	5
2010	2	5
2011	5	3
2012	6	3
2013	1	0
Total	20	16

Fonte: SINAN

As doenças crônicas são responsáveis por um número considerável de internações hospitalares e óbitos. O Diabetes mellitus (DM) é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade. O DM apresenta alta morbimortalidade. Entre os idosos a hipertensão (HAS), é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% dos idosos. Temos no município, 3.144 homens e mulheres cadastrados como diabéticos e 9.738 como hipertensos.

As doenças cerebrovasculares a insuficiência cardíaca e o infarto agudo do miocárdio foram as principais causas de internação hospitalar. (Metas 62, 74, 83, 85, 87 e 121)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 34 – Agravos que determinaram internações hospitalares de pessoas idosas, em 2012,
Canoas, RS.

Agravos que determinou a internação	Idade					Total
	60-64	65-69	70-74	75-79	80 e +	
Traumatismo Crânio Encefálico	23	10	2	5	16	56
Fratura de Fêmur	16	7	17	20	63	123
Doenças Cérebro - Vasculares	88	70	91	57	114	420
Diabete Mellitus	41	33	26	25	26	151
Insuficiência Renal Crônica	51	25	24	25	30	155
Doenças Crônicas Vias Aéreas Inferiores	29	39	19	16	22	125
Insuficiência Cardíaca	77	81	70	68	104	406
Infarto Agudo do Miocárdio	69	52	30	31	31	213
Doenças Hipertensivas	3	9	9	6	9	35

Fonte: DATASUS

Também são as DCNT as principais responsáveis pela morte das pessoas que atingem idade acima de 60 anos, prevalecendo as cerebrovasculares.

Tabela 35 - Mortalidade por DNCT, entre pessoas idosas, 2012, Canoas, RS.

Causa da morte	60-64	65-69	70-74	75-79	80 e +	Total
Doenças cerebrovasculares	21	19	22	27	65	154
Diabetes Mellitus	20	13	16	16	34	99
Insuficiência Renal Crônica	4	0	3	3	4	14
Doenças crônicas Vias aéreas inferiores	15	18	14	14	34	95
Insuficiência cardíaca	1	4	4	6	25	40
Infarto Agudo do Miocárdio	24	25	24	35	51	159
Doenças Hipertensivas	6	6	12	10	20	54

Fonte: DATASUS

Em relação à saúde mental do idoso, o relatório 2013 da Associação Internacional da Doença de Alzheimer informa que 35,6 milhões de pessoas convivem com o Alzheimer em todo o mundo, e a estimativa é de que este número praticamente dobre a cada 20 anos, chegando a 65,7 milhões em 2030 e a 115,4 milhões em 2050.

A prevalência média de demência acima dos 65 anos de idade (3ª idade de acordo com o critério da OMS) apresenta variabilidade entre os diferentes continentes sendo de 7,1% na América do Sul (especialmente Brasil) e 9,0% na Europa (principalmente na costa da Espanha onde chega a 14,9%). Destes

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

pacientes, 24% dos pacientes com demência ocultam ou dissimulam seu diagnóstico citando o estigma como o principal motivo. Além disso, 40% das pessoas com demência relatam não ser incluída na vida cotidiana da família.

Esse estigma e a exclusão sociais causados pela falta de compreensão e de conhecimento sobre a doença de Alzheimer ainda são os maiores obstáculos a serem vencidos na luta pela conscientização, pelo diagnóstico precoce e tratamento. Outro obstáculo que encontramos é a falta de uma rede interligada (prontuário eletrônico), tendo em vista que os pacientes e seus cuidadores, que em sua maioria também são idosos, tem dificuldade de compreensão e, às vezes por negarem a doença, acabam acessando outros serviços em busca do atendimento que já possuem. (Metas 106, 107, 108 e 109)

No idoso, de acordo com a OMS, a depressão ocupa o 2º lugar como problema de saúde de maior prevalência, elevado grau de morbidade e diminuição da qualidade de vida.

A depressão geriátrica é frequentemente subdiagnosticada e subtratada. Muitos profissionais da saúde tendem a considerar os sintomas depressivos como consequência natural do envelhecimento ou dos problemas sociais e econômicos enfrentados pelos idosos. Considera-se que grande parte dos diagnósticos de depressão de início tardio seja parte de um quadro demencial ainda não diagnosticado, sendo este o primeiro sintoma que aparece. (Meta 113)

O Serviço de Saúde Mental do Idoso de Canoas atende atualmente 428 pacientes, com demência na doença de Alzheimer e em sofrimento psíquico decorrente da terceira idade. Algumas dificuldades para o êxito no tratamento são: idosos que vivem sozinhos, a escassez de profissionais treinados, a falta de conhecimento das famílias (que são os principais cuidadores, mas desempenham este papel com pouco ou nenhum apoio ou compreensão por parte de outros familiares), estigma, censura, discriminação dos pacientes com distúrbios de comportamento (principalmente agressividade e agitação psicomotora) comum entre idosos com demência, angústia dos cuidadores.

A queda representa um grande problema para as pessoas idosa dadas as suas consequências (injúria, incapacidade, institucionalização e morte).

Cerca de 30% dos idosos caem a cada ano. Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em Instituições de

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Longa Permanência para Idosos (ILPI). Embora não tenha sido a principal causa de internação consideramos importante destacar as quedas que podem levar a fratura de crânio e fêmur. (Meta 17)

Tabela 36 - Série histórica de internações por fratura de Fêmur em idosos, 2008-2012, Canoas, RS.

Faixa etária	2008	2009	2010	2011	2012
60 a 69 anos	32	42	29	30	48
70 a 79 anos	73	67	51	49	75
80 a 89 anos	72	78	54	61	94
90 a 101 anos	15	17	16	12	18
Total por ano	192	204	150	172	235

Fonte: DATASUS Elaborada por Eloir Antonio Vial, Nov. 2013

Reiteradamente encontramos na literatura especializada que as formas de abusos físicos, psicológicos, sexuais, financeiros e negligências praticadas contra idosos em geral não chegam aos serviços de saúde ficam naturalizados no cotidiano das relações familiares, nas formas de negligência social e das políticas públicas, situação que se confirma também para a realidade do município, conforme podemos constatar abaixo.

Tabela 37 - Série histórica de morbidade por violências notificadas, contra idosos residentes em Canoas.

	Física	Psico/Moral	Tortura	Financeira	Abandono	Intervenção	Outras
2009	0	0	0	0	0	0	0
2010	1	1	1	0	1	0	1
2011	2	1	0	1	1	1	0
2012	11	1	0	0	0	1	3
2013	1	0	0	0	0	0	0
Total	15	3	1	1	2	2	4

Fonte. SINAN

Em cinco anos foram notificados no SINAN, apenas 28 casos de violência contra o idoso de ambos os sexos, demonstrando claramente que há negligência na identificação, cuidado e registro em relação a esse agravo. Visando alterar essa situação a tarefa é tornar visível o problema e enfrentá-lo de forma articulada intersetorialmente. (Metas 45, 113, 114, 119 e 120)

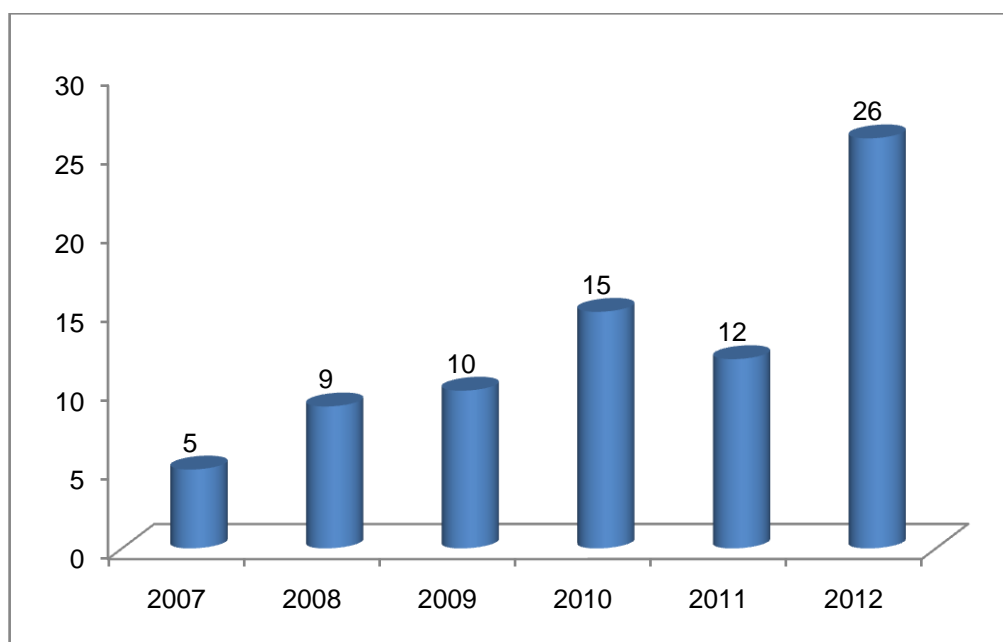
PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Referente à saúde bucal, verifica-se que a população idosa acumulou ao longo dos anos necessidades de atenção à saúde que não foram atendidas o que provocou sequelas importantes como a perda dentária.

No estudo epidemiológico SB Brasil 2010, o edentulismo (perdas dentárias) foi apontado como a principal patologia bucal na população idosa. Considerando os dados de edentulismo e de necessidade de reabilitação protética, principalmente entre os idosos, se faz necessário um efetivo programa de fornecimento de próteses para reduzir o agravo.

Desde 2007, no Centro de Especialidades Odontológicas do Município foram atendidos 77 casos de neoplasias malignas na cavidade bucal e estruturas anexas.

Gráfico 51 - Série histórica de casos de câncer de boca detectados no CEO, em pessoas acima de 60 anos, Canoas, RS.



Fonte: SMS, Canoas, 2013

Através de campanhas de divulgação, de prevenção e diagnóstico precoce da doença o número de casos atendidos tem aumentado gradativamente ao longo dos anos, como mostra a gráfico acima.

Os casos atendidos, desde 2007, estão representados abaixo e demonstram que os idosos constituem um grupo de risco para o câncer de boca.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 38 - Número de casos de câncer de boca, diagnosticados pelo CEO, em pessoas idosos, de 2007 à ago 2013, Canoas, RS.

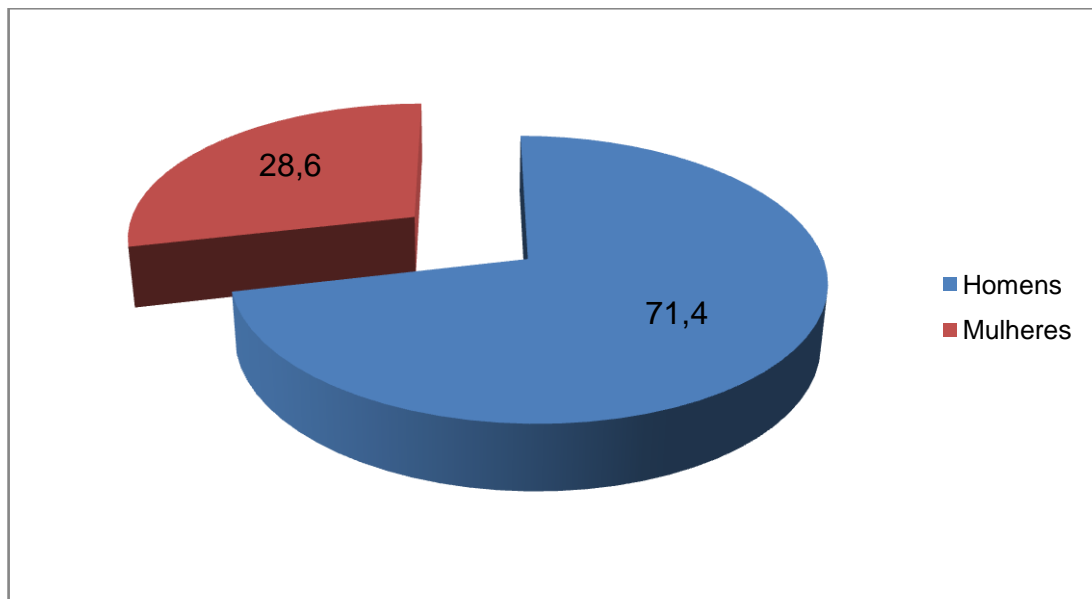
Faixa Etária	Casos de Câncer e Boca	
	Nº	%
60 a 69 anos	31	40,3
70 a 79 anos	08	10,4
80 anos ou mais	01	1,2
TOTAL	77	100

Fonte: SMS, Canoas.

Segundo o INCA, os principais fatores de risco para o câncer bucal são: a idade superior a 40 anos, o tabagismo e o consumo de álcool, principalmente, no sexo masculino. (Metas 46, 47, 48, 62, 63, 74)

Seguindo a tendência, os pacientes do sexo masculino representam a maioria dos casos.

Gráfico 52 - Proporção de câncer bucal, segundo o sexo, em pacientes atendidos no CEO, Canoas, RS.

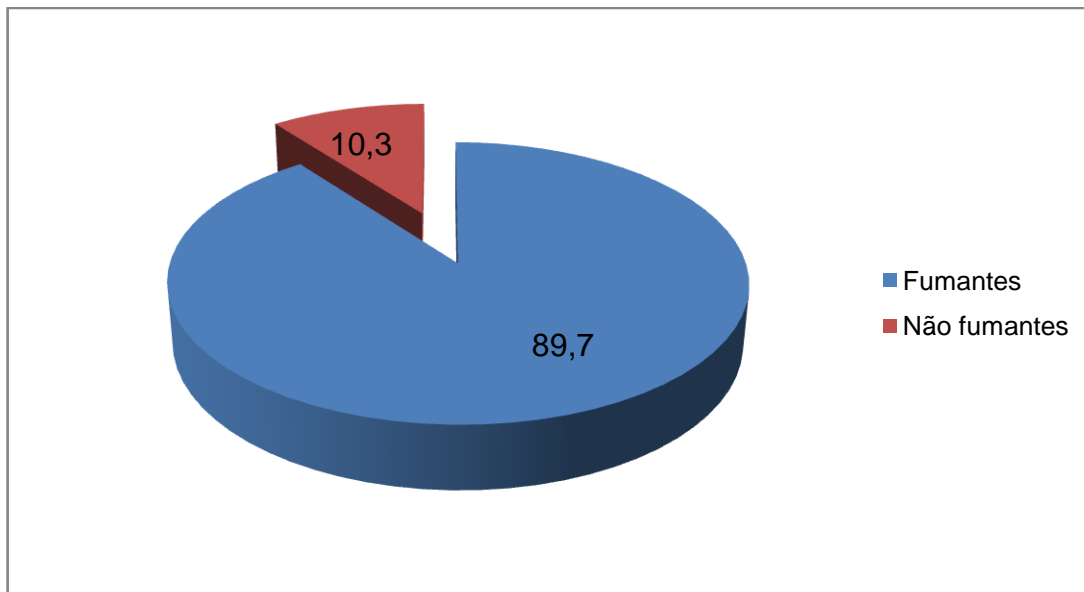


Fonte: SMS, Canoas.

Em relação ao uso do fumo e do álcool, podemos observar que a grande maioria, 89,7% dos pacientes, são fumantes.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 53 - Proporção de fumantes e não fumantes, com diagnóstico de câncer de boca, entre 2007 e 2013, Canoas.



Fonte: SMS, Canoas.

Entre os pacientes fumantes, 76,8% deles associam também o uso de álcool com frequência diária.

O município, através da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, possui atendimento de idosos no programa Cidadania Alimentar do Idoso, que fornece uma cesta de alimentos mensais para cerca de 1.200 idosos com renda mensal per capita de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. A cesta equivale a 90% da necessidade de alimento para uma pessoa/mês. O programa estabelece com condicionalidade de acesso, a avaliação nutricional (pesagem, medição da pressão arterial, mensal). (Meta 16)

Populações com vulnerabilidades específicas

O direito à saúde é fundamento constitucional e condição substantiva para o exercício pleno da cidadania. Entretanto verificamos facilmente que alguns grupos populacionais têm experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer. Negros, indígenas e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Destacamos, neste bloco, a população negra, remanescentes de Quilombos, de rua e prisional, pois a população indígena, analisada no bloco das condições de saúde deste plano, possui um encaminhamento diferenciado no cenário municipal, em consonância com a política nacional.

População negra

Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo.

O racismo é um fenômeno complexo caracterizado por diferentes manifestações a cada tempo e lugar. Seu caráter ideológico atribui significado social a determinados padrões de diversidades fenotípicas e ou genéticas e imputa características negativas ao grupo com padrões tidos como desviantes, que justificam o tratamento desigual. É uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos.

Historicamente, os significados sociais, as crenças e atitudes sobre os grupos raciais, especialmente o negro, têm sido traduzidos em políticas e arranjos sociais que limitam oportunidades e expectativa de vida. O racismo institucional opera no nível das instituições sociais, e diz respeito às formas como estas funcionam, seguindo as forças sociais reconhecidas como legítimas pela sociedade e, assim, contribuindo para a naturalização e reprodução da hierarquia racial. Ele atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, operando de modo diferenciado na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial. Extrapola as relações interpessoais e instaura-se no cotidiano organizacional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando desigualdades e iniquidades.

A utilização do conceito permite não apenas uma compreensão mais ampla sobre a produção e a reprodução das desigualdades raciais, como também aumenta

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

as possibilidades de resgatar, nas políticas públicas e nas políticas organizacionais, novos olhares para desconstruir o racismo e promover a igualdade racial, inclusive no acesso às ações e serviços de saúde.

Conforme o Ministério da Saúde, os agravos à saúde podem ser maiores, caso não receba atendimento adequado as suas especificidades na promoção na prevenção e tratamento destas doenças. Estudos dão conta, por exemplo, de que população negra tem maior índice em algumas doenças como problemas circulatório, AVC, transtornos mentais (incluindo o abuso de álcool e drogas ilícitas), HIV/AIDS e somente a população negra e seus descendentes tem a doença falciforme. Relativo a isso o município não possui uma ação específica. (Metas 62, 76, 82, 83 e 118)

No município encontra-se o Quilombo Urbano Chácara das Rosas, primeiro no seu gênero a ser reconhecido no país, fato que ocorreu em 20 de novembro de 2009. Esta comunidade tem origem na história do casal João Maria Genelício e Rosalinda Barbosa de Jesus, Filha de Manoel Barbosa, fundador do quilombo homônimo situado em Gravataí. Após o casamento decidem se mudar para as terras adquiridas por João Genelício em Canoas na década de 1940, e ali tiveram 7 filhos.

Além de moradia, a propriedade era também a fonte de sustento da família tirada através da venda de verduras e flores ali plantadas pelo casal. Devido ao crescimento e urbanização, o Quilombo Chácara das Rosas viu seu território passar de propriedade rural para urbana. Hoje possui 24 famílias com 68 pessoas e seu sustento provem principalmente de recursos como Bolsa Família e outros programas de transferência de renda. (Metas 61, 62, 76, 83 e 118)

Pessoas com deficiências

De acordo com o conceito da Organização Mundial da Saúde é o desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial, físico, psicológico, social, profissional e educacional, compatível com seu comprometimento fisiológico ou anatômico e limitações ambientais. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como CIF, pertence à família das

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para aplicação em vários aspectos da saúde.

A funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação. Nas classificações internacionais da OMS, os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) são classificados principalmente na CID-10 (abreviatura da Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão), que fornece uma estrutura de base etiológica. A funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Portanto, a CID-10 e a CIF são complementares, e os utilizadores são estimulados a usar em conjunto esses dois membros da família de classificações internacionais da OMS. A CID-10 proporciona um diagnóstico de doenças, perturbações ou outras condições de saúde, que é complementado pelas informações adicionais fornecidas pela CIF sobre funcionalidade.

Em conjunto, as informações sobre o diagnóstico e sobre a funcionalidade dão uma imagem mais ampla e mais significativa da saúde das pessoas ou da população, que pode ser utilizada em tomadas de decisão. Segundo a CIF, a funcionalidade de um indivíduo num domínio específico é uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (i.e. fatores ambientais e pessoais). Há uma interação dinâmica entre estas entidades, uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos. Estas interações são específicas e nem sempre ocorrem numa relação unívoca previsível. A interação funciona em dois sentidos, a presença da deficiência pode modificar até a própria condição de saúde.

A Convenção nº 159/83 da OIT e o Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001, conceituam deficiência para fins de proteção legal, como sendo como uma limitação física, mental, sensorial ou múltipla, que incapacite a pessoa para o exercício de atividades normais da vida e que, em razão dessa incapacitação, a pessoa tenha dificuldades de inserção social.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 39 – Homens e mulheres com deficiências em Canoas

Total	Total	323827
Total	Homens	155936
Total	Mulheres	167891
Pelo menos uma das deficiências investigadas	Total	75884
Pelo menos uma das deficiências investigadas	Homens	31685
Pelo menos uma das deficiências investigadas	Mulheres	44199
Deficiência motora - não consegue de modo algum	Total	1320
Deficiência motora - não consegue de modo algum	Homens	527
Deficiência motora - não consegue de modo algum	Mulheres	793
Deficiência motora - grande dificuldade	Total	6760
Deficiência motora - grande dificuldade	Homens	2242
Deficiência motora - grande dificuldade	Mulheres	4518
Deficiência motora - alguma dificuldade	Total	14842
Deficiência motora - alguma dificuldade	Homens	5122
Deficiência motora - alguma dificuldade	Mulheres	9720

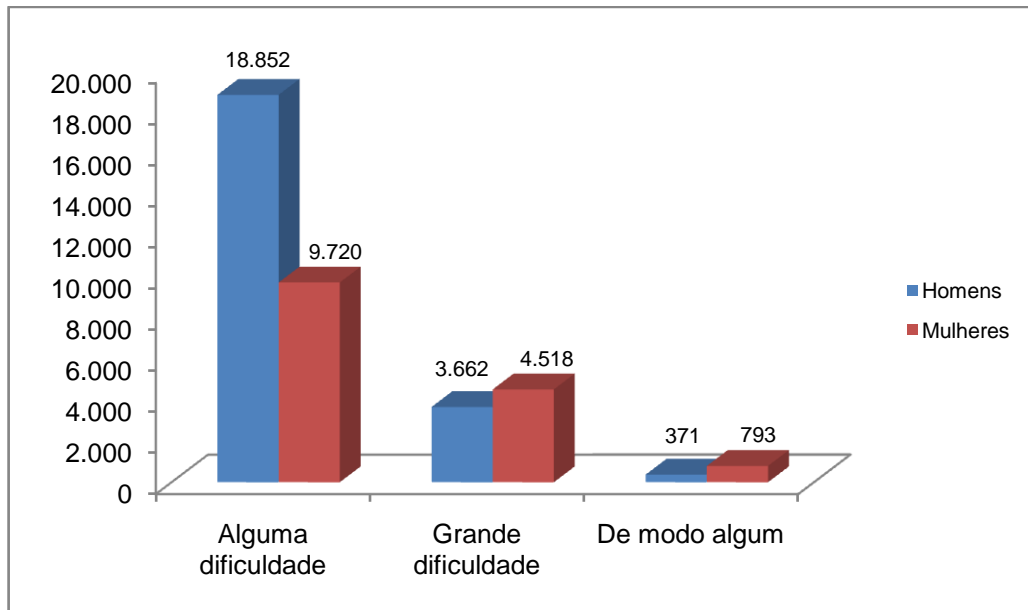
Fonte: Censo IBGE, 2010

Pessoas com deficiência visual

O Decreto Nº 3.298/99, no seu Art. 4º, Inciso III, regulamenta que a deficiência visual se dá quando a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. Segundo o censo 2010, foram detectados no município, os seguintes dados:

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 54 – Pessoas com deficiência visual, segundo o sexo, em Canoas, RS.

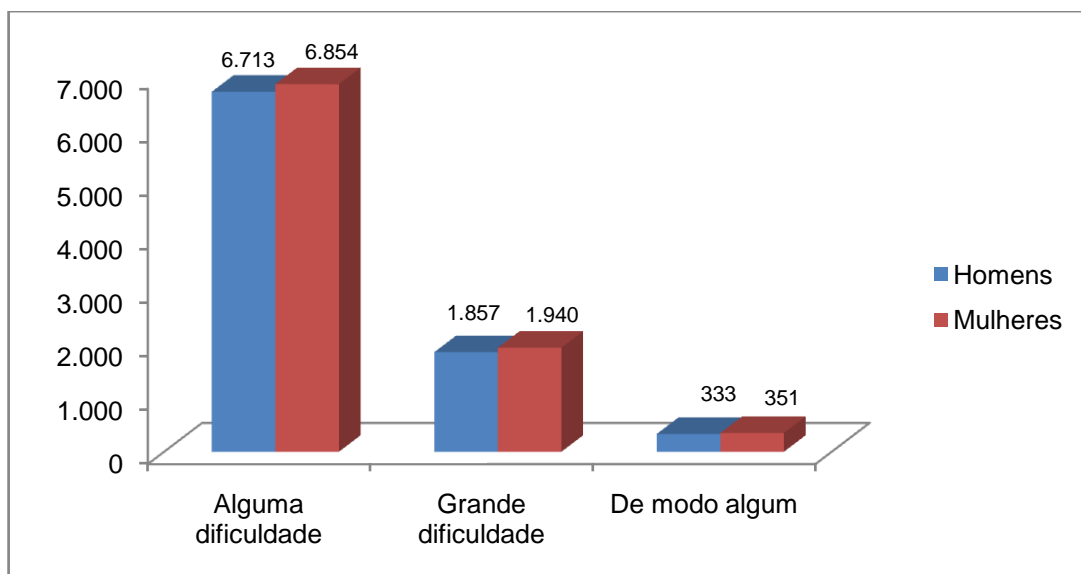


Fonte: Censo IBGE, 2010

Pessoas com deficiência auditiva

A deficiência auditiva, pelo mesmo Decreto, no Inciso II, é a perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.

Gráfico 55 – Pessoas com deficiência auditiva, segundo sexo, Canoas, RS.



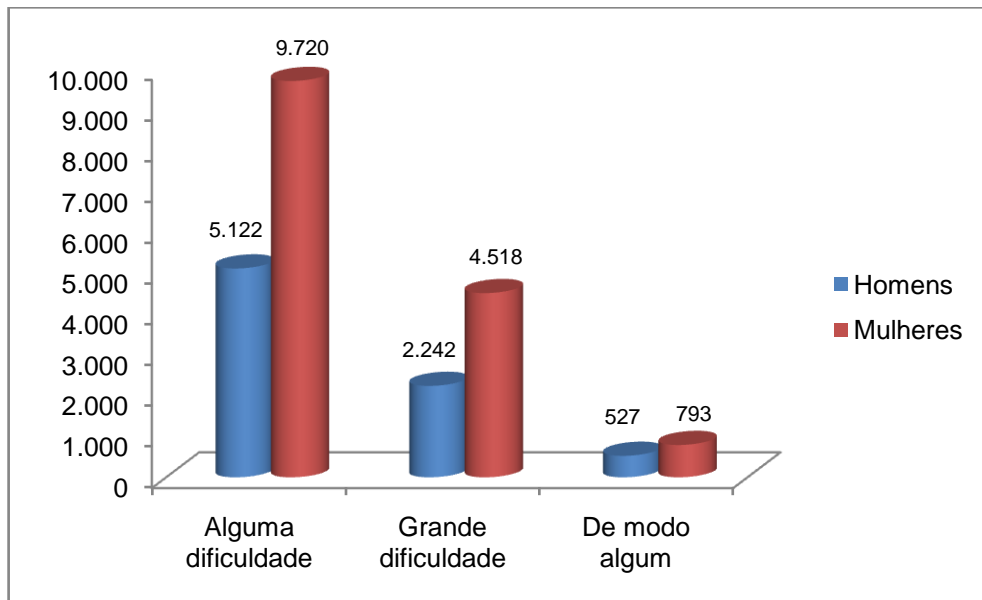
Fonte: Censo IBGE, 2010

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Pessoas com deficiência física

A deficiência física pelo inciso I é a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Gráfico 56 – Pessoas com deficiência física, segundo sexo, Canoas, RS.



Fonte: Censo IBGE, 2010

Pessoas disfágicas

Disfagia é uma alteração no ato de engolir alimentos de diferentes consistências e dependendo do grau até mesmo a saliva. É um sintoma de uma lesão neurológica, traqueostomia, tumor, cirurgia, envelhecimento natural, entre outros. Pode ocorrer em diferentes fases da vida, especialmente em idosos, podendo trazer sérias consequências à saúde, como desconforto para respirar e se

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

alimentar, infecções, pneumonia, desidratação, desnutrição e isolamento social nos momentos de refeição. Se não avaliada e tratada de forma adequada, pode levar os pacientes a óbito.

O paciente disfágico, através da reabilitação fonoaudiológica, necessita de uma conduta terapêutica específica e orientações que contemplem também a família, visando à busca de uma deglutição mais eficiente levando à melhora da qualidade de vida do paciente, além da prevenção de complicações, muitas vezes sendo desnecessário o uso de sondas nasogástricas. Importante salientar que em casos de pacientes com sondas a avaliação fonoaudiológica é importante durante todo o processo, definindo o momento da utilização bem como o acompanhamento para acelerar, se possível, a sua retirada, muito do ponto de vista nutricional do paciente debilitado. Quanto mais breve a intervenção, menores são os riscos e maiores são as chances de sucesso na reabilitação.

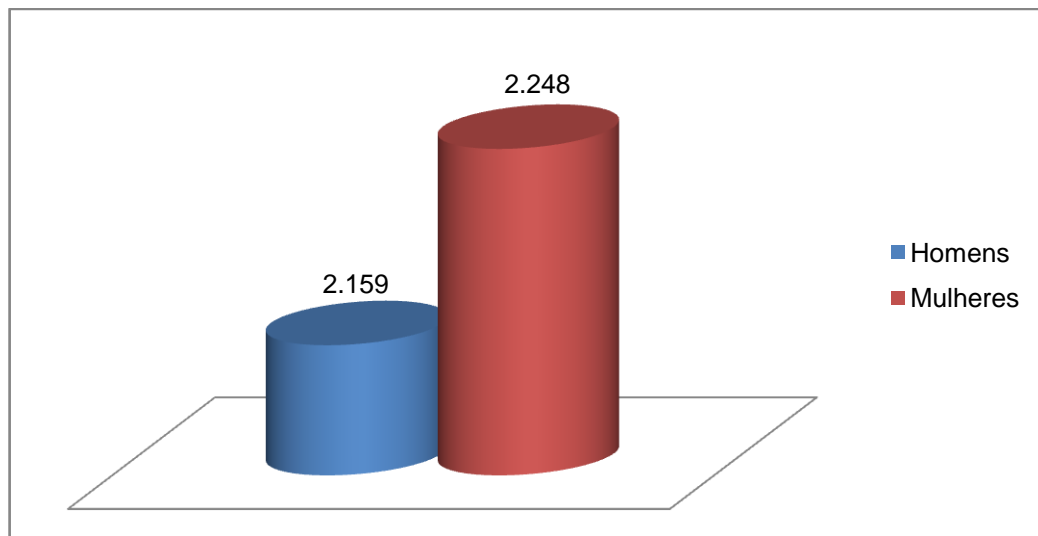
Necessário a contratação do profissional da fonoaudiologia na equipe multidisciplinar por ser este o indicado para ajudar no diagnóstico, na reabilitação, prevenindo as possíveis complicações já citadas. Atualmente não está disponível no município profissionais capacitados para realizar tais avaliações e intervenções, sendo de extrema importância frente às necessidades que este deficit apresenta.

Pessoas com deficiência mental/intelectual

O Inciso V do Art. 4º define como deficiência mental o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 57 – Pessoas com deficiência mental/intelectual, por sexo, Canoas, RS.



Fonte: Censo IBGE, 2010

Em relação à atenção à saúde de pessoas com deficiência, a rede básica identifica as necessidades e encaminha para avaliação de especialistas, que por sua vez encaminham para atendimento em serviços privados contratados. A maior parte dos procedimentos destinados à recuperação física de afecções neuromusculoesqueléticas no Município e no Estado são realizadas em clínicas ou serviços de Medicina Física ou Fisioterapia. Estes pacientes sejam pequenos ou grandes incapacitados, recebem atendimento de forma incompleta, uma vez que estes tratamentos parciais não representam a Reabilitação. Somente através de uma equipe interdisciplinar pode-se restabelecer no indivíduo sua plena saúde física e psicossocial.

Atualmente, não há no município uma rede de reabilitação integral. Por esta razão, será implementada uma política de reabilitação. Para tanto, esta rede de reabilitação integral necessita de estrutura de alta, média e baixa complexidade, com área física adequada, profissionais habilitados, suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e o envolvimento de todos os setores da sociedade que tenham ações que possam contribuir para o processo de reabilitação da pessoa portadora de deficiência. Contribuindo, assim, para a melhoria das suas condições de vida, sua integração social, e ampliação de suas potencialidades laborais e autonomia nas atividades da vida diária e habilitando para o exercício pleno da cidadania.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Segundo o Programa de Ação Mundial para Pessoas Com Deficiência, reabilitação é um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vistas a permitir que uma pessoa com deficiência alcance os níveis físico, mental e ou social funcional ótimo, proporcionando assim os meios de modificar a sua própria vida.

Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo, ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais.

O processo de reabilitação deve ter início, meio e fim, ou seja, uma vez atingido um nível satisfatório de independência (que é a capacidade de realização das atividades da vida diária, e de autonomia, que significa a liberdade ou capacidade de governar-se a si mesmo, no amplo senso de dominar ou administrar um conjunto de situações da vida cotidiana, nas quais o indivíduo evolui, associando a capacidade de execuções, resoluções, gestão, decisão e adaptações recíprocas ao meio em que vive), o indivíduo deve ter alta da reabilitação, mantendo o acompanhamento de seu estado de saúde pela rede de atenção básica.

Para que o processo de reabilitação seja bem sucedido, é fundamental o estabelecimento de uma rede de atenção em reabilitação que considere como prioritário o trabalho interdisciplinar, que pressupõe a associação entre as diversas disciplinas, provoca intercâmbios reais, socialização das informações entre os membros das equipes e implica em vontade e compromisso de elaborar um contexto mais geral no qual cada uma das disciplinas em inter-relação são, por sua vez, modificadas e passam a depender claramente uma das outras. Esta prerrogativa visa garantir uma atenção à saúde mais humanizada dos indivíduos portadores de deficiências e ou incapacidades. Essa complexa rede de cuidados deve estar articulada num plano municipal de atenção à saúde da pessoa com deficiência. (Metas 56, 57, 58, 59, 62, 68, 73, 78, 82, 90, 91, 92, 95 e 105)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

LGBT

Na População LGBT a transexualidade pode ser entendida como a dimensão identitária localizada no gênero e se caracteriza pelos conflitos potenciais com as normas de gênero, à medida que as pessoas que a vivem reivindicam o reconhecimento social e legal do gênero diferente informado pelo sexo, independentemente da realização da cirurgia de transgenitalização. O saber médico considera esta experiência como uma doença, utilizando-se de outros termos, como por exemplo: disforia de gênero, neurodiscordância de gênero, síndrome de transtorno de gênero e, o mais conhecido, transexualismo.

Em todos os termos, a transexualidade é colocada no rol de doenças mentais. Gênero e sexualidade, ainda que ambos constituam dimensões extremamente articuladas, parece necessário distingui-las aqui. Estudiosas e estudiosos feministas têm empregado o conceito de gênero para se referir ao caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo; assim sendo, as identidades de gênero remetem-nos às várias formas de viver a masculinidade ou a feminilidade.

Por outro lado, o conceito de sexualidade é utilizado, nesse contexto, para se referir às formas como os sujeitos vivem seus prazeres e desejos sexuais; nesse sentido, as identidades sexuais estariam relacionadas aos diversos arranjos e parcerias que os sujeitos inventam e põem em prática para realizar seus jogos sexuais.

O que é gênero? Como viver estas formas de representação do que é feminino e o que é masculino? Dentro deste contexto propõe-se uma discussão mais aprofundada no entendimento no recorte travesti e transexual. Para as travestis que se entendem como gênero feminino, mas que biologicamente nasceram com o sexo masculino, e pretendem mantê-lo, vivendo nesta fronteira, podemos pensar neste binarismo que norteia suas vidas. Como pertencentes a uma identidade própria e singular, elas sentem-se muito bem e tranquilamente se reconhecem como femininas. Vivem o feminino todo tempo o que demarca em suas atitudes, roupas e acessórios pertencentes ao gênero

Dentro dos serviços de saúde a população LGBT não tem acesso aos atendimentos de saúde com respeito; O nome social da população Trans não é

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

respeitado nos serviços de Saúde; Não existe médico especializado para atendimentos as especificidades como endocrinologistas para processos de hormonização; ginecologistas para lésbicas e transexuais e urologistas para travestis; Não há teleagendamento no SAE para os portadores de HIV e nem pronto atendimento para casos mais graves; identificamos fragilidade no atendimento psicológico do SAE. (Metas 62, 82 e 94)

Cabe à atenção básica assistir as populações vulneráveis, para isto há necessidade de se estruturar para executar ações específicas, consideramos as populações vulneráveis no município, os quilombolas, as populações privadas de liberdade, as frentes de trabalho que são variáveis e também as populações em vilas de passagem.

População ribeirinha

O município possui uma comunidade tradicional de pesca que reside nas margens do rio dos Sinos, na praia do Paquetá. São 59 famílias segundo o cadastro feito pela defesa civil. Nesse local existe a possibilidade de alagamentos por cheias do rio e conseqüente exposição ao risco de doenças de transmissão pelo contato com águas contaminadas. (Metas 8, 13, 18 e 62)

Pessoas em situação de fragilidade social

Moradores de rua

São pessoas que fazem das ruas seu local de moradia permanente, em razão de fragilidade ou ausência de vínculos familiares, sofrimento psíquico, dependência química e alcoolismo, desemprego, rompimento do vínculo familiar e migração.

A violência doméstica é uma das maiores causas de mulheres em situação de rua; além destas situações, existem pessoas em situação eventual de rua por violência doméstica (mulheres com crianças).

Cresce o número daqueles que estão em situação de rua por terem perdido suas casas e vínculos nos bairros de origem em função da violência urbana e da

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

drogadição, principalmente em relação uso do crack, pois as organizações ligadas ao tráfico de drogas exercem controle sobre determinados agrupamentos urbanos.

No município foram identificados até o momento 161 homens e 28 mulheres (Fonte: SMDS, Canoas, 2013). (Metas 77 e 78)

Pessoas ou proteção social do município

A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, atende prioritariamente o público em vulnerabilidade e ou em risco social.

Proteção Social Básica

O atendimento aos serviços programas e projetos de proteção social básica tem como porta de entrada os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS Os Serviços desenvolvidos pela Proteção Social Básica são:

Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF programa realizado pela equipe do CRAS o PAIF é essencial para a proteção de assistência social, vez que assegura espaços de convívio, informa e garante acesso aos direitos socioassistenciais, contribui para a gestão intersetorial local, para o desenvolvimento da autonomia, o empoderamento das famílias e a ampliação de sua capacidade protetiva.

Tabela 40 - Pessoas atendidas em serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para a faixa etária 0 a 17 anos incompletos, Canoas, RS.

Número de atendimentos por mês	
CRAS	290
Entidades conveniadas	300

Fonte: SMDS, Canoas, 2013

Tabela 41 - Pessoas atendidas em serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para pessoas de 60 anos e mais, Canoas, RS.

Número de atendimentos por mês	
CRAS	260
Entidades conveniadas	130

Fonte: SMDS, Canoas, 2013

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 42 - Pessoas atendidas em serviços de proteção social no domicílio para pessoas com deficiências e com 60 anos e mais, Canoas, RS.

Equipamento Social	Número de atendimentos por mês
CRAS	45
Entidades conveniadas	295

Fonte: SMDS, Canoas, 2013

Tabela 43 - Pessoas atendidas por serviços de proteção social básica por visitas domiciliares, Canoas, RS.

Equipamento Social	Número de VD por mês
CRAS	138

Fonte: SMDS, Canoas, 2013

Tabela 44 - Pessoas atendidas por serviços de proteção social básica no Centro de Convivência do Idoso (CCI), Canoas, RS.

Número de idosos incluídos em grupos de 3ª idade	360
Número de oficinas por mês	16

Fonte: SMDS, Canoas, 2013

Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade

Rede de atenção social de média complexidade

- Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI
- Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);
- Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos e suas Famílias;
- Serviço de Abordagem Social para Criança e Adolescente;
- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil;
- Centro de Atendimento Dia para População Adulta em Situação de Rua.

O atendimento aos serviços programas e projetos de proteção social especial tem como porta de entrada: o Centros de Referência de Assistência Social

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

– CREAS, Centro de Referência para Mulheres Vítimas de Violência, Casa Abrigo para Mulheres Vítimas de Violência, Casas de Acolhida para crianças e adolescentes, Casas Lares para criança e adolescente, Centro de Referência Dia para adultos em situação de rua, Albergue Municipal para pessoas em situação de Rua, Instituições de longa permanência para idosos, ILPI, Residências Inclusivas para pessoas adultas com deficiência, faixa etária 18 a 59 anos.

Tabela 45 - Pessoas atendidas por serviços de proteção social especial de média complexidades oferecida pelo CREAS, Canoas, RS.

Tipo de atendimento	Grupos atendidos	Atendimentos por mês
CREAS	Idosos e PCD	120
Entidades conveniadas	Pessoas em geral	535
Programa PETI (trabalho infantil)	Crianças e adolescents	88
Medidas sócio educativas	Adolescents	104
VD realizadas pelo CREAS	Idosos, mulheres e adolescentes	93
Abordagem social	Crianças	5
Oficinas	Adolescentes, crianças, mulheres e idosos	61

Fonte: SMDS, Canoas, 2013

Proteção Social Especial de Alta Complexidade

Tabela 46 - Pessoas atendidas por serviços de acolhimento institucional na modalidade casa de passagem para adultos, Canoas, RS.

Tipo de atendimento	Grupos atendidos	Nº de atendimentos por mês
Acolhimento	adultos	1.038
Abordagem noturna	Adultos	200
Centro pop / dia	Adultos	86

Fonte: SMDS, Canoas, 2013

Tabela 47 - Pessoas atendidas por serviços de acolhimento institucional na modalidade abrigo institucional para crianças, Canoas, RS.

Equipamento social	Nº de atendimentos por mês
Renascer	51
Raio de Sol	38

Fonte: SMDS, Canoas, 2013

Tabela 48 - Serviços de acolhimento em república e em família acolhedora para crianças, Canoas, RS.

Equipamento social	Nº de atendimentos por mês
SOS casa de acolhida	7
Casa lar	5

Fonte: SMDS, Canoas, 2013

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 49 - Pessoas atendidas pela casa abrigo e centro de referência para mulheres vítimas de violência, Canoas, RS.

Equipamento social	Nº de novos atendimentos por mês em média
Casa Azul	5 a 10
CRMVV	50

Fonte: SMDS, Canoas, 2013

Tabela 50 - Pessoas atendidas pelo serviço de acolhimento institucional para idosos – ILPI, Canoas, RS.

Equipamento social	Nº de atendimentos por mês
Entidade conveniada	58

Fonte: SMDS, Canoas, 2013.

Além da assistência, a SMDS tem iniciativas para promover o empoderamento e inclusão social produtiva através de Pontos Populares de Trabalho, hoje atendendo 50 mulheres envolvidas na produção de pães e em atividades de costura e através das Frentes Emergenciais de Trabalho onde 250 mulheres recebem qualificação profissional.

No diz respeito às necessidades em saúde dessas populações, verifica-se com mais frequência as seguintes situações: problemas relacionadas à saúde mental, uso de medicação e terapias continuadas bem como internações. Para as crianças e adolescentes atendidos nos equipamentos sociais é frequente a necessidade de tratamento na área de fonoaudiologia e psicoterapia (estimulação) além de medicação, inclusive os manipulados. (Metas 60, 62, 77, 78 e 82)

População privada de liberdade

Outro grupo especialmente vulnerável é a população prisional, sobretudo a algumas doenças. A transmissibilidade, por exemplo, da tuberculose é um sério problema de saúde pública, uma pessoa doente contamina ao ano em torno de 15 pessoas, que terão a chance de adoecer aproximadamente em um ano. Se houver pessoas vivendo com HIV essa chance aumenta significativamente.

Enquanto, uma pessoa HIV negativa infectada pelo bacilo da tuberculose tem chance de adoecer 10 a 15% em toda a sua vida, o portador do HIV tem este risco ao ano. Para que haja o controle deste agravo é necessário à cura de 85% dos doentes e a taxa de abandono do tratamento não pode ultrapassar 5%.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

O Sistema Prisional tem papel prioritário em decorrência de suas peculiaridades não só no âmbito de sua organização, mas também pela necessidade de intervenção necessariamente conjunta entre os gerentes de saúde e do próprio sistema prisional.

O confinamento peculiar ao sistema prisional é um potencial amplificador de casos de tuberculose no conjunto de um município. A impossibilidade de monitoramento do tratamento tem propiciado o surgimento de Tb-MDR. Ainda que a população carcerária seja fechada seu contato com visitantes e profissionais de saúde e segurança poderá desencadear uma epidemia com bacilos multirresistentes. Uma epidemia com essa característica é potencialmente de alto risco em virtude do potencial impacto sobre a saúde individual e coletiva, gerando ainda vultosos custos para assistência em saúde. Esse grupo está especialmente vulnerável às doenças infectocontagiosas e a violências e à dificuldade de acesso à atenção a saúde na rede do SUS disponível na cidade, pela condição de presas.

O município conta atualmente com um presídio semiaberto com 136 homens, predominantemente canoenses, atendidos pela UBS Santa Isabel, por pertencer a este território. Entretanto tem a perspectiva de receber mais presídios e para tanto deve preparar uma intervenção específica para proteger essa população especialmente vulnerável juntamente com o Estado e a União. Aproximadamente 60 homens presidiários do regime semiaberto, prestam serviço à Prefeitura de Canoas, mediante parceria com o presídio. (Metas 62, 72, 78 e 82)

ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Vigilância em Saúde

A Portaria Nº 1.378, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para 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, define 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.

Prevê ainda que as ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população.

As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;
- a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;
- a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- a vigilância da saúde do trabalhador;
- vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde;
- outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.

O Regulamento Sobre a Proteção e Recuperação da Saúde Pública do Governo do Estado do Rio Grande do Sul apresenta as legislações (Lei nº 6.503 de 22 de dezembro de 1972 e o Decreto nº 23.430) descreve a vigilância sanitária como uma das áreas técnicas da vigilância em saúde, sendo o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Atualmente um novo olhar sobre as ações de vigilância sanitária em serviços de saúde, evidencia o seu caráter social através de um modelo de regulação sanitária, orientado pela identificação e avaliação dos riscos e da busca de mecanismos que garantam a segurança sanitária e a proteção da saúde, qualificando a ação fiscalizadora.

Segundo Luchese (2001), risco sanitário é a expressão da probabilidade de ocorrência de um agravo ou dano, em uma dada população, em um certo território e em tempo determinado. para a vigilância sanitária, cujo principal objetivo é garantir a segurança sanitária de produtos e serviços oferecidos à população, o gerenciamento de risco é o foco principal de suas ações.

É neste contexto, a proposta de qualificar a inspeção sanitária através da capacitação fiscal, da identificação dos riscos e situações de risco sanitário, da elaboração de relatórios e planilhas mais completas que retratem o real perfil de risco dos produtos e serviços sujeitos ao controle sanitário.

O objetivo é o planejamento e a execução de ações sanitárias, educativas e sociais com foco nas necessidades prioritárias da população, voltadas à melhoria de condições de vida e saúde.

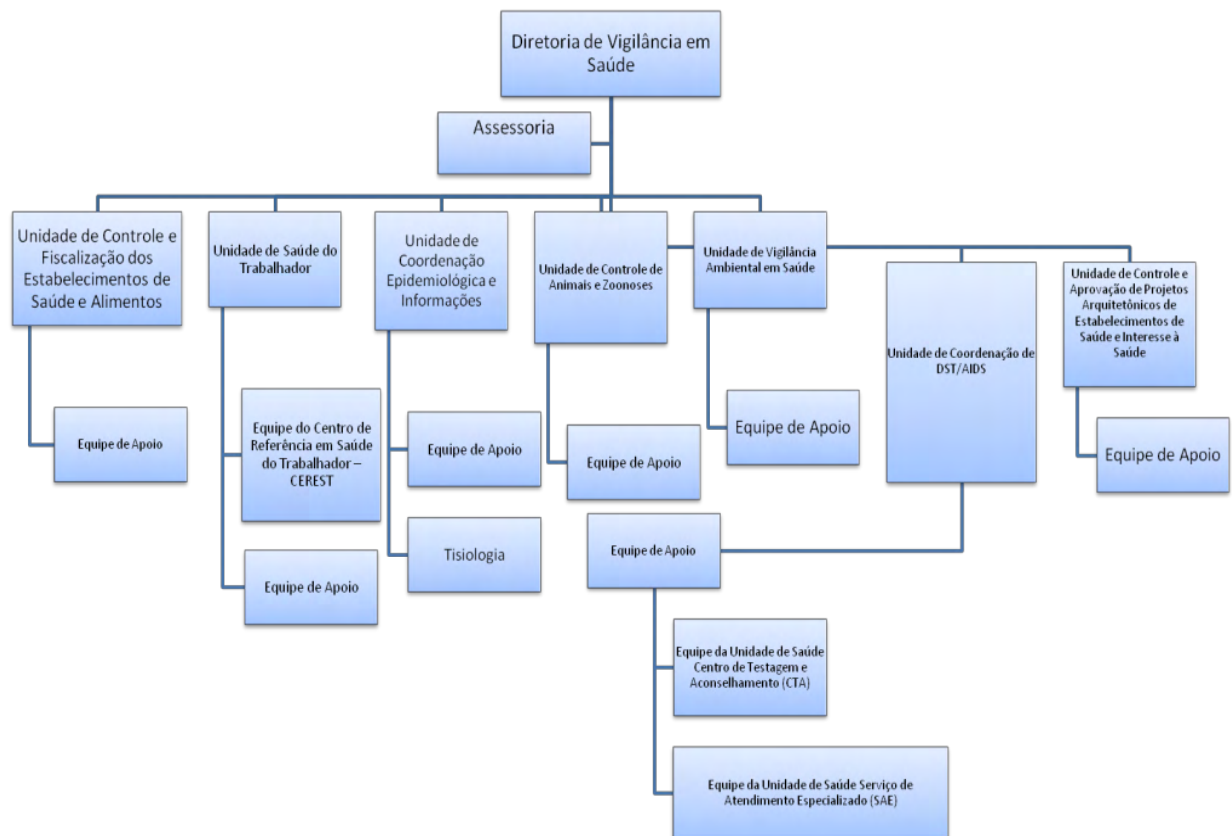
A classificação dos estabelecimentos de baixa complexidade, está definida conforme a Comissão Intergestores Bipartite/RS – CIB resolução nº 030/04;

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Na resolução da Comissão Intergestores Bipartite/RS – CIB nº 130/00, estão definidos os recursos humanos necessários para desenvolver as ações da Vigilância Sanitária;

Visando atender ao previsto na legislação, o município está organizado dentro da Diretoria de Vigilância em Saúde, com as seguintes unidades: (Meta 116)

Fig. 4 – Organograma da Diretoria de Vigilância em Saúde, SMS, Canoas, RS.



Fonte: DTA, SMS, Canoas, 2013.

Unidade de coordenação epidemiológica e informações (UCEI)

Faz vigilância das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e controle e de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de fornecer dados epidemiológicos

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

atualizados, recomendar condutas através de recomendações técnicas e, em alguns casos, desencadeia as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Encarrega-se da alimentação dos seguintes sistemas de informações:

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), regulamentado pela Portaria Nº 20, de 3 de outubro de 2003.

Principais conceitos:

Óbito Fetal: é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer, considerar aqueles com idade gestacional de 22 semanas (154 dias) de gestação ou mais. Quando não se dispuser de informações sobre o peso ao nascer e idade gestacional, considerar aqueles com comprimento corpóreo de 25 centímetros cabeça-calcanhar ou mais.

Óbito Infantil: é aquele ocorrido em crianças nascidas vivas desde o momento do nascimento até um ano de idade incompleto, ou seja, 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias.

Óbito Materno: é a morte de uma mulher ocorrida durante a gestação ou até 42 dias após seu término, devida a quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização, excluídas as acidentais ou incidentais.

Óbito de Mulher em Idade Fértil: é aquele ocorrido em mulheres de 10 a 49 anos de idade.

Óbito por causa mal definida: é o óbito ocorrido com causa básica mal definida. Ex.: Hipotensão, Insuficiência respiratória, etc.

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC – regulamentado pela Portaria Nº 20, de 3 de outubro de 2003.

Principais Conceitos:

Mães Adolescentes: mulheres gestantes até 19 anos.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Peso ao Nascer: é um indicativo do desenvolvimento fetal. (O peso ideal é: > 2 quilos e < 4 quilos).

Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN – Regulamentado pela Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011.

Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DCNT – Plano de ações estratégicas para enfrentamento das DCNT no Brasil 2011 a 2022.

Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI

O programa tem por objetivo oferecer imunobiológicos em todas as unidades públicas de saúde, de acordo com seu nível de complexidade, propiciando vacinar na rotina e em campanhas o maior número de pessoas em conformidade com o Manual de Vacinação do Ministério da Saúde/Programa Nacional de Imunização. O sistema de informação é um banco de dados digitado semanalmente que contabiliza o percentual da população vacinada por imunobiológico e por faixa etária em cada município. As notificações são feitas por instituições públicas e privadas (UBS, hospitais, UPAS, instituições de ensino, consultórios privados, imprensa, população em geral).

Dentro da UCEI, encontra-se o serviço de imunizações que tem a função de adquirir, conservar e distribuir os imunobiológicos que integram os calendários de vacinação do PNI nas 30 salas de vacina do município (unidades básicas e hospitais). Deve informar a cobertura vacinal do território de cada unidade e de cada quadrante para orientar os gestores quanto às estratégias que devem ser tomadas.

O Programa de Controle da Tuberculose/Hanseníase, como parte da mesma equipe, tem por objetivo identificar, avaliar e monitorar os indicadores no município, subsidiando o planejamento das ações. Realiza as pactuações entre os entes federados e internamente no município. Também tem como tarefa a produção de informação da situação dos casos de TB por unidade/quadrantes, quadrimestralmente. Cabe a rede de serviços públicos, conveniados e privados de saúde do município diagnosticar precocemente para tanto deve ser escrita e divulgada a linha do cuidado da TB e a responsabilidade de cada serviço.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Unidade de Controle e Fiscalização de Estabelecimentos de Saúde e Alimentos (UCEFESA).

Responsável pela vigilância sanitária dos estabelecimentos que comercializam e manipulam alimentos, serviços e produtos de interesse à saúde, emite orientações ou punições previstas na Legislação (desde a simples notificação com prazo para regularização até autos de infração ou interdição). São estabelecimentos sujeitos à legislação e, conseqüentemente, à fiscalização sanitária.

Na ocorrência de um surto de doença transmitida por alimentos (DTA), a Vigilância Sanitária rastreará a cadeia de produção, identificando pontos críticos e erros no processo de produção dos alimentos ou da água. Outros órgãos poderão ser envolvidos nessa investigação, dependendo da causa (Agricultura, Saneamento, Meio Ambiente, etc.), especialmente no que tange às ações de controle e prevenção.

Os seguintes passos para investigação do surto são realizados atualmente pela equipe em integração com a epidemiologia: Notifica o surto, investiga em conjunto com a epidemiologia e estabelece estratégias as medidas de controle, fiscaliza o local, coleta amostras para análise laboratorial. Participar ainda, das discussões com técnicos do Estado no fechamento do surto. Essa ação deveria ser realizada plenamente no município, entretanto, inexistente profissional legalmente habilitado compondo a equipe.

A equipe também participa e apoia das ações de educação permanente para os profissionais de saúde e no desenvolvimento de pesquisas técnico-científicas específicas.

O curso de boas práticas em manipulação de alimentos, exigido para pleitear o alvará sanitário, é oferecido por instituições particulares da cidade. Também é de responsabilidade dessa equipe a vigilância de produtos e serviços sujeitos a controle sanitário existentes no município, como medicamentos, domissanitários e hemoderivados, entre outros.

O serviço é acionado nas seguintes situações: a pedido do interessado em obtenção e renovação de alvará sanitário, atendimento às denúncias, vigilância

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

conforme legislações específicas ou por necessidade estabelecida por dados epidemiológicos.

Unidade de Saúde do Trabalhador (UST)

A Unidade recebe o formulário de notificação RINA - Relatório Individual de Notificação de Agravos, procedentes das Unidades Básicas de Saúde, Hospitais públicos e privados consolidando e enviando ao MS conforme legislação, que são de natureza epidemiológica. Portanto, esta ação deve estar na vigilância epidemiológica.

Para atender integralmente o preconizado pela Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), faz-se necessário criar serviço de atenção à saúde do trabalhador, e de vigilância aos ambientes de trabalho.

Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST)

O processo sociopolítico e técnico de desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na rede pública de serviços de saúde no Brasil foi institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990. As ações de Saúde do Trabalhador são fundamentadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e consideram as relações produção-consumo, ambiente e saúde como determinantes do processo saúde/doença, para a organização do cuidado da saúde dos trabalhadores.

A atenção integral à saúde dos trabalhadores abrange as ações de promoção e proteção da saúde, de vigilância e de assistência incluindo a reabilitação. Nos últimos vinte anos, as ações de Saúde do Trabalhador no SUS têm sido desenvolvidas em distintas estratégias e formas de organização institucional nos três níveis de gestão do SUS. A criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002 representou um marco importante nesse processo. Ela está estruturada a partir de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de abrangência estadual, regional ou municipal

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

responsáveis pelo desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, de assistência, incluindo diagnóstico, tratamento e reabilitação física, de vigilância dos ambientes de trabalho, de formação de recursos humanos e de orientação aos trabalhadores, em articulação com toda a rede de atenção.

No Município a atenção em saúde do trabalhador compreende os serviços do SUS (CEREST e UST) e a Unidade de Saúde Ocupacional e Assistência ao Servidor.

O CEREST Canoas/Vale dos Sinos (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), de abrangência regional, integra a RENAST (Rede Nacional de Atenção em Saúde do Trabalhador) do SUS tendo como eixos norteadores as políticas nacional e estadual vinculadas às respectivas vigilâncias (Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde). O CEREST possui como diretrizes estruturantes da atenção à saúde do trabalhador as seguintes linhas: promoção e educação em saúde, vigilância dos ambientes de trabalho, notificação de agravos e doenças, comunicação e assistência, esta última na estratégia de matriciamento. Faz parte do organograma da Diretoria de Vigilância em Saúde, na UST.

Este desenho organizacional foi feito para dar celeridade à criação formal entretanto, tem demonstrado não ser adequado visto que se trata de um serviço de maior abrangência dentro de um com âmbito restrito. Diante dessa situação e no intuito melhorar o funcionamento propõe-se a adequação do organograma da Secretaria Municipal da Saúde, de forma a atender os princípios legais. (Meta 117)

Vigilância Ambiental em Saúde

A Vigilância Ambiental em Saúde tem como objetivo identificar os principais riscos prováveis ou existentes, bem como divulgar as informações referentes aos fatores ambientais que condicionam e determinam o surgimento de doenças e ou agravos à saúde, assim como, intervir com ações diretas de responsabilidade, com vistas a eliminar os principais fatores ambientais de risco à saúde humana.

Vigilância Ambiental está dividida em dois setores: Unidade de Vigilância Ambiental em Saúde (UVAS) e Unidade de Controle de Animais e Zoonoses (UCAZ)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Unidade de Vigilância Ambiental em Saúde (UVAS)

A UVAS é responsável por desenvolver atividade de vigilância dos vetores e hospedeiros das seguintes doenças: dengue, doença de Chagas, febre amarela, febre do Nilo, leishmaniose, filariose e oncocercose.

As atividades desenvolvidas no Programa Municipal de Prevenção à Dengue e Febre Amarela que visa o controle do vetor *Aedes aegypti* são as seguintes:

LIRA – Levantamento de Índice Rápido: método de amostragem de curta duração, que fornece um cenário atualizado dos índices de infestação, onde são realizadas visitas domiciliares, num percentual de 1% total do município dividido em 7 estratos. É vistoriado 25% de cada quarteirão sorteado, realizados por ciclos anuais, conforme pactuação com o Estado.

LI+T – Levantamento de Índice + Tratamento: pesquisa larvária que serve para conhecer a infestação do município. Realiza-se o LI+T bimestralmente totalizando 4 ciclos de inspeções por ano em, em 100% dos imóveis, bem como a eliminação e tratamento de criadouros.

PVE – Pesquisa Vetorial Especial: é a procura eventual do *Aedes aegypti* com vistorias em um raio de 300m a partir da residência ou local de trabalho do paciente suspeito de dengue, onde são eliminado os criadouros, assim evitando a transmissão da doença. (Meta 7)

Atualmente a equipe de agentes de combate a endemias é responsável pelo controle do vetor da dengue e roedores (o trabalho relativo aos roedores é feito de forma integrada com a Unidade de Controle de Animais e Zoonoses (UCAZ)).

Considerando a imensa problemática de infestação roedores no município que é motivo de inúmeras reclamações e solicitações aos serviços da UVAS e que são provenientes de toda a cidade, associado às notificações de casos de leptospirose animal e humana foi criado um projeto piloto de Controle de Leptospirose e Roedores em 2012.

O projeto inclui um fluxo de notificações da doença com a epidemiologia, priorizando as ações nas áreas onde há a notificação de um caso de leptospirose humana, assim como a animal, realizando um bloqueio focal de 150 m de raio e monitoramento da área. Além disso, o projeto realiza monitoramento e controle da população de roedores em áreas de grande circulação de pessoas, como o Centro

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

da cidade e em situações de alta infestação do reservatório que coloque em risco as pessoas, priorizando as que vivem em situação de vulnerabilidade social. (Meta 8)

Compõe também três programas de vigilância ambiental de fator de risco não biológico, preconizado pelo Ministério da Saúde, a saber: Vigiágua, Vigisolo e Vigiar. (Meta 13)

O trabalho pode ocorrer de forma rotineira, por denúncia ou notificação de casos suspeitos feita pela vigilância epidemiológica.

Existe uma recomendação do Ministério da Saúde de 01 agente de combate de endemia para cada 1.000 imóveis, que ainda não foi alcançada pelo município. O acesso espontâneo pode ser feito através do 08005101234 e CAC (MVP).

Unidade de Controle e Animais e Zoonoses (UCAZ)

A Unidade de Controle de Animais e Zoonoses, a partir da criação da Coordenadoria do Bem Estar Animal, passou a desenvolver ações que visam prevenir as antropozoonoses, que são doenças primárias nos animais e podem ser transmitidas aos seres humanos, como as transmitidas pelos pombos, ratos, carrapatos, morcegos, entre outros. Em caso de cães mordedores que vão a óbito no período de observação da raiva, compete a esta equipe coletar o crânio para análise laboratorial.

Cabe também a esta equipe a vigilância das clínicas veterinárias com a emissão do alvará sanitário.

As lojas de conveniências para animais (pet shop) e agropecuárias terão emissão cartorial do alvará sanitário.

A atual equipe encontra-se sem o profissional médico veterinário que é necessário. (Meta 116)

O acesso da população a essa equipe é pelo 08005101234 e CAC.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Unidade de Controle de Aprovação de Projetos Arquitetônicos de Estabelecimentos de Saúde e Interesse À Saúde (UCAPAESI)

Responsável pela identificação das soluções técnicas de arquitetura e de engenharia adotadas no projeto físico dos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário que, caso venha a ocorrer, podem comprometer ou impedir a adequada realização das atividades do estabelecimento. Será emitido documento pela Vigilância Sanitária local, informando se o projeto físico avaliado está ou não em conformidade com os critérios e normas estabelecidas para cada tipo de estabelecimento de saúde e de interesse à saúde.

Coordenação de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais

A AIDS é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em função do seu caráter pandêmico e sua gravidade. No município, a AIDS é a primeira causa de óbito por doenças infecciosas. As hepatites virais são a terceira causa de óbito, sendo o tipo C a de maior incidência.

Canoas convive com a BR-116, uma das rodovias mais movimentadas do país possuindo ao longo uma grande quantidade de bares e boates. Além disso, é cenário de grandes empreendimentos imobiliários, possui uma grande movimentação de cargas, trazendo considerado número de migrantes e populações de passagem.

O município está organizado com uma Coordenação DST/HIV/AIDS com equipe multidisciplinar, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento CTA, e 01 Serviço de Assistência Especializado - SAE.

O Centro de Testagem e Aconselhamento, recebe pacientes por demanda espontânea ou referenciados para diagnóstico através de testes rápidos de HIV, sífilis e triagem para Hepatite C.

O serviço de Assistência Especializada, atende pacientes portadores de HIV e outras DST, por agendamento espontâneo ou referenciado por outros serviços.

Atualmente a Coordenação planeja e realiza ações de prevenção da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas e proteção dos

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

direitos fundamentais das pessoas com HIV e AIDS, assim como coordena diretamente o CTA e o SAE, embora sejam serviços de assistência à saúde e responde pela educação permanente da atenção básica no processo de implantação da descentralização da testagem rápida, inclusive matriciando a rede.

A decisão anteriormente tomada de agrupar toda a iniciativa de prevenção e tratamento de DST/HIV/AIDS, hepatites virais e sífilis congênita, junto à estrutura da Diretoria de Vigilância em Saúde, foi tomada na ocasião, visando garantir a viabilidade do programa concentrando recursos humanos, os conhecimentos para a seguir difundir o saber.

Observa-se que, com a ampliação das necessidades e em atenção às diretrizes da política nacional e estadual, que apontam para a necessidade de ampliar e descentralizar o acesso, faz-se necessário repensar o papel de cada um dos componentes da rede de saúde. As referidas diretrizes reforçam o papel estratégico da Coordenação Municipal remetendo a assistência para a atenção básica e especializada, conforme já pactuado junto às Coordenações Estadual e Nacional.

Nesse novo cenário fortalece-se o papel estratégico no delineamento e monitoramento da Política de prevenção e controle da epidemia no município, bem como de disseminar os conhecimentos fortalecendo as ações de descentralização do atendimento da coordenação municipal dentro da estrutura da Diretoria de Vigilância em Saúde, repassando a responsabilidade da assistência em saúde a Diretoria de Políticas e Atenção a Saúde, inclusive o SAE e CTA, preservando e aprofundando as ações integradas das Diretorias. (Metas 116 e 117)

Em relação às Hepatites Virais, em especial a Hepatite C, temos que considerar:

- Porto Alegre deixou de atender os pacientes de Canoas no final de 2012;
- O PCR qualitativo e quantitativo não é realizado no município, somente coletas;
- Não existe gastro e ou hepato para atender os pacientes do SUS;
- Canoas tem 694 pacientes encaminhados para tratamento com Interferon, até o mês de julho/2013;
- Em julho de 2013 existiam 205 pacientes aguardando o tratamento;

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Em julho de 2013 havia 40 pacientes aguardando biópsias (está sendo negociada a realização juntamente com o Hospital Nossa Senhora das Graças). (Metas 40, 41, 42 e 43)

Surge neste contexto a necessidade da Implantação da linha do cuidado do paciente portador de hepatite C, que abrange desde o diagnóstico precoce até o tratamento.

Caberá a Comissão de DST/HIV/AIDS e hepatites virais do Conselho Municipal de Saúde, a fiscalização da implementação dessa política no município.

Processos administrativos, notificações e reclamações

A vigilância em saúde atende a Notificações, Denúncias e Reclamações no seu âmbito de competência.

O procedimento é o que segue:

- Recebimento de denúncias e reclamações: para correta alimentação deste procedimento, deve-se registrar o número de denúncias e ou reclamações apresentadas no mês.
- Atendimento às denúncias e ou reclamações: realizar a investigação das denúncias e ou reclamações apresentadas ao serviço local de Vigilância Sanitária relativas a desvio de qualidade de produtos e ou serviços no mês.
- Este procedimento deverá ser comprovado através do relatório do fiscal sanitário responsável pela investigação. Para o registro de eventos adversos e ou queixas técnicas, seguir as recomendações dos manuais de técnico vigilância e hemovigilância disponíveis no site da ANVISA, utilizando o NOTIVISA como sistema oficial para o acompanhamento de eventos adversos e ou queixas técnicas. Para o registro de denúncias e reclamações relativas a desvio de qualidade e produtos e ou serviços deverão ser utilizados os formulários de denúncia.
- Atualmente dentro do processo administrativo sanitário (PAS) que é preconizado pela Lei federal 6437/77, o município tem dificuldades de operacionalizar os PAS, pois, segundo a legislação faz-se necessário seguir

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

um rito processual, no qual inclui uma hierarquização do julgamento, garantindo ao infrator seu amplo direito de defesa.

- Na estrutura organizacional da Diretoria de Vigilância em Saúde está ocorrendo este rito de forma precária, pois não há uma comissão instituída para realizar as análises e julgamentos conforme prevê a legislação vigente, prejudicando com isso a imposição de penalidades previstas ao infrator. (Metas 4, 5 e 6)

Atenção Básica

Quando se fala em Atenção Básica em Saúde todos se lembram de prevenção e, de fato, a prevenção deve ser o foco dos serviços de atenção básica. Prevenção em todos os seus níveis. Poucos lembram o quão abrangente pode ser a prevenção em saúde em todos os seus quatro níveis, ou seja, prevenção primária, secundária, terciária e mais recentemente quaternária.

A prevenção primária é uma ação realizada para evitar ou remover a causa de um problema de saúde num indivíduo ou população antes que ele se manifeste. Inclui promoção de saúde e proteção específica (ex. Imunização).

A prevenção secundária é uma ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial num indivíduo ou população, dessa forma facilitando a cura, ou reduzindo ou prevenindo que se espalhe ou cause efeitos de longo prazo (ex. métodos, triagem, busca de casos e diagnóstico precoce).

A prevenção terciária é uma ação realizada para reduzir os efeitos crônicos de um problema de saúde num indivíduo ou população ao minimizar o prejuízo funcional em consequência de problema de saúde agudo ou crônico (ex. prevenção de complicações por diabetes). Inclui reabilitação.

E finalmente, a prevenção quaternária é uma ação tomada para identificar um paciente sob risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de novas invasões médicas, e para sugerir intervenções eticamente aceitáveis. Sabemos que a atenção básica (APS) tem ampliado seu escopo de atuação bem como a

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

coordenação do cuidado em saúde aos cidadãos. Tal ampliação é esperada e desejável na construção de uma APS que seja ordenadora das redes de atenção à saúde. Neste sentido vemos uma crescente demanda dos profissionais das unidades básicas para acesso a serviços e exames especializados que, se não forem criteriosamente utilizados, expõem os usuários a riscos desnecessários e oneram o sistema de saúde sem aumentar sua resolutividade. Assim introduzimos o conceito da prevenção quaternária neste Plano Municipal de Saúde como uma ferramenta não de controle da atividade dos profissionais, mas, acima de tudo, de proteção ao cidadão.

Segundo Marc Jamoule *a prevenção quaternária é um termo novo para um conceito antigo: antes de mais nada, não prejudicar. Os limites obviamente não são novos, mas o conceito de prevenção quaternária estabelece um teto para um conjunto de disciplinas e atitudes tais como medicina baseada em evidências, garantia de qualidade, medicina defensiva, propostas nosográficas abusivas e questões éticas relacionadas ao paciente de difícil ajuda.*

Por este mesmo autor, a prevenção quaternária é uma ação realizada para identificar um paciente ou população sob risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de intervenções médicas invasivas e oferecer a ele procedimentos de tratamento científica e medicamente aceitáveis.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

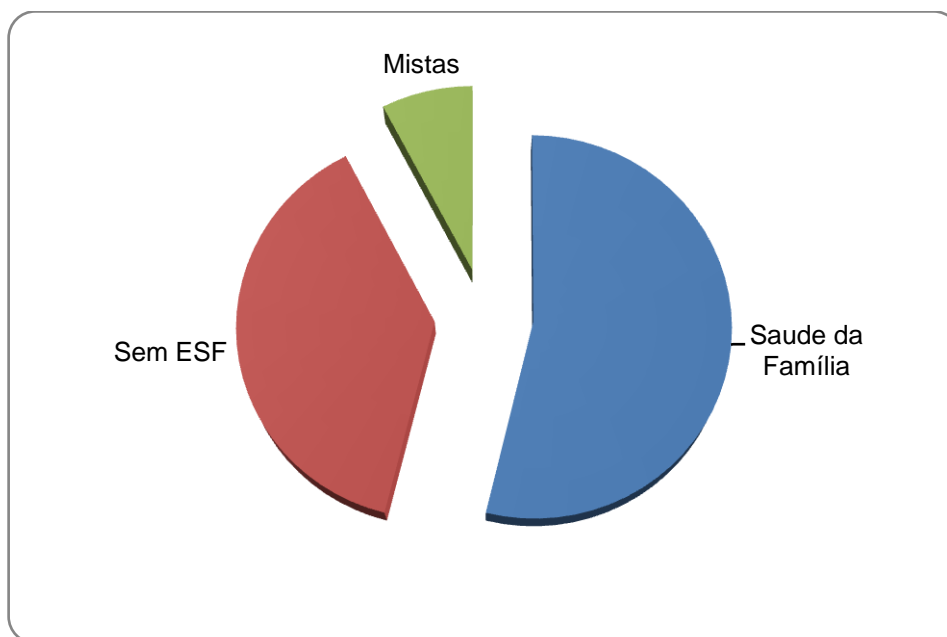
No município, a atenção básica é composta por unidades de saúde da família e unidades de saúde de modelo tradicional. A cobertura da estratégia de saúde da família considerando 3000 habitantes por equipe esta em 43,6% (47 equipes), sendo que somente 27 habitantes habilitadas junto ao Ministério da saúde MS devido à falta de componentes da equipe e de deficiências nas estruturas físicas de algumas destas unidades.

O município conta com 12 equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. Todas as unidades possuem saúde bucal exceto a UBS Rio Branco. Considerando a carga horária (CH) definida pela PNAB a cobertura médica da atenção básica esta em 42,14% e a cobertura de saúde bucal 47%.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

No município dentre as 26 unidades básicas de saúde, 14 (53,%) unidades são exclusivamente de saúde da família todas estas nos quadrantes Noroestes e Sudoeste. Já nos quadrantes Nordeste e Sudoeste encontramos 2 unidades mistas (UBS CAIC e UBS Estância Velha) com ambos tipos de unidades e outras 10 (38%) que não são modelos de unidades com estratégia de saúde da família. A seguir pode-se visualizar esquematicamente a situação atual do município.

Gráfico 58 – Proporção de unidades da atenção básica, segundo o tipo SMS, Canoas, RS.



Fonte: DPAS, SMS, Canoas,

A nova edição da PNAB com o intuito de facilitar os princípios do acesso, do vínculo, da continuidade do cuidado e da responsabilidade sanitária e reconhecendo que existem diversas realidades socioepidemiológicas, diferentes necessidades de saúde e maneiras de organização das UBS, recomenda:

- Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica;
- “Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 12 mil habitantes e que esteja localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica...” o MS através da PNAB orienta toda a atenção básica e não mais somente

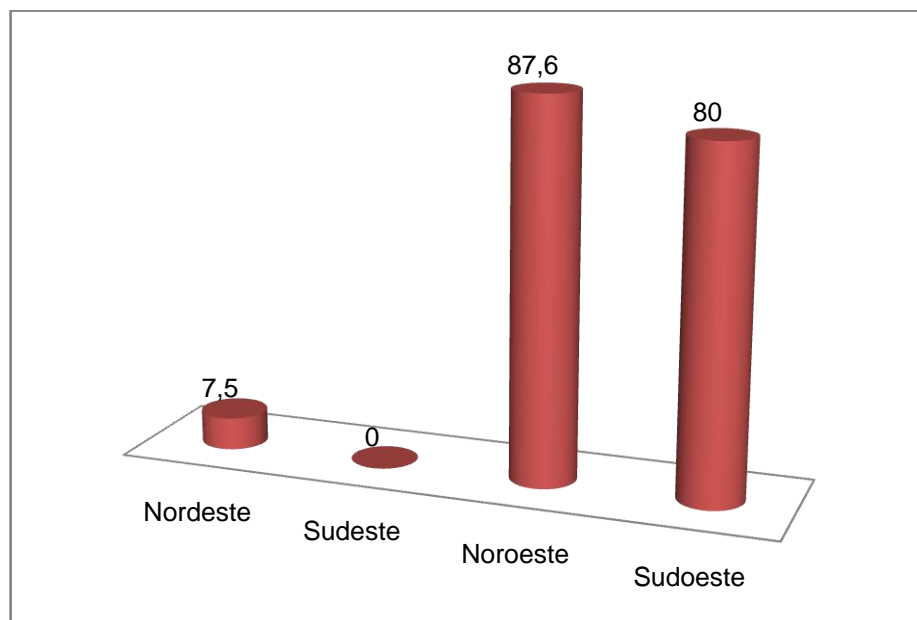
PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

para as equipes de estratégia da família, ... *cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade social das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade social, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe....*

Baseado nestas orientações, ou seja, o parâmetro de 3.000mil habitantes por equipe, o município possui uma cobertura de estratégia de saúde da família de 42%. Se calculada considerando 4.000 habitantes por equipe, o percentual sobe para 58%. Considerando a carga de doenças e os indicadores epidemiológicos de vulnerabilidade o parâmetro de 3.000hab. por equipe é o mais adequado para Canoas. Salienta-se que o MS já vem apontando para a necessidade de que haja idades na proporção de uma equipe para 2.000 habitantes, principalmente onde verifica-se maior de vulnerabilidade ou fragilidade social.

Identificamos maior cobertura por estratégia da família nos quadrantes Noroeste e Sudoeste, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 59 - Cobertura ESF por Quadrantes, Canoas, RS.



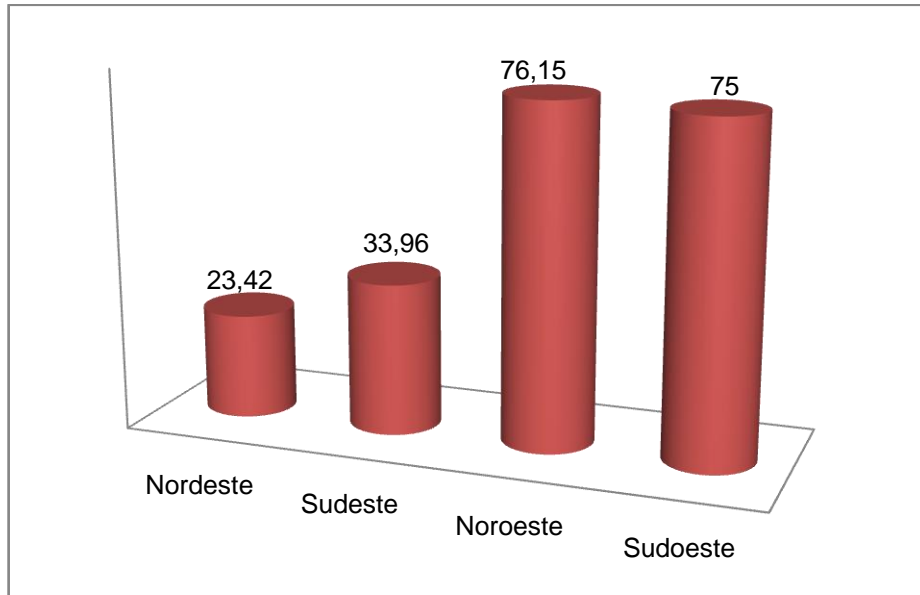
Fonte: DPAS, SMS, Canoas.

Cobertura da atenção básica, que é a soma da cobertura das unidades de saúde da família e a cobertura em carga horária médica nas unidades tradicionais

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

mostra uma melhor cobertura nestes mesmos quadrantes. Constata-se a deficiência de oferta de serviços nas unidades tradicionais dos demais quadrantes devido a pouca oferta de CH médica e de saúde bucal.

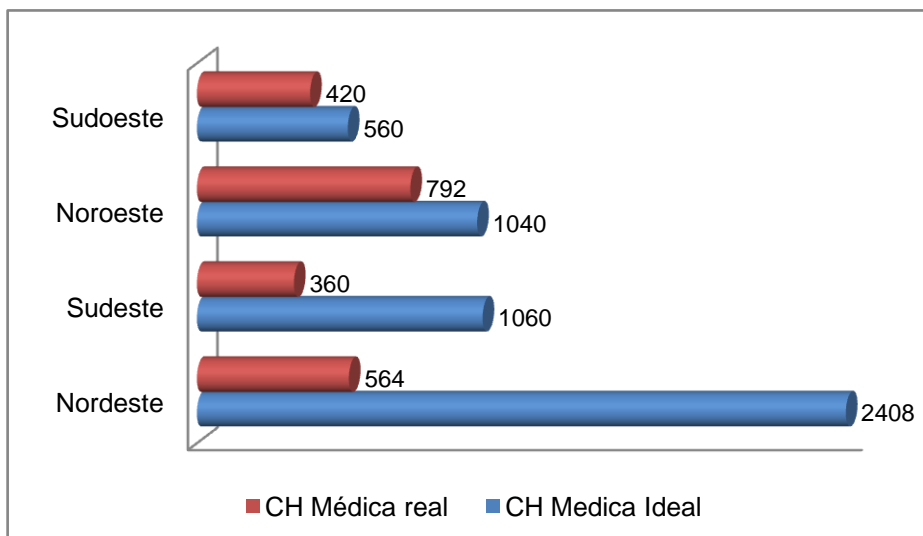
Gráfico 60 - Cobertura da Atenção Básica conforme carga horária médica, Canoas, RS.



Fonte: DPAS, SMS, Canoas.

O gráfico abaixo demonstra que a carga horária médica está muito próxima da preconizada nos quadrantes Sudoeste e Noroeste e bem abaixo nos quadrantes Sudeste e Nordeste. (Meta 62)

Gráfico 61 - Comparativo de carga horária médica por quadrante, 2013, Canoas, RS.



Fonte: DPAS, SMS, Canoas

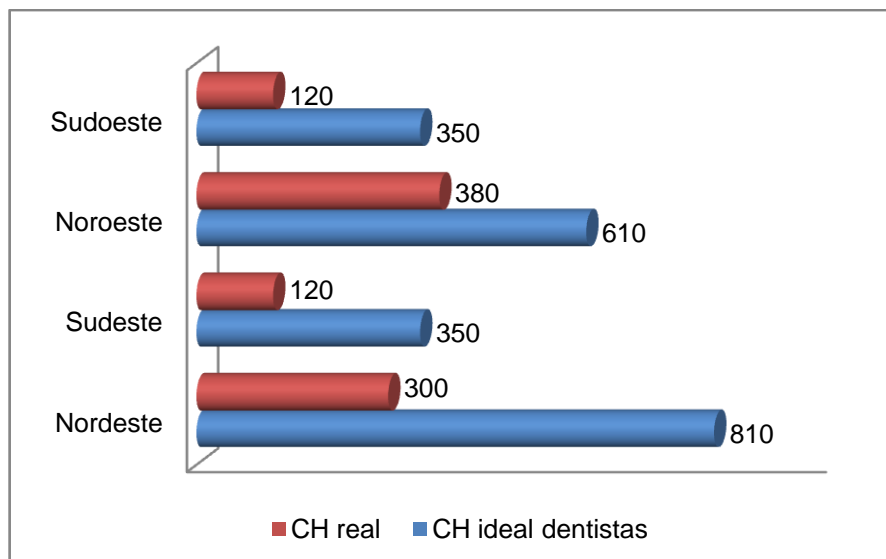
PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Para calcular a cobertura de saúde bucal foi utilizado o parâmetro de 6.000 habitantes para cada 40h e observa-se que nos quadrantes Sudoeste e Nordeste (onde há maior cobertura de ESF), está próximo ao preconizado,.

Deve-se considerar o cadastramento das equipes para repasse dos incentivos por parte do MS, a partir de critérios populacionais é um fator de garantia de acesso à consulta médica e a consulta odontológica no município.

A contratação, pelo regime CLT, dos profissionais das equipes de saúde da família, tem facilitado à recomposição das equipes e por consequência, contribuído para melhorar a cobertura da atenção básica. (Meta 62)

Gráfico 62 - Comparativo de CH Dentista por Quadrante, Canoas, RS.



Fonte: DPAS, SMS, Canoas.

Verifica-se que na rede municipal os profissionais tanto os médicos assim como dentistas apresentam cargas horárias diferentes da proposta pela PNAB (referencia. 3.000 habitantes por 60h médicas em unidades tradicionais ou 3.000 habitantes por 40h médicas na estratégia de saúde da família).

Tabela 51 - Acesso a primeira consulta até 19 anos, 2012, Canoas, RS.

Faixa etária	População	Consultas	Proporção (%)
0 – 4 anos	21.738	1.116	5,13
5 – 9 anos	23.609	3.614	2,60
10 – 14 anos	27.120	2.987	11,01
15 – 19 anos	26.391	1.944	7,3

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010; DATASUS – SAI.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

A tabela acima demonstra que é muito reduzido o acesso à primeira consulta odontológica nos grupos etários de crianças na faixa de 5 a 9 anos, período onde inicia a erupção dos dentes permanentes do indivíduo e para adolescentes.

Tabela 52 - Acesso a primeira consulta, adultos, 2012, Canoas, RS.

Faixa etária	População	Consultas	Proporção (%)
20 – 29 anos	56.193	3.598	6,4
30 – 39 anos	48.999	3.721	7,5
40 – 49 anos	45.124	3.520	7,8
50 – 59 anos	37.514	3.132	8,3

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010; DATASUS – SAI.

A tabela acima mostra que a população adulta também tem dificuldade de acesso aos serviços de assistência odontológica principalmente pela insuficiência de oferta. Observa-se, pelo número de procedimentos cirúrgicos e restauradores, que o acesso é maior na presença de intercorrências e doença. As ações preventivas para a população adulta são reduzidas ou inexistentes.

Cabe ressaltar que os sistemas de informações utilizados para obtenção dos dados (BPA), apresentam distorções e erros de registro que interferem no resultado mais preciso da análise. (Meta 106)

Entretanto chama atenção a dificuldade de acesso para mulheres gestantes, conforme pode ser observado no quadro abaixo.

Tabela 53 - Proporção de gestantes que tiveram acesso ao atendimento odontológico, 2012, Canoas, RS.

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Gestantes cadastradas em ESB	88	94	106	106	109	126	117	110	110	115	118	121	1320
Atendimento odontológico às gestantes	6	0	10	10	12	14	13	7	15	9	10	9	115
Proporção gestante atendida	6,8	0	9,4	9,4	11	11,1	11,1	6,3	13	7,8	8,4	7,4	8,7

Fonte: Relatório PMA2-C do SIAB

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Observando-se os dados da tabela acima se pode dizer que ainda é muito reduzido o número de gestantes que recebem atendimento odontológico durante a gestação, em média, menos de 10%. De acordo com dados do SIAB, em 2012 apenas 8,7% das gestantes cadastradas das UBS com ESB receberam atendimento odontológico. Crenças, tabus, desinformações e falta de práticas interdisciplinares durante a atenção ao pré-natal contribuem para isso. Entretanto o período gestacional é considerado fundamental para ações de prevenção e assistência em saúde bucal.

É de suma importância portanto, organizar a rede de atenção à saúde visando a atender todas as demandas da população adulta que ainda não está atendida em a suas necessidades de atenção à saúde bucal. (Meta 67)

Em relação à população idosa que acumulou ao longo dos anos necessidades que não foram atendidas e deixaram sequelas importantes como a perda dentária. No estudo epidemiológico SB Brasil 2010, o edentulismo (perdas dentárias), foi apontado como a principal patologia bucal na população idosa. A faixa etária dos idosos pesquisada no SB Brasil, de 65 a 74 anos de idade, apresentou grande necessidade de prótese dentária. Na região sul, 87,3% dos idosos necessita de algum tipo de prótese total ou parcial. (2010). Diante da demanda levantada pelo estudo e na perspectiva da assistência integral em saúde bucal, o Ministério da Saúde passou a financiar o serviço reabilitador protético, através do credenciamento dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

Os Municípios, com qualquer base populacional, podem ter o LRPD e não há restrição quanto sua natureza jurídica, ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde pode optar por ter um estabelecimento próprio, público, ou contratar a prestação do serviço, privado. Considerando os dados de edentulismo e de necessidade de reabilitação protética, principalmente entre os idosos, se faz necessário um efetivo programa de fornecimento de próteses para reduzir o agravo. (Metas 62 e 63)

Tabela 54 - Acesso a primeiras consulta odontológica entre idosos, 2012, Canoas, RS.

Faixa etária	População	Consultas	Proporção (%)
60 – 69 anos	21.620	2.165	10,01
70 – 79 anos	10.865	699	6,43
80 anos ou mais	4.654	163	3,5

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010; DATASUS – SAI

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Os dados apresentados acima indicam que a população idosa, conforme vai avançando a idade, vai reduzindo o acesso aos serviços de saúde. Explica-se pelo fato de muitos idosos já terem perdidos a totalidade dos seus dentes ou acreditarem que não necessitam mais de assistência odontológica.

O modelo de atenção preconizado nas diretrizes e fundamentos da atenção básica como a definição de território adscrito, acesso universal e contínuo com acolhimento, construção de vínculo, cuidado integral baseado na necessidade do indivíduo e da coletividade e não da doença, participação social e planejamento de ações, não estão presentes de forma uniforme nos serviços de saúde da atenção básica no município. Na busca de melhoria do acesso (redução de filas e ampliação de ofertas) o município implantou o sistema de informatização de consultas na atenção básica, utilizando o teleagendamento como uma ferramenta de facilitação ao acesso.

Até novembro de 2013, diante da demanda feita pelo telefone por consultas médicas e odontológicas, oferta-se de acordo com a disponibilidade, em qualquer unidade básica do município sem considerar o vínculo com profissional, equipe ou território. Essa forma de agendamento criado para facilitar a vida dos usuários que antes disputavam as fichas em longas e demoradas filas deve ser aperfeiçoado continuamente. O esforço tem que ser no sentido de agregar conceitos de humanização, de equidade e de integralidade conforme prevê o SUS. O serviço de saúde da atenção básica deve oferecer toda a potencialidade das ações preventivas além da atenção pelos profissionais de enfermagem, técnicos em saúde bucal, agentes de saúde que, no contato direto com os usuários produzem abordagens individuais, coletivas e/ou intersetoriais que podem resolver ou aliviar grande parte dos problemas dos usuários. (Metas 62, 106 e 124)

Em relação ao planejamento das atividades, verifica-se que está restrito às unidades de saúde da família que preservam as reuniões de equipe. Ainda assim utiliza-se esse momento para realizar visita domiciliar médica e a participação da equipe de apoio matricial pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), dificultando o trabalho coletivo com a presença de toda a equipe.

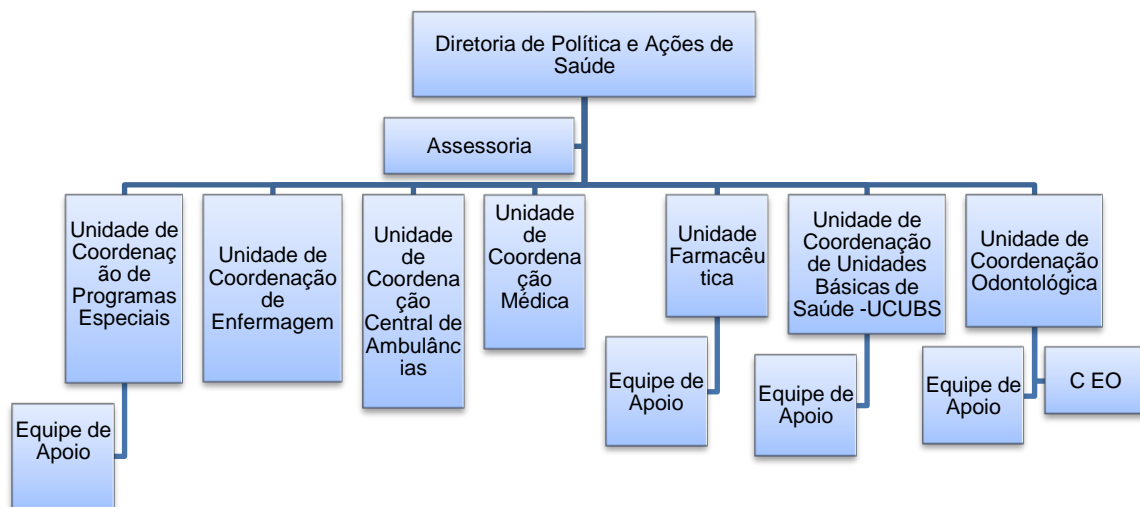
PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Diagnóstico de serviços

A atenção básica, parte da atenção especializada e a rede de urgência e emergência do município se estrutura a partir do organograma da SMS, através da Diretoria de Políticas e Ações em Saúde (DPAS) seguidas pela suas unidades de coordenação, que são unidades gerenciais e os seus serviços de saúde que são assistenciais.

A cada setor do organograma é atribuída à função gratificada correspondente. Essa organização induz à fragmentação das ações quando o preconizado é que sejam transversais e integrais. Diante disso, verifica-se que há a necessidade de formalizar no organograma da SMS uma nova organização que, por força da necessidade, já esta em funcionamento. (Meta 116)

Fig. 5 – Organograma atual do DPAS, SMS, Canoas, RS.



Fonte – DTA, SMS, Canoas.

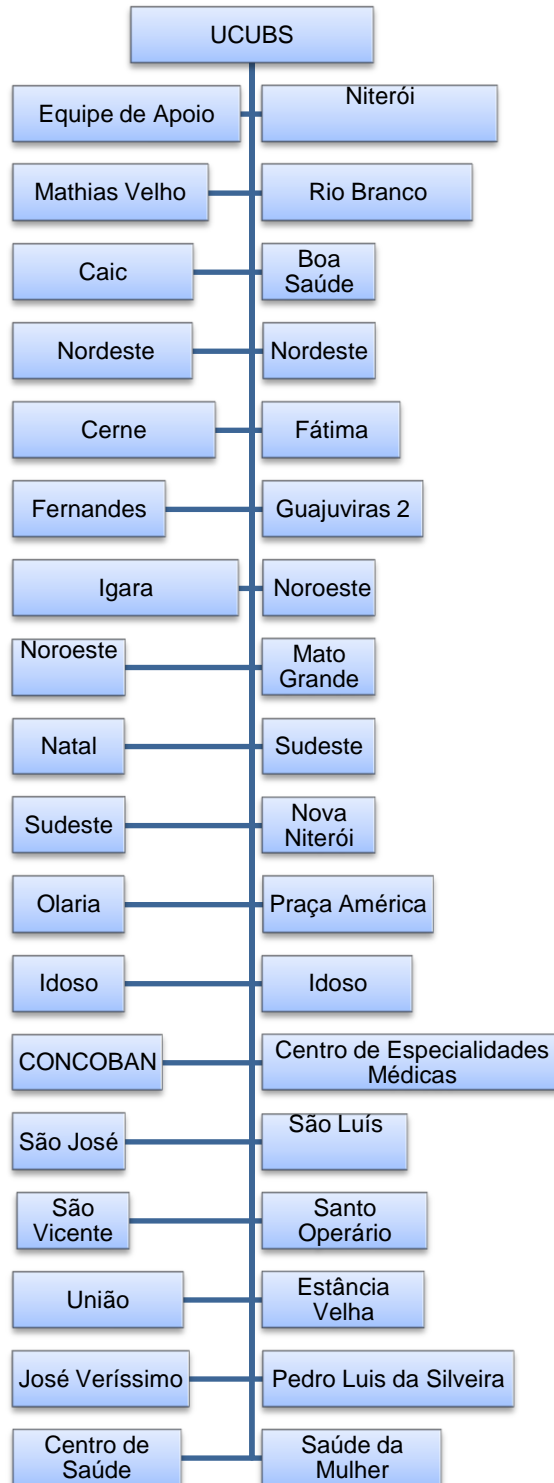
Os serviços de saúde do DPAS estão distribuídos em:

- 26 unidades básicas de saúde;
- 8 farmácias regionais;
- 4 Unidade de Pronto Atendimento (UPA);
- 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- 1 Centro de Especialidades Medicas (CEM);

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Centros de referência de saúde da mulher;
- Saúde Nutricional;
- Tratamento de feridas.

Fig. 6 - Organograma dos serviços da DPAS, SMS, Canoas



Fonte: DTA, SMS, Canoas.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Unidades Básicas

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| 1.Boa Saúde | 14.Natal |
| 2.CAIC | 15.Niterói |
| 3.Central Park | 16.Nova Niterói |
| 4.Cerne | 17.Olaria |
| 5.Concoba | 18.Pedro Luiz da Silveira |
| 6.Estância Velha | 19.Praça América |
| 7.Fátima | 20.Rio branco |
| 8.Fernandes | 21.Santo Operário |
| 9.Guajuviras II | 22.São José |
| 10.Igara | 23.São Luis |
| 11.José Veríssimo | 24.São Vicente |
| 12.Mathias Velho | 25.Santa Isabel |
| 13.Mato Grande | 26.União |

Link para endereços das Unidades Básicas de Saúde no sitio da Prefeitura:

<http://canoas.rs.gov.br/site/departamento/index/id/17>

Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)

Unidades de Pronto Atendimento

- UPA Sudoeste Idoso (Rio Branco)
- UPA Sudeste (Niterói)
- UPA Nordeste (Guajuviras)
- UPA Noroeste (Mathias Velho)
- UPA Sudoeste 24h (Rio Branco)

Farmácias Regionais

- Farmácia Nordeste – CAIC
- Farmácia Noroeste – Caçapava
- Farmácia Noroeste – União
- Farmácia Sudoeste – Rio Branco
- Farmácia Sudeste – Niterói
- Farmácia Básica Municipal - Marechal Rondon
- Farmácia Estadual – Centro
- Farmácia popular do Brasil – Centro

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Centro de Especialidades

- Centro de Especialidades Médicas
- Centro de Especialidades Odontológicas

Centro de Referências

- Saúde Nutricional
- Saúde da Mulher

As unidades de saúde básica tanto as unidades de modelo tradicional como as com estratégia de saúde da família, são compostos por equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros). Para a composição das equipes considera-se, sempre que possível, realidade epidemiológica, institucional e as necessidades de saúde da população. Abertas das 8 às 17h, de segunda a sexta feira, acabam dificultando o acesso aos que trabalham em horário comercial. Por esse motivo almejamos estender o horário de atendimento em algumas unidades estratégicas. (Meta 63)

Todas as unidades da atenção primária possuem acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial. Constituem a principal porta de entrada dos usuários eletivos na rede de atenção à saúde. Através delas os usuários acessam os diversos pontos de atenção, de diferentes complexidades tecnológicas (serviços especializados e hospitalares), assim como a outros setores dependendo das necessidades diagnosticadas.

O acesso aos serviços de saúde começa pela confecção do cadastro (cartão Canoas Saúde e cartão SUS). As primeiras consultas médicas e odontológicas são agendadas exclusivamente pelo teleagendamento, exceto urgências e emergências. Após o primeiro atendimento, o agendamento de retorno pode ser presencial ou pelo teleagendamento. Por ora é considerado retorno o período de 30 dias a partir do atendimento. Os acessos aos demais atendimentos feitos pelas unidades, como vacinas, curativos, testes rápidos e orientações, é por direto nas UBS. Para diagnóstico de gravidez e início do pré-natal o acesso também é direto ou por teleagendamento. (Metas 63 e 124)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Na UBS União, localizada no bairro Mathias Velho, funciona o Programa de Saúde do Homem. Teve início em 11 de Julho de 2011, a experiência pioneira é realizada de segunda a quarta-feira, no horário das 17 às 19h. O acesso é por agendamento direto na unidade que pode ser feito por agentes comunitários ou familiares. O serviço oferece atendimento clínico para homens entre 20 e 59 anos. Para as suas acompanhantes é ofertado, se for o caso, o exame de Papanicolau (CP de colo do útero).

Cabe à DPAS, através das diferentes equipes, coordenar e apoiar a implantação das diferentes ações na rede de serviços espalhados no território do município, conforme segue:

A política de saúde da criança

Cuidando da criança antes de nascer

Na maioria dos estudos conduzidos nas áreas do desenvolvimento infantil e de relações sociais, a interação entre mãe e criança tem sido considerada um recorte importante na organização comportamental e competências do bebê. Desde a concepção, mães e bebês participam de um sistema muito complexo de relações, o qual emerge, se organiza e se modifica através do curso da evolução e de eventos culturais. A qualidade da interação inicial é considerada um importante fator mediador entre os eventos perinatais e o seu posterior desenvolvimento, particularmente no que se refere à comunicação socialização e cognição (Pilz, Schermann, 2007).

O acolhimento da gestante na atenção básica implica na responsabilização pela integralidade do cuidado. A preocupação deve acontecer desde a recepção com escuta qualificada e avaliação de saúde, do seu contexto social e familiar, identificando possíveis vulnerabilidades e buscando o fortalecimento de vínculo.

No município, o programa Nascer Canoas, que adota as diretrizes da Rede Cegonha, preconiza a identificação precoce da gestação, a ampliação do acesso ao pré-natal, à qualificação do atendimento da gestante, a realização dos testes rápidos de HIV e sífilis e a garantia do atendimento com qualidade das crianças de 0 a 24 meses.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

A partir da suspeita de gravidez, a mulher tem acesso ao serviço de saúde da por teleagendamento ou diretamente na unidade básica de referência. Uma vez confirmada à gestação, segue-se o cuidado conforme os protocolos do Ministério da Saúde, com os retornos agendados diretamente na UBS, buscando o fortalecimento do vínculo e a responsabilização da unidade pela gestante. Facilita, por exemplo, a busca ativa da gestante em caso de falta às consultas. Se a mesma é agendada em diferentes unidades fica difícil perceber casos de abandonos ou descontinuidade do cuidado uma vez que o prontuário eletrônico ainda não é uma realidade nas UBS.

Visando a qualificação da assistência ao parto, o programa prevê também visita pelas gestantes e seus familiares, à maternidade do Hospital Universitário, acompanhada pela equipe da unidade de saúde. Também está previsto o agendamento, pelo hospital, da consulta do binômio mãe-bebê, na Unidade Básica de referência, para a continuidade do acompanhamento.

Existem, também no período gestacional, algumas situações de vulnerabilidades específicas relacionadas a fatores individuais e a condições socioeconômicas que poderão dificultar o bom desenvolvimento da criança. Pode-se citar algumas, como exposição da gestante a agentes físicos, químicos e biológicos nos ambientes de trabalho ou na comunidade, cargas de trabalho ou esforço físico excessivo, situação familiar insegura, má aceitação da gravidez, baixa escolaridade, pobreza, padrões nutritivos inadequados, violência, entre outras. (Metas 66, 67e 68)

As medidas de proteção a gestantes e crianças, ainda são tímidas no município. As insuficiências são no aspecto de abrangência (escala) e também na integralidade.

Algumas iniciativas embora pontuais aprofundam a convicção que se faz necessário expandi-las. Podemos citar a região da Getúlio Vargas, bairro Mathias Velho, muito vulnerável socialmente, onde existem gestantes atendidas pelo programa Primeira Infância Melhor (PIM), que acompanha semanalmente as gestantes, inclusive através de visitas domiciliares e acompanha individualmente ou em grupos as crianças. Essas modalidades de atendimento à gestante buscam ampliar conhecimentos, mas também resgatar a autoestima e o cuidado consigo mesma e com a gestação com vistas a melhorar o vínculo com o filho que vai nascer. Entretanto permanece a condição de pobreza, que é considerada um tipo de

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ameaça constante, que aumenta a vulnerabilidade da criança, pois pode causar subnutrição, privação social e desvantagem educacional.

Pesquisadores ressaltam que crescer na pobreza é uma ameaça ao bem-estar da criança e numa limitação de suas oportunidades de desenvolvimento. A miséria econômica é um fator de risco que, em determinadas situações, não vem desacompanhado; ela permeia a relação conjugal, contribuindo para o aumento da incidência de conflitos entre os pais e produzindo um efeito direto no relacionamento desses com a criança. Desta forma, ocasiona o que alguns autores denominam como miséria afetiva (Pilz, Schermann, 2007).

Situação semelhante à dessa vila pode ser encontrada em outras regiões do município onde não são desenvolvidos programas específicos que promovam a equidade. (Metas 49 e 60)

A gravidez precoce é outra vulnerabilidade específica que pode afetar a mulher que tem antecipadas atribuições incompatíveis com sua maturidade física, psicológica e social e a criança que poderá nascer em condição frágil e não receber todos os cuidados e proteção que lhe assegure o desenvolvimento adequado. (Meta 54)

Cuidando da criança que nasce

As triagens neonatais garantem o diagnóstico precoce, tratamento adequado e o acompanhamento médico de algumas doenças evitando a morte, deficiências e proporcionando melhor qualidade de vida aos recém-nascidos acometidos. A triagem neonatal identifica algumas destas condições.

A triagem auditiva neonatal também conhecida como Teste da Orelhinha é realizado pelo hospital, em todos os nascidos vivos. Os que apresentarem falhas na triagem, são encaminhadas para novo exame. Algumas crianças não compareceram ou falharam. As que falharam são encaminhadas para o BERA. Verifica-se um número significativos de perdidos nesse caminho. Os dados indicam que o percentual de triagem é de 95%, considerado aceitável. (Metas 56 e 58)

Em relação ao Teste do Olhinho, em 2012, dos 2.604 nascimentos no Hospital Universitário cinco recém-nascidos foram encaminhados para avaliação oftalmológica por alteração ou dúvida no exame. Em 2013, até outubro, dos 2.479

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

nascidos vivos, três foram encaminhadas para avaliação oftalmológica por alteração ou dúvida no exame de triagem. (Meta 57)

No que se refere ao Teste do Pezinho, no ano de 2011, dos 3.616 testes e em 2012 de 3.917 testes. Comparando-se o número total de nascidos vivos, constata-se que nem todos os RN realizaram os teste. A baixa cobertura pode ser explicada em parte pelo fato de que todas as unidades realizam o teste. Preconiza-se facilidade de acesso para essa testagem pois a mesma deve ocorrer precocemente (entre o 5º e 7º dia de vida). Para tanto faz-se necessário que todas as unidades da atenção básica ofertem a testagem e incentivem a chegada do bebê no tempo oportuno e façam a busca ativa dos faltosos do território. (Meta 59)

O aleitamento materno tem se constituído tema fundamental para a garantia de saúde da criança. Além de incentivo e apoio à mãe, a equipe de saúde deve estar preparada para orientar a transição do aleitamento para a introdução de novos alimentos (início do desmame).

Nas Unidades de Saúde, entre 2012 e 2013, percebe-se um aumento significativo nos índices de aleitamento materno exclusivo, decorrente do incremento das ações de incentivo e acompanhamento das mães. (Metas 69 e 70)

Para atender crianças com alergias e intolerâncias ao leite de vaca ou cujas mães não podem amamentar por diversos motivos, criou-se um programa custeado pelo município, para adquirir e fornecer fórmulas lácteas especiais enquanto espera-se o trâmite do processo junto à Farmácia de Medicamentos Especiais do Estado, responsável pela continuidade do fornecimento. O referido programa municipal revela-se importante pois em 2012, das 169 crianças atendidas, 151 eram menores de 6 meses, 7 tinham entre 6 e 12 meses e 11 tinham mais de 12 meses.

Dentre as fórmulas infantis, 161 crianças vieram com prescrição médica para fórmula infantil de partida (indicada para crianças no 1º semestre de vida), e 8 com prescrição de fórmula infantil de seguimento (indicada para crianças no segundo semestre de vida). Todos as crianças atendidas foi devido à ausência do aleitamento materno.

Crianças com alergias e intolerâncias ao leite de vaca foram 24 com prescrição de fórmula infantil semi elementar, a base de hidrolisado protéico de origem animal e ou vegetal; 13 com indicação de fórmula infantil de origem vegetal isenta de lactose, a base de proteína isolada de soja.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Cuidado com a criança em idade escolar

A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, um importante requisito para o êxito do Programa Saúde na Escola.

O município conta com 30 escolas de educação infantil. Para o preenchimento de vagas nessa rede, são utilizados os mesmos critérios previstos na Lei do ProUni, inclusive o da renda de um salário mínimo e meio per capita.

No município 10.652 famílias são beneficiárias do Bolsa Família. Do total de pessoas, 258 são crianças menores de 1 ano; 4.588 são crianças entre 1 a 4 anos, 6.776 são crianças entre 5 a 9 anos e 7.363 são adolescentes entre 10 a 14 anos.

A rede municipal de educação infantil atende 775 alunos (17,8%), que são filhos de famílias que recebem Bolsa Família. Essa condição é duplamente protetiva para as crianças na medida em que existem condicionalidades de cuidado com a alimentação e a saúde das mesmas e obrigatoriedade da frequência escolar sob pena de suspensão do benefício.

Tabela 55 – Proporção de alunos cujas famílias recebem Bolsa Família, Canoas, RS.

Sim	775	17,80%
Não	3.580	82,20%
Total	4.355	100,00%

Fonte: DPAS, SMS, Canoas.

Em 2012 o município pactuou uma meta de atendimento a 3.739 alunos para cada ação do Componente I (avaliação clínica), e conseguiu atingir 100% do pactuado. Os alunos que apresentaram alterações nas avaliações realizadas foram encaminhados para a Unidade de Saúde de referência ou, quando necessário, ao especialista indicado.

A grande dificuldade encontrada foi acesso à consulta oftalmológica para os alunos que apresentaram alterações na triagem de acuidade visual. (Metas 73, 89 e 90)

Nas ações do Componente II (Promoção e prevenção em saúde), foi pactuado e realizado o atendimento de 7.452 alunos em cada ação. Estas ações são

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

de grande importância para que o aluno se torne protagonista do autocuidado. Percebe-se, entretanto, que se faz necessário reforçar as ações educação permanente junto aos profissionais da atenção básica, aperfeiçoando-os cada vez mais para esse trabalho. Deve-se aprofundar os conhecimentos de metodologias de ensino que preconizem a construção do saber significativo, a intersetorialidade e o trabalho em equipe.

Analisando-se os dados de produção, percebe-se que Unidades com ESF realizam muito mais ações de educação em saúde em comparação com as unidades básicas tradicionais. Percebe-se também, que desde a implantação do PSE, em 2010, houve crescimento na produção de ações educativas de prevenção de agravos e promoção de saúde.

À coordenação da Política de Saúde da Mulher, cabe a coordenação das ações de saúde em todas as suas especificidades e fases do ciclo de vida, realizadas na rede, dentre estas estão:

O pré-natal através do gerenciamento do Programa Nascer Canoas (já descrito);

Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero

A faixa etária de 25 a 64 anos é a prioritária para realização do exame estabelecida pelo INCA (Instituto Nacional do Câncer). A razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária no município, no ano de 2012, foi de 0,33. A Meta Brasil era de 0,75, ou seja, o município não atingiu a meta.

A demanda de exames maior que a oferta e o horário restrito de funcionamento das UBS (mesmo horário de trabalho de muitas mulheres) podem ser os principais fatores que contribuem para este baixo índice de coletas e que estão na governabilidade do gestor municipal alterar.

Considerando, a gravidade e que o câncer do colo do útero é uma doença que se desenvolve lentamente e que citopatológico é um exame de rastreamento da doença, todas as unidades de saúde do município realizam a coleta. O agendamento pode ser feito pelo teleagendamento ou diretamente na unidade, não

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

necessitando de nenhum encaminhamento. As mulheres com exames alterados devem ser acompanhadas no seguimento da investigação e, se necessário, tratamento, sem dificuldades e sem necessidade de reencaminhamentos. O encaminhamento para realização de exames complementares (colposcopia e biopsia de colo de útero) e ou acompanhamento é realizado pela unidade básica de origem à Unidade Saúde da Mulher. O mesmo ocorre para tratamento de lesões condilomatosas associadas ao HPV para realização de cauterização química.

Existem outros fatores como falta de informação, aspectos culturais e religiosos, negligência no caso das incapazes, violência doméstica ou institucional dificultando ou impedindo o cuidado com a saúde, entre outros, que podem ser modificados ainda que de forma lenta, com ações intersetoriais articuladas e sistemáticas. (Metas 33, 34 e 45)

Prevenção e Controle do Câncer de Mama

Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia a mamografia deve ser realizada a partir dos 40 anos anualmente e, ainda, conforme a Lei 11664/08 a mamografia deve ser realizada a partir dos 40 anos. No município temos 65.693 mulheres a partir de 40 anos, se considerarmos atendimento SUS para 75% desta população, seriam necessários 49.270 exames por ano ou 4.106 ao mês.

No município, o encaminhamento para exame de rastreamento de câncer de mama é realizado em todas as unidades de saúde pelos profissionais médicos e enfermeiros. No ano de 2012, a razão de mamografias em mulheres a partir de 40 anos foi de 0,1. Considerando que mais ou menos 75% das são usuárias do SUS. Durante a avaliação situacional feita para embasar o presente Plano foram recorrentes as manifestações das mulheres acerca da dificuldade de seguimento da assistência no caso de exames alterados. A maior queixa fica por conta da demora e da dificuldade para entender os fluxos. Considerando que, câncer de mama é de evolução rápida, todo o caminho para elucidação diagnóstica e início do tratamento deve ser em curto prazo. Por esse motivo foi criada a Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início de até 60 dias no Sistema Único de Saúde (SUS). (Metas 35,36, 37,82, 83 e 84)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Atenção à violência contra as mulheres

No ano de 2011 foi construído um fluxo para atendimento integral de mulheres, crianças e adolescentes no município. Atualmente está sendo reavaliado, principalmente o das crianças, em razão do atendimento de emergência. O fluxo de atendimento integral hoje não está definido. (Metas 44, 45 e 119)

Direitos sexuais e reprodutivos

Os conceitos relacionados com os direitos e a saúde sexual e reprodutiva são desenvolvidos recentemente, representando uma conquista histórica, resultado de uma luta pela cidadania e pelos direitos humanos. Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, em 1994, foram estabelecidos acordos internacionais, os quais foram assumidos por quase duas centenas de países. Tais acordos foram ainda, assumidos e ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing), em 1995.

Ambas as Conferências foram promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Assim, destaca-se que no Relatório da CIPD, no capítulo VII, reafirmam-se as definições da OMS acerca de saúde sexual e reprodutiva e definem-se os direitos reprodutivos como o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência. Neste sentido recomenda-se que os serviços de saúde reprodutiva (incluindo saúde sexual e planejamento familiar), sejam incorporados à atenção básica de saúde, incluindo o encaminhamento a serviços de aborto seguro (prescrito em lei), além do tratamento das infecções do trato reprodutivo, das doenças sexualmente transmissíveis e da infertilidade. Recomenda-se, ainda, serviços de saúde materno-infantil e de aconselhamento de homens e jovens sobre comportamento sexual responsável. Tradicionalmente trata-se o tema com uma visão restrita de planejamento familiar.

No município, embora haja preocupação em incorporar a visão do direito reprodutivo, na prática funciona o serviço funciona nos moldes tradicionais e de forma centralizada. Tem como principal objetivo prestar orientações sobre os métodos anticoncepcionais e ajudar no planejamento familiar. Promove grupos de

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

orientação nas escolas, em equipes de saúde, instituições e empresas, divulgando o programa e os métodos oferecidos pelo município. Atende usuários que desejam fazer laqueadura tubária e vasectomia encaminhados pelas unidades básicas de saúde e pelo centro de referência saúde da mulher. (Meta 71)

O programa Nacional de Saúde do Homem visa promover melhores condições de saúde da população masculina, contribuindo para a redução da morbimortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação do acesso às ações e serviços de atenção integral à saúde. Buscando ampliar o acesso às informações sobre medidas preventivas contra agravos e enfermidades que atingem o homem, mudando o ponto de vista cultural de que o homem não adocece. (Meta 74)

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como parte da atenção básica, compõe-se de diferentes profissionais atuando de maneira integrada, no apoio às equipes de Saúde da Família e as Academias de Saúde. Constitui também objetivo do NASF apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão na Atenção Básica. Deve seguir as mesmas diretrizes da atenção básica: ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território, integralidade, participação social, promoção da saúde e humanização.

Atua diretamente através do apoio matricial às equipes. O atendimento pode ser individual a profissionais ou coletivo quando demandado pelas equipes. Contribui para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, auxilia no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (clínica ampliada).

Principais ações desenvolvidas pelos profissionais do NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes.

Prioriza nove áreas estratégicas, a saber: Saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação e saúde integral do idoso; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Em Canoas o trabalhadores do NASF estão lotados na UBS mas, por falta de infraestrutura na referida unidade, permanece no prédio central da SMS.

A equipe é composta por 1 assistente social, 1 médico cardiologista, 1 médico psiquiatra, 1 nutricionista e 1 psicólogo e 1 fonoaudióloga. Dá suporte a 9 equipes de Saúde da Família (conforme previsto na Portaria ministerial nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012): José Veríssimo, Natal, Cerne, Santo Operário e União, na lógica do apoio matricial, interconsultas e discussão de casos.

A ampliação de cobertura por ESF deverá ser acompanhada pela ampliação do número de NASF. (Metas 62, 63, 64)

Equipe de Consultório na Rua (eCR)

Componente da atenção básica, a equipe de Consultório na Rua (eCR), é uma proposta que procura ampliar o acesso da população de rua à atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços em tempo oportuno. Essas equipes devem realizar as atividades de forma itinerante e, quando necessário, utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde (USB) do território, desenvolvendo ações em parceria com as mesmas. Devem cumprir carga horária mínima semanal de 30 horas e adequar o horário de funcionamento às demandas das pessoas em situação de rua. O atendimento pode ser necessário inclusive em período noturno e em todos os dias da semana.

De acordo com a Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2012, as eCR terão acesso a ações educação permanente, que abordem as diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como ao desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos.

Considerando que o município possui uma população aproximada de 190 pessoas em situação de rua cabe implantar esse equipamento. (Meta 77)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Práticas Integrativas e Complementares (PIC)

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) foi instituída no Brasil por meio da Portaria GM MS n. 971, que definiu os objetivos e as diretrizes para cada grande área de atuação das práticas.

Segundo o Plano Estadual de Saúde “O campo das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), que incluem a Homeopatia, a Fitoterapia, a Acupuntura e outras práticas não convencionais como massoterapia, cromoterapia, terapia floral e práticas corporais.

Envolve abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Possui ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade construindo uma visão ampliada do processo saúde - doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

A inclusão das PIC nas ações da Estratégia de Saúde da Família, portanto, está de acordo com os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

No município, as ações são esporádicas. Nos encontros de humanização foi administrado Reiki nos participantes e foi realizada atividade de meditação. Nos CAPS duas psicólogas fizeram formação em ginástica terapêutica chinesa e realizavam estas atividades com os usuários. Em alguns CAPS é oferecido Reiki aos profissionais do serviço como prática de cuidado com o cuidador.

Em algumas ESF foram feitas iniciativas incentivando a utilização dos chás caseiros e cultivo de ervas e temperos estimulando a alimentação natural.

Essa situação evidencia que, embora as práticas já estejam sendo valorizadas por alguns profissionais e se apresenta como uma possibilidade de resposta a problemas de saúde, a PNPIC ainda não está implantada no município.
(Meta 75)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Situação da rede de atenção básica

Tabela 56 – Cobertura de atenção básica no quadrante Nordeste, Canoas, RS.

Unidades	População	Equipes de Saúde da Família	Nº CNES
CAIC	15.000	2	2230054
Estância Velha	27.000	1	2230062
Guajuviras II	20.000	0	2230186
Igara	10.400	0	2230143
Olaria	6.000	0	2230259
São José	10.000	0	2231719
São Vicente	5.000	0	2230275
Santa Isabel	27.000	0	2231964
Total	120.400	3	

Fonte: DPAS, SMS, Canoas

Tabela 57 – Cobertura por médicos e dentistas na atenção básica no quadrante Nordeste, Canoas, RS.

Serviço de saúde	CH médica CNES	CH médica Ideal	CH dentistas	CH dentistas ideal
CAIC	140	300	80	100
Estância Velha	40	540	40	180
Guajuviras II	100	400	20	130
Igara	24	208	20	70
Olaria	60	120	20	40
São José	60	200	40	70
São Vicente	40	100	40	40
Santa Isabel	100	540	40	180
Total	564	2408	300	810

Fonte: DPAS, SMS, Canoas

Tabela 58 – Situação predial e infraestrutura atenção básica no quadrante Nordeste, Canoas, RS.

Unidades	Prédio próprio	Nº de consultórios	Nº de cadeiras odontológicas	Sala de grupos
CAIC	Sim	7	2	Sim
Estância Velha	Sim	3	1	Não
Guajuviras II	Sim	3	1	Não
Igara	Não	2	1	Sim
Olaria	Sim	3	1	Não
São José	Sim	3	1	Não
São Vicente	Sim	1	1	Não
Santa Isabel	Não	4	1	Sim
Total		26	9	

Fonte: DPAS, SMS, Canoas

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 59 – Cobertura de atenção básica no quadrante Noroeste, Canoas, RS.

Unidades	População	Equipes de Saúde da Família	Nº CNES
Cerne	8000	2	2230119
José Verísimo	5000	2	5313740
Mathias Velho	17000	5	6817750
Natal	12000	4	2230038
Praça América	10000	3	2230127
São Luis	4000	1	2230151
Santo Operário	8000	2	2230208
União	25000	7	2230100
Total	89.000	26	

Fonte: DPAS, SMS, Canoas

Tabela 59 – Cobertura por médicos e dentistas na atenção básica no quadrante Noroeste, Canoas, RS.

Unidades de Saúde	CH médica CNES	CH médica Ideal	CH dentistas	CH dentistas ideal
Cerne	40	80	40	50
José Verísimo	52	80	40	40
Mathias Velho	160	200	40	120
Natal	120	160	40	80
Praça América	80	120	40	70
São Luis da Silveira	40	40	40	40
Santo Operário	40	80	40	50
União	260	280	100	160
Total	792	1040	380	610

Fonte: DPAS, SMS, Canoas

Tabela 60 – Situação predial e infraestrutura atenção básica no quadrante Noroeste, Canoas, RS.

Unidades	Prédio próprio	Nº de consultórios	Nº de cadeiras odontológicas	Sala de Grupos
Cerne	Sim	3	1	Não
José Verísimo	Não	3	1	Não
Mathias velho	Não	6	1	Sim
Natal	Sim	4	1	Não
Praça América	Sim	3	1	Não
São Luis	Sim	3	1	Não
Santo Operário	Sim	3	1	Sim
União	Sim	8	3	Sim
Total		33	10	

Fonte: DPAS, SMS, Canoas

Tabela 61 – Cobertura de atenção básica no quadrante Sudeste, Canoas, RS.

Unidades	População	Equipes de Saúde da Família	Nº CNES
Fernandes	23000	0	2230194
Niterói	12000	0	6725821
Nova niterói	6000	0	2230089
Concoba	12000	0	2230178
Total	53000	0	

Fonte: DPAS, SMS, Canoas

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 62 – Cobertura por médicos e dentistas na atenção básica no quadrante Sudeste, Canoas, RS.

Unidades	CH médica CNES	CH médica Ideal	CH Dentistas	CH dentistas ideal
Fernandes	100	460	20	150
Niterói	100	240	40	80
Nova Niterói	80	120	40	40
Concoba	80	240	20	80
Total	360	1060	120	350

Fonte: DPAS, SMS, Canoas

Tabela 63 – Situação predial e infraestrutura atenção básica no quadrante Sudeste, Canoas, RS.

Unidade	Prédio próprio	Nº de Consultórios	Nº de Cadeiras Odontológicas	Sala de Grupos
Fernandes	Sim	2	0	Não
Niterói	Não	6	1	Não
Nova Niterói	Sim	4	1	Não
Concoba	Não	2	1	Não
Total		14	3	

Fonte: DPAS, SMS, Canoas

Tabela 64 – Cobertura de atenção básica no quadrante Sudoeste, Canoas, RS.

Unidades de SAÚDE	População	Equipes de Saúde da Família	Nº CNES
Boa Saúde	8.000	02	2230305
Fátima	12.000	04	2230070
Mato Grande	12.000	03	2230291
Rio Branco	16.000	04	6725856
Central Park	4.000	1	7142994
Pedro Luiz Da Silveira	8.000	02	5160650
Total	60000	16	

Fonte: DPAS, SMS, Canoas

Tabela 65 – Cobertura por médicos e dentistas na atenção básica no quadrante Sudoeste, Canoas, RS.

Unidades	CH Médica CNES	CH Médica Ideal	CH Dentistas	CH Dentistas Ideal
Boa Saúde	80	80	40	50
Fátima	80	120	40	80
Mato Grande	40	120	40	80
Rio Branco	100	120	0	100
Central Park	40	40	40	40
Pedro Luiz da Silveira	80	80	40	50
Total	420	560	200	400

Fonte: DPAS, SMS, Canoas

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 66 – Situação predial e infraestrutura atenção básica no quadrante Sudoeste, Canoas, RS.

Unidades	Prédio próprio	Nº de Consultórios	Nº de cadeiras odontológicas	Sala de grupos
Boa Saúde	Não	3	1	Não
Fátima	Sim	4	1	Não
Mato Grande	Sim	3	1	Não
Rio Branco	Não	7	0	Não
Central Park	Não	2	1	Não
Pedro Luiz da Silveira	Não	3	1	Sim
Total		22	5	

Fonte: DPAS, SMS, Canoas

As tabelas demonstram que em relação aos prédios, 16 serviços funcionam em próprios (61%) e 10 prédios locados (49%). A maioria das unidades possui menos de 120 m² sendo que o preconizado pela Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 50/Anvisa/fevereiro/2002, que dispõe sobre a Regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos assistenciais de saúde (Eas), define que devem ser maiores;

No município 17 unidades (65,3%) não possuem salas de grupo; 25 unidades possuem consultório odontológico (Somente a UBS Rio Branco não possui).

Salas de curativos exclusivas, salas de esterilização dentro das normas regulamentadoras e a presença de expurgo não são encontradas na maioria das unidades, sendo um dos motivos do não credenciamento das unidades de saúde da família junto ao MS.

A presença de salas para acolhimento exclusiva do usuário para que ocorra uma escuta qualificada são raras, 16 unidades (61%) não possuem este espaço. As unidades não possuem dispensários de medicamentos, apenas possuem uma lista de medicamentos (KIT) para necessidades de urgência ou emergência. Apenas há a distribuição de preservativos masculinos e anticoncepcionais injetáveis aos usuários. A dispensação é realizada junto às farmácias básicas. (Metas 62, 63, 105 e 106)

Todas as unidades possuem salas de vacinas exclusivas. O setor de imunologia, setor da diretoria de vigilância é responsável por 31 salas de vacinas no município:

- 26 UBS (Unidades Básicas de Saúde);
- 01 HPSC (Hospital de Pronto Socorro de Canoas);
- 01 HU (Hospital Universitário ULBRA);

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- 01 HACO (Hospital da Aeronáutica de Canoas)
- 01 UPA 24h (Unidade de Pronto Atendimento).

A sala de vacinação é o local destinado à administração dos imunobiológicos e em virtude disto a mesma deve estar adequada às normas do Ministério da Saúde. As atividades da sala de vacinação são desenvolvidas por equipe de enfermagem, com treinamento específico no manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos garantindo a máxima segurança, prevenção de infecções nas crianças e adultos atendidos. Atualmente em cada sala de vacina temos um profissional capacitado em vacina BCG. As instalações possuem as condições a seguir descritas: as paredes e o piso laváveis, pia com torneira e interruptor exclusivo para cada equipamento elétrico.

Em dezembro de 2013 foi implantado em todas as UBS, nas salas de vacinas, o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme previsto pela Portaria GM nº 2363 de 18 de outubro de 2012. Para o pleno funcionamento desses sistemas, é imprescindível a adoção de medidas de adequação no aspecto de recursos humanos quanto de insumos e de área física. (Metas 18, 105, 106, 112 e 113)

Tabela 67 - Série histórica da cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano, Canoas, RS.

Imunobiológico	Dose	Idade	2007	2008	2009	2010	2011	2012
			%	%	%	%	%	%
BCG	Única	ao nascer	90,28	91,03	101	96,76	100,95	113,76
Sabin	3ª dose	< de 01 ano	87,49	90,8	94,93	89,25	94,93	92,73
Tetra+Penta	3ª dose	< de 01 ano	87,47	87,47	94,72	83,90	94,72	93,69
Hepatite B+Penta	3ª dose	< de 01 ano	83,01	85,95	89,34	83,88	89,34	96,29
Rotavírus	2ª dose	< de 01 ano	54,57	69,65	74,79	70,20	74,79	85,21
Pneumo 10	3ª dose	< de 01 ano	*	*	*	*	*	88,43
Meningo C	2ª dose	< de 01 ano	*	*	*	*	*	95,25
Triplíce Viral	Única	01 ano	90,6	92,87	92,5	83,74	92,5	100,63
Febre Amarela	Única	< de 01 ano	*	*	*	*	*	43,58

Fonte: SMS, Canoas, RS

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 68 - Série histórica de cobertura vacinal em campanha contra Influenza em maiores de 60 anos, Canoas, RS.

Ano	População	Doses	%
2007	34054	22321	65,5
2008	34444	24741	71,83
2009	35897	24583	68,48
2010	35897	27578	76,83
2011	35897	33416	93,09
2012	37139	30245	81,44
2013	37446	40155	107,23

Fonte: SMS, Canoas

Procedimentos e consultas produzidas pela rede de atenção básica, por quadrante

Tabela 69 - Série histórica de produção de consultas e procedimentos pela rede de atenção básica do quadrante Nordeste, Canoas, RS.

Procedimentos	2008	2009	2010	2011	2012
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica	5.717	7.222	8.107	10.321	24.170
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	1.545	701	4.104	6.553	3.968
Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica	1.051	860	2.086	2.065	632
Visita domiciliar por profissional de nível médio	0	0	0	0	175
Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior	0	2	1	6	0
Avaliação antropométrica	3.677	15.563	23.582	34.175	24.178
Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino	1.915	3.385	2.659	2.992	3.659
Coleta de sangue p/ triagem neonatal	386	687	630	357	790
Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)	6.747	14.024	31.290	45.932	13.712
Consulta médica em atenção básica	72.862	66.388	72.190	68.660	73.002
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura)	0	1.092	5.101	5.196	2.852
Consulta pré-natal	2.289	2.804	4.033	2.938	3.371
Consulta puerperal	27	436	441	462	261
Consulta/atendimento domiciliar	395	71	135	106	165
Primeira consulta odontológica programática	7.055	7.976	7.589	5.377	5.259
Assistência domiciliar por profissional de nível médio	29	36	38	26	52
Atendimento de urgência em atenção básica	1.745	7.726	22.221	42.575	285
Adesão a assistência pré-natal - incentivo PHPN (componente i)	194	191	238	142	93
Conclusão da assistência pré-natal (incentivo)	0	0	5	3	0

Fonte: SIAB

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 70 - Série histórica de produção de consultas e procedimentos pela rede de atenção básica do quadrante Noroeste, Canoas, RS.

Procedimentos	2008	2009	2010	2011	2012
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica	14.950	10.931	31.493	38.742	20.723
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção especializada	0	237	224	1.033	0
Prática corporal / atividade física em grupo	0	101	0	2.735	99
Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel	6.476	2.176	3.021	12.846	4.661
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	7.645	3.049	9.850	21.963	8.411
Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica	6.932	2.600	4.186	11.665	3.619
Visita domiciliar por profissional de nível médio	19.260	32.440	26.761	23.238	21.915
Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior	6	97	274	2	2.093
Avaliação antropométrica	5.809	18.046	27.782	39.605	40.859
Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino	1.516	2.179	3.498	4.388	6.020
Coleta de sangue p/ triagem neonatal	467	681	637	993	1.023
Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)	22.301	31.722	35.631	26.317	28.262
Consulta médica em Atenção Básica	75.497	64.305	73.999	84.187	81.719
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura)	266	2.819	4.753	6.014	3.807
Consulta para avaliação clínica do fumante	0	0	26	9	6
Consulta pré-natal	1.952	3.337	3.719	4.801	2.909
Consulta puerperal	26	127	303	464	289
Consulta/atendimento domiciliar	2.491	3.982	5.044	5.595	6.829
Primeira consulta odontológica programática	6.680	5.134	5.865	6.133	11.637
Assistência domiciliar por profissional de nível médio	71.400	1.186	3.934	3.145	15.469
Atendimento de urgência em atenção básica	10.125	15.029	17.304	3.907	4.554
Abordagem cognitiva comportamental do fumante (por atendimento / paciente)	0	0	0	222	93
Adesão a assistência pré-natal - incentivo PHPN (componente i)	84	129	229	239	86
Conclusão da assistência pré-natal (incentivo)	0	0	2	2	0

Fonte: SIAB

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 71 - Série histórica de produção de consultas e procedimentos pela rede de atenção básica do quadrante Sudeste, Canoas, RS.

Procedimentos	2008	2009	2010	2011	2012
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica	3.952	2.020	3.783	533	547
Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel	669	0	698	71	48
Ação coletiva de bochecho fluorado	265	12	20	7	42
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	547	16	2.776	1.003	556
Avaliação antropométrica	3.142	5.667	4.618	4.433	6.426
Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino	933	665	966	1.332	1.299
Coleta de sangue p/ triagem neonatal	0	0	85	599	468
Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)	2.236	1.871	1.891	3.254	4.279
Consulta médica em atenção básica	23.680	26.783	20.972	26.581	27.928
Consulta puericultura	24	627	935	1.286	515
Consulta pré-natal	823	699	923	756	490
Consulta puerperal	82	69	64	128	61
Consulta/atendimento domiciliar	42	16	3	0	0
Primeira consulta odontológica programática	3.105	1.890	2.525	4.014	3.810
Assistência domiciliar por prof. nível médio	82	48	16	170	5
Atendimento de urgência em atenção básica	988	1.001	440	170	52
Adesão a assistência pré-natal (inc.PHPN)	65	24	38	55	28
Conclusão da assistência pré-natal	0	1	0	0	0

Fonte: SIAB

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 72 - Série histórica de produção de consultas e procedimentos pela rede de atenção básica do quadrante Sudoeste, Canoas, RS.

Procedimentos	2008	2009	2010	2011	2012
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica	1.538	2.785	3.856	5.108	-
Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel	30	4	1.641	1.037	474
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	831	212	2.863	4.119	2.430
Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica	76	564	2.294	645	985
Visita domiciliar por profissional de nível médio	0	1.558	212	1.408	872
Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior	12	39	27	5	47
Avaliação antropométrica	4.547	16.627	22.882	16.970	11.128
Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino	857	1.053	1.770	1.986	2.093
Coleta de sangue p/ triagem neonatal	0	0	11	276	183
Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)	9.721	22.006	21.564	16.428	12.149
Consulta médica em atenção básica	26.783	28.077	36.196	36.465	25.729
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura)	291	808	1.144	1.944	1.215
Consulta pré-natal	1.173	1.303	2.242	1.978	1.273
Consulta puerperal	53	111	508	369	60
Consulta/atendimento domiciliary	923	2.929	4.751	3.740	3.811
Primeira consulta odontológica programática	2.583	2.193	3.180	1.541	2.585
Assistência domiciliar por profissional de nível médio	513	643	982	925	799
Atendimento de urgência em atenção básica	2.521	9.885	14.763	2.737	2.506
Adesão a assistência pré-natal - incentivo PHPN (componente i)	40	52	127	96	26
Conclusão da assistência pré-natal (incentivo)	0	0	2	0	0

Fonte: SIAB

Avaliando-se as tabelas acima, identifica-se uma diminuição na maioria dos procedimentos no ano de 2012 em relação aos anos anteriores, inclusive das consultas de urgência nas unidades.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Em relação aos procedimentos em geral de saúde bucal houve redução em todos os quadrantes. No que se refere às primeiras consultas em odontologia, houve aumento nos quadrantes oeste e redução nos demais. Dentre as causas que levaram a essa redução, podemos inferir que a modalidade de teleatendimento, modificando a forma de acesso às consultas de odontologia, levou a esse resultado já que não houve alteração na oferta dos serviços. Nesse mesmo período, a diminuição do atendimento das urgências nesta área que podem ser ofertados nas unidades de saúde, assim como reduziu a possibilidade de ações coletivas em saúde bucal. Agendas preenchidas por consultas iniciais e retornos sem espaço previsto de consultas de urgência/imediatas e ações educativas acaba engessando o funcionamento e inibindo as possibilidades de ofertas de acordo com as necessidades que se apresentam no cotidiano dos serviços.

Cabe sempre reforçar que há dificuldade na coleta de informações dos procedimentos realizados nas unidades, ainda feitas manualmente em formulários de papel, apontando para a necessidade de um sistema informatizado. (Meta 106)

A oferta de consultas médicas na atenção básica nos últimos 5 anos no município, em todos os quadrantes, está abaixo do indicador sugerido pelo PMAQ, para a cidade que foi 1,2 consulta médica/habitantes/ano. (Metas 62 e 63)

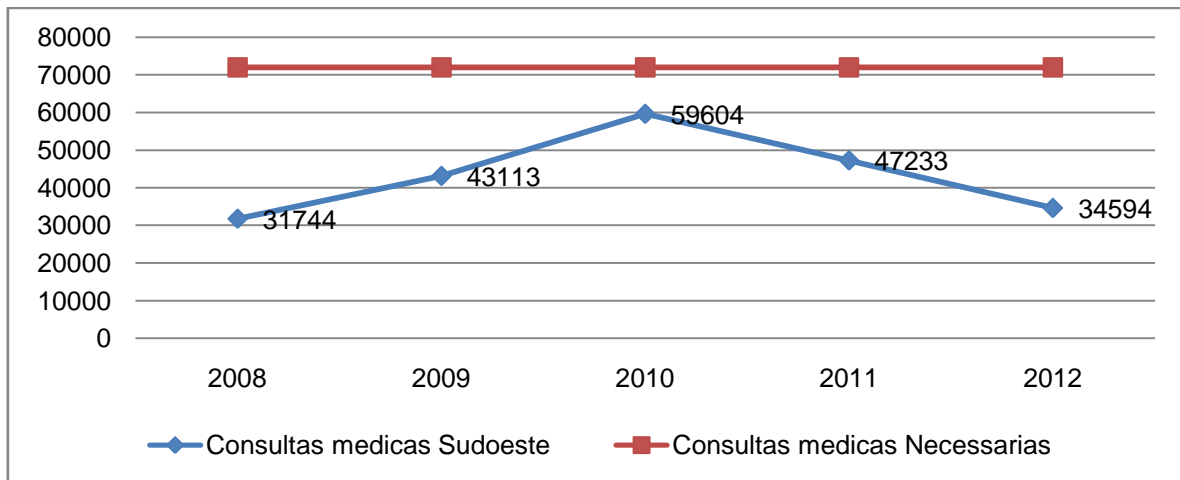
Tabela 73 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Sudoeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.

Ano	População	Consultas Médicas	Consultas Médicas Necessárias*
2008	60.000	31.744	72000
2009	60.000	43.113	72000
2010	60.000	59.604	72000
2011	60.000	47.233	72000
2012	60.000	34.594	72000

Fonte: IBGE censos e DPAS, SMS, Canoas

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 63 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Sudoeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.



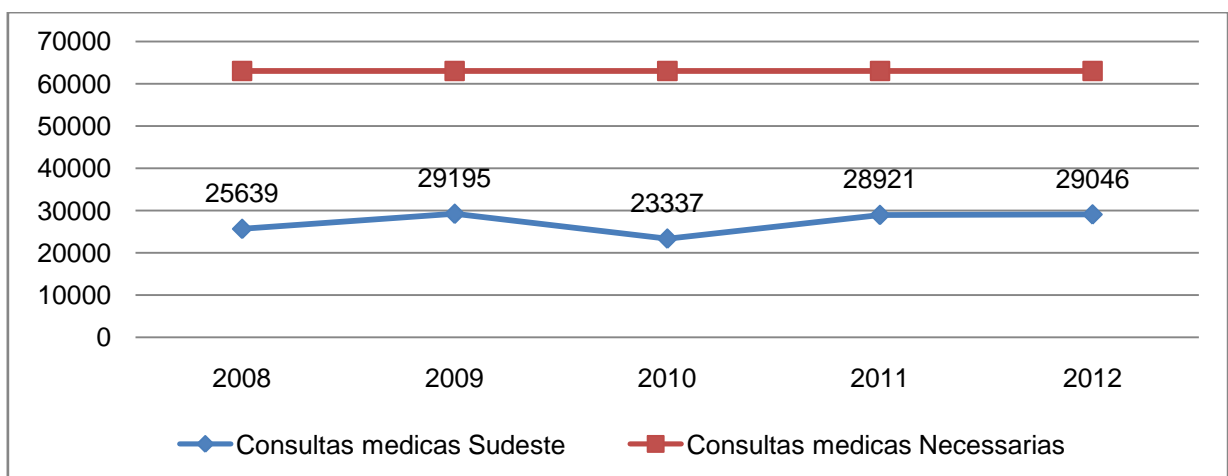
Fonte: IBGE censos e DPAS, SMS, Canoas

Tabela 74 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Sudeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.

Ano	População	Consultas Médicas Sudeste	Consultas Médicas Necessárias*
2008	53.000	25.639	63000
2009	53.000	29.195	63000
2010	53.000	23.337	63000
2011	53.000	28.921	63000
2012	53.000	29.046	63000

Fonte: IBGE censos e DPAS, SMS, Canoas

Gráfico 64 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Sudeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.



Fonte: IBGE censos e DPAS, SMS, Canoas

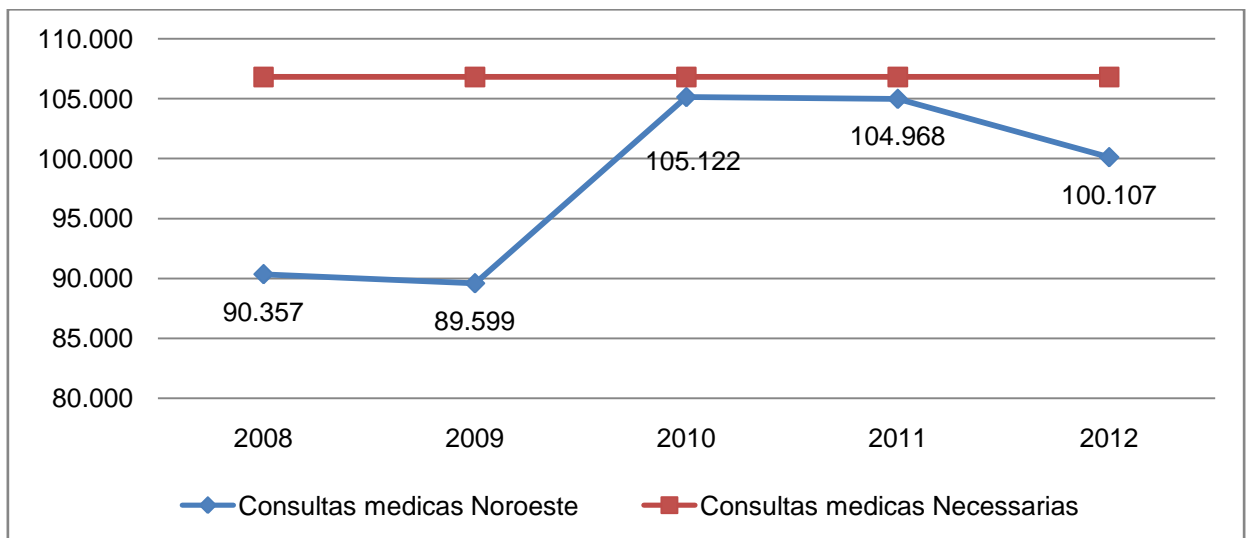
PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 75 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Noroeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.

ANO	População	Consultas Médicas Noroeste	Consultas Médicas Necessárias*
2008	89.000	90.357	106.800
2009	89.000	89.599	106.800
2010	89.000	105.122	106.800
2011	89.000	104.968	106.800
2012	89.000	100.107	106.800

Fonte: IBGE censos e DPAS, SMS, Canoas

Gráfico 65 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Noroeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.



Fonte: IBGE censos e DPAS, SMS, Canoas

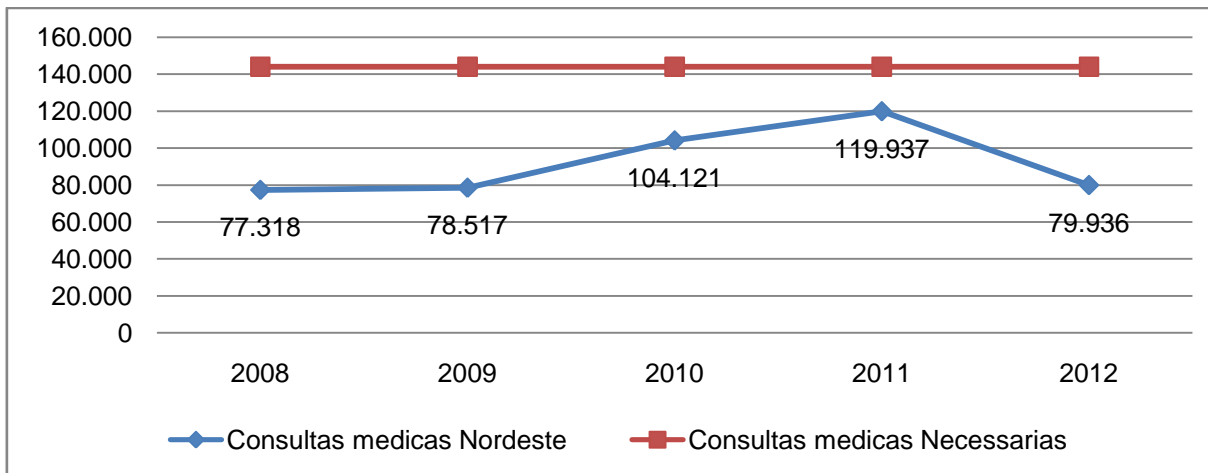
Tabela 76 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Nordeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.

	População	Consultas Médicas Nordeste	Consultas Médicas Necessárias*
2008	120.000	77.318	144.000
2009	120.000	78.517	144.000
2010	120.000	104.121	144.000
2011	120.000	119.937	144.000
2012	120.000	79.936	144.000

Fonte: IBGE censos e DPAS, SMS, Canoas

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Gráfico 66 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Nordeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.



Fonte: IBGE censos e DPAS, SMS, Canoas

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde foi lançado em 2011. Funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade da gestão municipal, estadual e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população. O município aderiu desde o primeiro ciclo do programa. A primeira fase, encerrada em 2012, demonstrou resultados semelhantes nas 6 equipes que participaram (UBS Cerne equipe I e II, Santo Operário I e II, União equipe área 13 e na UBS Jose Veríssimo), conforme pode-se verificar abaixo.

Tabela 77 - Consolidado do desempenho dos indicadores do PMAQ-AB, Canoas, RS

Desempenho	Município		Estrato		Estado		Brasil	
	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%
Muito acima da media	0	0	704	18,78	146	18,86	2904	18,72
Acima da media	0	0	1491	39,78	373	48,19	7157	46,13
Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100	1553	41,44	255	32,95	5454	35,15

Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 78 – Desempenho nas dimensões avaliadas pelo PMAQ-AB, Canoas, RS.

Dimensão	Subdimensão	Conceito			Município		Estado		Brasil	
			Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%
Conceito da equipe dimensão Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica	I.1 Fortalecimento da Gestão Municipal da Atenção Básica – Perfil da Gestão	Muito acima da média	6	100	986	26.31	260	33.59	3742	24.12
		Acima da média	0	.00	1378	36.77	133	17.18	3364	21.68
		Mediano ou um pouco abaixo da média	0	.00	1384	36.93	381	49.22	8409	54.20
		Muito acima da média	6	100.00	986	26.31	260	33.59	3742	24.12
		Acima da média	0	.00	1378	36.77	133	17.18	3364	21.68
		Mediano ou um pouco abaixo da média	0	.00	1384	36.93	381	49.22	8409	54.20
	I.2 Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	Muito acima da média	0	.00	0	.00	163	21.06	3933	25.35
		Acima da média	1	16.67	1761	46.99	303	39.15	5954	38.38
		Mediano ou um pouco abaixo da média	5	83.33	1987	53.01	308	39.79	5628	36.27
	I.3 Apoio Institucional da Gestão Municipal para as Equipes de Atenção Básica e Apoio Matricial	Muito acima da média	1	16.67	608	16.22	115	14.86	2642	17.03
		Acima da média	1	16.67	579	15.45	130	16.80	2644	17.04

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

		Mediano ou um pouco abaixo da média	4	66.67	2561	68.33	529	68.35	10229	65.93
II.1 Características Estruturais e Ambiência, Sinalização Externa e Interna da Unidade Básica de Saúde e Identificação visual das ações e serviços		Muito acima da media	0	.00	652	17.40	128	16.54	2524	16.27
		Acima da media	0	.00	1258	33.56	299	38.63	5467	35.24
		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100.00	1838	49.04	347	44.83	7524	48.50
II.2 Horário e Dias de Funcionamento da Unidade de Saúde		Muito acima da media	0	.00	662	17.66	75	9.69	1701	10.96
		Acima da media	1	16.67	1402	37.41	494	63.82	8425	54.30
		Mediano ou um pouco abaixo da média	5	83.33	1684	44.93	205	26.49	5389	34.73
II.3 Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos para Atenção à Saúde (incluindo saúde bucal)		Muito acima da media	0	.00	449	11.98	125	16.15	2078	13.39
		Acima da media	6	100.	1805	48.16	347	44.83	6788	43.75
		Mediano ou um pouco abaixo da média	0	.00	1494	39.86	302	39.02	6649	42.86
II.4 Informatização, Conectividade e Telessaúde		Muito acima da media	0	.00	521	13.90	302	39.02	2807	18.09
		Acima da media	0	.00	1400	37.35	233	30.10	5143	33.15

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

equipe dimensão Valorização do		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100	1827	48.75	239	30.88	7565	48.76
	II.5 Medicamentos Componentes da Farmácia Básica	Muito acima da media	0	.00	611	16.30	237	30.62	2447	15.77
		Acima da media	0	.00	1550	41.36	229	29.59	6115	39.41
		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100	1587	42.34	308	39.79	6953	44.81
	II.6 Imunobiológicos e Testes Rápidos da Unidade Básica Saúde	Muito acima da media	0	.00	76	2.03	17	2.20	497	3.20
		Acima da media	2	33.33	2458	65.58	551	71.19	10495	67.64
		Mediano ou um pouco abaixo da média	4	66.67	1214	32.39	206	26.61	4523	29.15
	II.7 Insumos e Medicamentos para Práticas Integrativas e Complementares	Muito acima da media	0	.00	501	13.37	60	7.75	1692	10.91
		Acima da media	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100	3247	86.63	714	92.25	13823	89.09
	III.1 Tempo de Atuação e qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	Muito acima da media	2	33.33	735	19.61	178	23.00	2790	17.98
		Acima da media	4	66.67	1300	34.69	288	37.21	5283	34.05

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

		Mediano ou um pouco abaixo da média	0	.00	1713	45.70	308	39.79	7442	47.97
	III .2 Gestão do Trabalho: Garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo	Muito acima da media	0	.00	0	.00	87	11.24	1666	10.74
		Acima da media	0	.00	2079	55.47	390	50.39	7055	45.47
		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100	1669	44.53	297	38.37	6794	43.79
	III. 3 Plano de Carreira e Remuneração Variável	Muito acima da media	0	.00	1087	29.00	106	13.70	2889	18.62
		Acima da media	0	.00	684	18.25	186	24.03	3391	21.86
		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100	1977	52.75	482	62.27	9235	59.52
	III .4 Educação Permanente no Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	Muito acima da media	0	.00	617	16.46	133	17.18	2582	16.64
		Acima da media	1	16.67	1118	29.83	270	34.88	6286	40.52
		Mediano ou um pouco abaixo da média	5	83.33	2013	53.71	371	47.93	6647	42.84
Qualidade da Atenção e	IV.1 Planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica	Muito acima da media	0	.00	0	.00	53	6.85	642	4.14
		Acima da media	1	16.67	2455	65.50	383	49.48	8391	54.08

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

		Mediano ou um pouco abaixo da média	5	83.33	1293	34.50	338	43.67	6482	41.78
IV.2 Organização dos Prontuários e Informatização		Muito acima da media	0	.00	885	23.61	91	11.76	1606	10.35
		Acima da media	0	.00	416	11.10	259	33.46	6201	39.97
		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100	2447	65.29	424	54.78	7708	49.68
IV.3 Organização da agenda da Equipe de Atenção Básica		Muito acima da media	0	.00	638	17.02	69	8.91	2601	16.76
		Acima da media	1	16.67	1650	44.02	316	40.83	6506	41.93
		Mediano ou um pouco abaixo da média	5	83.33	1460	38.95	389	50.26	6408	41.30
IV.4 Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica		Muito acima da media	1	16.67	685	18.28	109	14.08	2936	18.92
		Acima da media	2	33.33	1358	36.23	244	31.52	4854	31.29
		Mediano ou um pouco abaixo da média	3	50.00	1705	45.49	421	54.39	7725	49.79
V. 5 Acolhimento à Demanda Espontânea		Muito acima da media	0	.00	459	12.25	48	6.20	2502	16.13
		Acima da media	1	16.67	1807	48.21	301	38.89	6212	40.04

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

		Mediano ou um pouco abaixo da média	5	83.33	1482	39.54	425	54.91	6801	43.83
IV.6 Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio		Muito acima da media	0	.00	137	3.66	73	9.43	1807	11.65
		Acima da media	4	66.67	2278	60.78	309	39.92	7166	46.19
		Mediano ou um pouco abaixo da média	2	33.33	1333	35.57	392	50.65	6542	42.17
IV.7 Câncer do Colo do Útero e da Mama		Muito acima da media	1	16.67	1089	29.06	119	15.37	3372	21.73
		Acima da media	1	16.67	982	26.20	294	37.98	5160	33.26
		Mediano ou um pouco abaixo da média	4	66.67	1677	44.74	361	46.64	6983	45.01
IV.8 Planejamento Familiar, Pré-natal, Parto e Puerpério		Muito acima da media	0	.00	631	16.84	108	13.95	2233	14.39
		Acima da media	1	16.67	1630	43.49	343	44.32	6739	43.44
		Mediano ou um pouco abaixo da média	5	83.33	1487	39.67	323	41.73	6543	42.17
IV.9 Criança até os Dois Anos de Vida		Muito acima da media	0	.00	0	.00	156	20.16	3400	21.91
		Acima da media	1	16.67	2184	58.27	198	25.58	5509	35.51

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

		Mediano ou um pouco abaixo da média	5	83.33	1564	41.73	420	54.26	6606	42.58
IV.10 Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)		Muito acima da media	0	.00	749	19.98	96	12.40	2883	18.58
		Acima da media	2	33.33	1309	34.93	249	32.17	5677	36.59
		Mediano ou um pouco abaixo da média	4	66.67	1690	45.09	429	55.43	6955	44.83
IV.11 Saúde Mental		Muito acima da media	1	16.67	628	16.76	156	20.16	2684	17.30
		Acima da media	1	16.67	1066	28.44	215	27.78	3905	25.17
		Mediano ou um pouco abaixo da média	4	66.67	2054	54.80	403	52.07	8926	57.53
IV.12 Tuberculose e Hanseníase		Muito acima da media	0	.00	897	23.93	57	7.36	3590	23.14
		Acima da media	0	.00	983	26.23	122	15.76	3469	22.36
		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100	1868	49.84	595	76.87	8456	54.50
IV.13 Práticas Integrativas e Complementares, Promoção da Saúde e Bolsa Família		Muito acima da media	0	.00	769	20.52	60	7.75	1651	10.64
		Acima da media	2	33.33	646	17.24	279	36.05	6551	42.22

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

	Mediano ou um pouco abaixo da média	4	66.67	2333	62.25	435	56.20	7313	47.14
IV.14 Equipe de Atenção Básica como Coordenadora do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde, Ordenação e Definição de Fluxos e Resolubilidade das Ações e Práticas Inovadoras	Muito acima da média	0	.00	692	18.46	99	12.79	2726	17.57
	Acima da média	2	33.33	1319	35.19	234	30.23	5241	33.78
	Mediano ou um pouco abaixo da média	4	66.67	1737	46.34	441	56.98	7548	48.65
IV.15 Saúde Bucal	Muito acima da média	0	.00	792	21.13	58	7.49	2429	15.66
	Acima da média	5	83.33	1158	30.90	345	44.57	6403	41.27
	Mediano ou um pouco abaixo da média	1	16.67	1798	47.97	371	47.93	6683	43.07
IV.16 Programa Saúde na Escola	Muito acima da média	2	33.33	763	20.36	160	20.67	3003	19.36
	Acima da média	2	33.33	773	20.62	165	21.32	3394	21.88
	Mediano ou um pouco abaixo da média	2	33.33	2212	59.02	449	58.01	9118	58.77
IV.17 População Rural, Assentados e Quilombolas	Muito acima da média	1	16.67	227	6.06	142	18.35	2804	18.07
	Acima da média	0	.00	2	.05	125	16.15	2063	13.30

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

		Mediano ou um pouco abaixo da média	5	83.33	3519	93.89	507	65.50	10648	68.63
V- Conceito da equipe dimensão Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário	V.1 Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde	Muito acima da media	0	.00	744	19.85	64	8.27	1719	11.08
		Acima da media	0	.00	477	12.73	310	40.05	5914	38.12
		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100	2527	67.42	400	51.68	7882	50.80
	V.2 Acolhimento à Demanda Espontânea	Muito acima da media	0	.00	184	4.91	123	15.89	1392	8.97
		Acima da media	0	.00	1841	49.12	343	44.32	7003	45.14
		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100.00	1723	45.97	308	39.79	7120	45.89
	V.3 Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	Muito acima da media	0	.00	78	2.08	47	6.07	793	5.11
		Acima da media	0	.00	1879	50.13	332	42.89	7854	50.62
		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100	1791	47.79	395	51.03	6868	44.27
	V.4 Atenção a Saúde da Mulher, Gestante e Criança	Muito acima da media	0	.00	90	2.40	101	13.05	1478	9.53
		Acima da media	0	.00	1348	35.97	248	32.04	5201	33.52

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100	2310	61.63	425	54.91	8836	56.95
V.5 Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)		Muito acima da média	0	.00	724	19.32	116	14.99	2115	13.63
		Acima da média	0	.00	375	10.01	238	30.75	4488	28.93
		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100	2649	70.68	420	54.26	8912	57.44
V.6 Satisfação e Mecanismos de Participação do Usuário		Muito acima da média	0	.00	46	1.23	72	9.30	582	3.75
		Acima da média	0	.00	1798	47.97	370	47.80	8104	52.23
		Mediano ou um pouco abaixo da média	6	100	1904	50.80	332	42.89	6829	44.02
V.7 Saúde Bucal		Muito acima da média	6	100	229	6.11	77	9.95	1569	10.11
		Acima da média	0	.00	883	23.56	183	23.64	4028	25.96
		Mediano ou um pouco abaixo da média	0	.00	2636	70.33	514	66.41	9918	63.93

Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB

Tabela 79 – Desempenho da avaliação das áreas estratégicas, PMAQ-AB, Canoas, RS.

Área estratégica	Indicadores	Média				Parâmetro esperado	
		Município	Estrato	Estado	Brasil	Estrato	Brasil

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

1 Saúde da Mulher	1.1 Proporção de gestantes cadastradas (sobre as estimadas)	38,1	67,4	59,8	58,3	Maior ou igual a 69,0	Maior ou igual a 58,3
	1.2 Número médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	5,1	7,2	6,5	7,6	Entre 7,9 e 13,5	Entre 7,9 e 11,4
	1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	56,7	83,1	88,0	85,8	Maior ou igual a 80,0	Maior ou igual a 80,0
	1.4 Proporção de gestantes com o pré-natal em dia	74,1	89,6	93,3	93,3	Maior ou igual a 88,5	Maior ou igual a 93,3
	1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia	70,5	91,2	93,0	94,5	Maior ou igual a 95,0	Maior ou igual a 95,0
	1.6 Razão entre exames citopatológico do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais	42,2	32,7	34,4	35,7	Maior ou igual a 50,1	Maior ou igual a 51,0
2 Saúde da Criança	2.1 Média de atendimentos de Puericultura em crianças menores de 2 anos	3,4	4,7	4,1	5,6	Entre 4,6 e 8,2	Entre 4,6 e 9,4
	2.2 Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo	54,6	70,3	75,6	76,3	Maior ou igual a 75,0	Maior ou igual a 75,0
	2.3 Proporção de Crianças menores de 1 ano com vacina em dia	71,5	89,5	94,9	94,7	Maior ou igual a 95,0	Maior ou igual a 95,00
	2.4 Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas	69,0	79,0	88,6	87,3	Maior ou igual a 83,6	Maior ou igual a 87,3
	2.5 Média de consultas médicas para crianças menores de 1 anos acompanhadas por meio de visitas domiciliares	7,9	4,7	5,7	4,1	Entre 3,5 e 8,3	Entre 3,5 e 7,5

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

	2.6 Média anual de consultas médicas para crianças menores de 5 anos acompanhadas por meio de visitas domiciliares	2,4	2,3	3,2	2,5	Entre 1,6 e 3,7	Entre 1,6 e 3,8
3 Hipertensão e Diabetes	3.1 Proporção de diabéticos cadastrados com 15 anos ou mais	48,5	74,7	67,1	73,2	Maior ou igual a 65,0	Maior ou igual a 65,00
	3.2 Proporção de hipertensos cadastrados com 15 anos ou mais	38,8	73,7	76,4	75,3	Maior ou igual a 75,0	Maior ou igual a 75,00
	3.3 Média de atendimentos em diabéticos com 15 anos ou mais	4,2	4,2	4,6	5,5	Entre 3,0 e 6,4	Entre 3,0 e 7,1
	3.4 Média de atendimentos em hipertensos com 15 anos ou mais	2,3	3,2	3,3	4,1	Entre 2,0 e 4,4	Entre 2,0 e 5,4
5 Produção Geral	5.1 Média de consultas médicas por habitantes	1,1	1,2	1,8	1,4	Entre 1,0 e 2,5	Entre 1,0 e 2,5
	5.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado	23,6	30,6	21,3	23,3	Entre 37,2 e 60,1	Entre 23,3 e 44,2
	5.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada	43,2	41,2	39,6	49,1	Entre 26,5 e 73,5	Entre 21,0 e 77,1
	5.4 Proporção de consulta médica de demanda imediata	8,2	20,2	43,8	30,1	Entre 4,7 e 46,7	Entre 2,6 e 57,6

Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB

Considerando os critérios de desempenho: muito acima da média, acima da média, e mediano ou um pouco abaixo da media, no consolidado dos municípios, Canoas recebeu nota mediana ou um pouco abaixo da média, em 100% das equipes avaliadas. O resultado evidenciou fragilidade no cuidado à saúde desenvolvido na

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

estratégia de saúde da família. A maioria das equipes do RS (48,19%) e no Brasil (46,13%), receberam desempenho acima da média.

Na dimensão e subdimensão da gestão, estrutura, valorização do trabalhador, acesso e satisfação do usuário dos 38 itens, o município alcançou conceito de muito acima da média em 03 indicadores (7,9%) em Fortalecimento da gestão, visita domiciliar e na satisfação do usuário em saúde bucal. Considerado acima da média (tempo de atuação e qualificação da equipe, saúde bucal e PSE) em mais 03 indicadores (7,9%) e os 32 demais indicadores (84%) apresentaram-se como mediano ou um pouco abaixo da média, demonstrando referenciais de desempenho muito ruins nas equipes avaliadas.

Na avaliação de áreas estratégicas que avaliam atenção e acesso em saúde da mulher, saúde da criança, hipertensão, diabetes e produção geral os indicadores, os resultados foram os seguintes:

- A proporção de consulta médicas para cuidado continuado: 23,6 para uma média de estrato esperado de 30,6);
- A proporção de consultas médicas de demanda agendada: 43,2 para uma media de estrato de 41,2;
- A proporção de consulta médica de demanda imediata: 8,2 para um estrato de média de 20,1.

Os dados demonstram que a proporção de consultas imediatas e de cuidado continuado ficam prejudicados, devido à alta proporção de consultas agendadas (iniciais) pelo teleagendamento.

Para que a equipe tenha a condições de acolher e definir alternativas de atendimento em tempo oportuno, com base nas necessidades identificadas, precisa haver espaço nas agendas. Caso as agendas dos profissionais estejam plenas com agendamentos prévios inexistente essa possibilidade restando aos usuários a busca por atendimentos em outros serviços do sistema. Essa situação dificulta o vínculo do paciente ao serviço de seu território e, de certa forma, dilui a responsabilidade sanitária sobre o mesmo.

O PMAQ orienta que haja disponibilidade nas agendas das UBS para consultas imediatas (até 48h), para atender às necessidades emergentes dos usuários.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Prevê também a existência nas agendas a modalidade de consulta programada para possibilitar o cuidado continuado para os usuários com problemas crônicos e para as gestantes. A bem da verdade esse é o principal papel da atenção básica: cuidar das pessoas e evitar que os problemas crônicos agudizem.

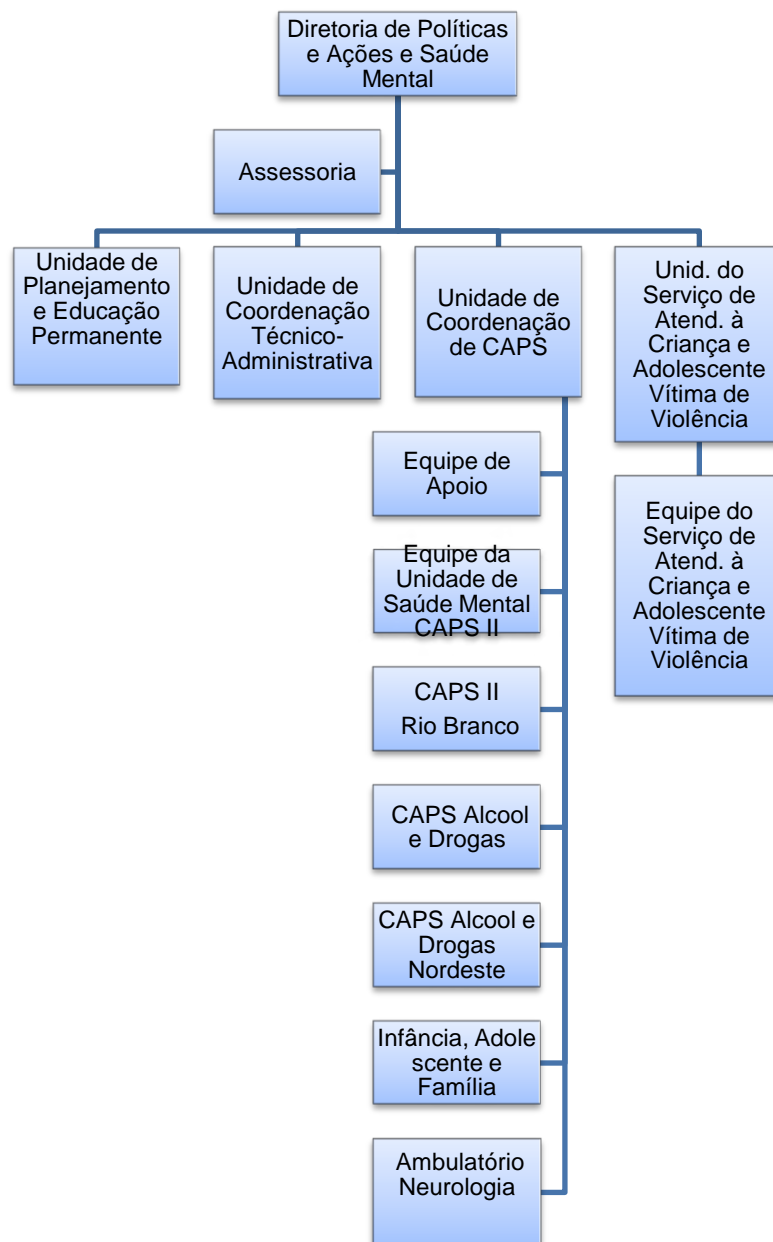
Para os cuidados eventuais e sem urgência como por exemplo, para exames preventivos ou solicitação uma consulta especializada junto ao oftalmologista para troca de lentes, está previsto a chamada consulta agendada, que poderá ser marcada com antecedência, sem prejuízo para o usuário. (Meta 64)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Atenção em saúde mental

A atenção à saúde mental no município segue os preceitos da Política Nacional de Saúde Mental - PNSM, apoiada na lei 10.216/01, que busca a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. As ações são coordenadas pela Diretoria de Políticas e Ações em Saúde Mental e está assim estruturada:

Fig. 7 – Organograma da Diretoria de Políticas e Ações em Saúde Mental, Canoas, RS.



Fonte: DTA, SMS, Canoas

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

A rede de cuidado em Saúde Mental na cidade iniciou com a habilitação de um CAPS II com a Portaria nº 2103/GM de 19 de novembro de 2002, seguida pela habilitação de um CAPS I com a Portaria nº 454 de 18 de maio de 2012 e, mais recentemente habilitou-se um CAPS AD II com a Portaria nº 227 de 01 de março de 2013. Com a adesão ao Programa Crack, pactuou-se a habilitação do atual CAPS II Rio Branco - funcionando sem habilitação - como CAPS III. Para o CAPS AD II Nordeste que se encontra na mesma situação, sem incentivo ou habilitação, foi encaminhado o processo de habilitação, já como CAPS AD III. No caso do CAPS AD II Travessia, já habilitado, encaminhamos projeto de qualificação que o transformará em CAPS AD III.

Considerando as pactuações já realizadas junto ao MS ocorre a habilitação de 10 leitos no HU (outros 15 estão habilitados pelo estado), construção de uma Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI), destinado a jovens usuários de drogas que não cumprem medidas sócio-educativas, qualificação de um CAPS AD II para CAPS AD III, habilitação de um novo CAPS AD III, habilitação de um novo CAPS III e uma Equipe de Consultório na Rua, modalidade I (DPAS).

Serão construídas sedes próprias para três CAPS e para a UAI citadas, hoje alugadas, incentivadas pela Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013, através de projetos encaminhados e já aprovados pelo Ministério de Saúde.

Ainda seguindo o que é preconizado pela PNSM, o município vem desenvolvendo ações no sentido de instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pelo MS através da Portaria/GM Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, cujos objetivos são: ampliar do acesso à atenção psicossocial, promover a vinculação das pessoas em sofrimento e ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Com isso, procura oferecer a garantia de acesso as pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas pelos serviços, comunidade e cidade.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 80 - Rede de Atenção à Saúde Mental, Canoas, RS.

Componente	Serviço	Existentes	Situação
Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde	26	Com a DPAS, retomar o matriciamento.
	Consultório Na Rua	0	Articular ações com a DPAS e SMDS
	NASF	1	Com a DPAS, retomar o matriciamento.
	Centro de Convivência	0	
	CAPS II	2	
	CAPS III	0	Pactuado para 2014, transformar 1 CAPS II em III
	CAPS ad	2	
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS ad III	0	Pactuado, para 2014, transformar os dois CAPS ad em CAPS III
	CAPS i	1	
	Unidade de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência	1	Em reestruturação Não está na PNSM
	Saúde Mental do Idoso	1	Em reestruturação para ampliar o cuidado. Não está na PNSM
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU	Cobertura municipal	Pactuar ações em parceria
	UPAS	6	Pactuar ações em parceria
	Acolhimento Adulto	0	
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil	0	Pactuada 01 para 2014.
	Comunidade Terapêutica	3	20 masc. 5 fem. (adultos)
Atenção Hospitalar	Leitos	25	
	Enfermaria Especializada	0	Atendimentos à crise: emergência HNSG e ou HPS.
	Serviço de Residencial Terapêutico	36	28
Estratégia de Desinstitucionalização	Comunidade Terapêutica 20 leitos masculinos adultos com 17 ocupados		
	Comunidade Terapêutica Feminino adulto 05 leitos com 02 ocupados		
Reabilitação Psicossocial	Programa de volta para Casa	9	
	Iniciativas de geração de renda	0	Em 2011 o município foi contemplado através de votação do Orçamento público Estadual (o recurso não foi repassado)
	Cooperativas	0	
	Outras formas de inclusão no mercado de trabalho		O CAPS II Novos Tempos vem fazendo articulações com empresas para reinserir trabalhadores

Fonte: DPASM, SMS, Canoas, 2013.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Alguns aspectos da atenção em saúde mental em Canoas merecem destaque conforme segue:

Programa de Volta Para Casa

O Programa de Volta Para Casa dispõe sobre a regulamentação do auxílio reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar. O auxílio instituído pelo Programa atende a pessoas acometidas de transtornos mentais com história prévia de internação psiquiátrica de longa permanência, ou para os que caracterizem situação de grave dependência institucional.

Este Programa atende ao disposto na Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, ou seja, que pessoas acometidas por transtorno mental sejam acolhidas por política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Criado em 2003 o Programa de Volta Para Casa assegura ao portador de transtornos mentais sua reinserção na sociedade com o auxílio-reabilitação psicossocial no valor de R\$ 412,00 (quatrocentos reais e doze centavos). O Município confirmou seu cadastro junto ao Ministério da Saúde em setembro de 2010. Atualmente são nove beneficiários cadastrados no Programa de Volta para Casa.

É indispensável salientar que o tratamento dos transtornos mentais e do uso abusivo de substâncias psicoativas deve se basear no afeto, vínculo e na potência territorial. A rede de referência e contra referência é um processo dinâmico, podendo o usuário estar vinculado ora em outro serviço, dependendo de suas demandas e necessidades.

Os serviços de saúde mental de Canoas utilizam-se do documento de referência e contra referência para o encaminhamento dos usuários do serviço, bem como contata por telefone, com um membro da equipe que receberá o usuário, colocando-se à disposição para informações complementares, caso necessário, buscando, desta forma, garantir a continuidade do cuidado com o usuário.

Saúde Mental de Crianças e Adolescentes

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Se por um lado a Reforma Psiquiátrica trouxe inúmeros avanços no cuidado dos adultos, por outro, ainda não cumpriu esta tarefa no que se refere a crianças e adolescentes. Um levantamento realizado pela OMS em todo o mundo revela que a escassez de recursos para promover a saúde mental infantil é de várias ordens: humano, fragilidade nos serviços de atendimento, falta de programas de capacitação e de políticas de SM específica a essa faixa etária.

Em Canoas, os dois serviços que prestam atendimento na área da infância e adolescência: o CAPS i e a USACAVV, apresentam o mesmo problema dos serviços que atendem adultos: dificuldade em apurar dados epidemiológicos, prejudicando, desta forma, a elaboração de um diagnóstico sobre o tema.

E no que se refere à atenção básica, encontramos dois graves problemas: a necessidade prevista do encaminhamento exclusivamente por pediatras, profissionais que, à priori, fazem os encaminhamentos aos CAPS i e, a baixa capacidade dos profissionais em reconhecer problemas de saúde mental em crianças, conforme estudo e pela vivência de apoio matricial ocorrido em 2011.

Criada para prestar atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência, a Unidade de Serviço de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência (USACAVV), é constituída por uma equipe multiprofissional: Serviço Social, Psicologia, Pedagogia, Medicina e serviço de apoio administrativo faz parte da rede de atendimento do município. Oferece atendimento especializado em saúde para crianças e adolescentes vítimas de violência, através de demanda referenciada.

Durante 2013, a unidade está se preparando para adotar seu papel e induzir a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, nos moldes previstos pelo Ministério da Saúde, que estabelece as dimensões de cuidado: o acolhimento, o atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), a notificação e o seguimento na rede de atenção e de proteção social.

A Unidade de Coordenação Técnico Administrativa, estrutura centralizada, tem como atribuições a regulação dos leitos psiquiátricos do Hospital Universitário Mãe de Deus, das internações para desintoxicação por dependência química e tratamento sofrimento psíquico, das Comunidades Terapêuticas, e do Serviço de Residencial Terapêutico. Nesta Unidade também são realizados os atendimentos e

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

esclarecimentos de usuários para o acesso aos serviços acima. Além disso faz a fiscalização dos contratos com as empresas prestadoras de serviço junto a DPASM atuando na elaboração de Termo de Referência, Comissão de Análise de Documentos em Licitações, e pelo agendamento e encaminhamento dos usuários para avaliações compulsórias solicitadas através de Ordem Judicial e pela emissão de relatórios atendendo a demanda de informações solicitadas pelo Poder Judiciário e Ministério Público.

A Unidade de Coordenação dos CAPS promove ações de fortalecimento do processo terapêutico nos CAPS e auxilia no planejamento das atividades de saúde mental.

A Unidade de Planejamento e Educação Permanente visa contribuir na transformação e qualificação das práticas de saúde mental. Organiza mensalmente rodas de conversa com trabalhadores da rede de saúde, ampliando, por vezes para a rede de assistência. Promove cursos e outras formas de qualificação profissional.

Processos de trabalho

Os serviços de saúde mental do município visam trabalhar com a perspectiva da integralidade e vínculo com o usuário. Apresentam como eixo norteador a Reforma Psiquiátrica Brasileira, utilizando os dispositivos da clínica ampliada como ferramenta para articular ações no território. Um destes dispositivos, o Projeto Terapêutico Singular está intrínseco nas práticas cotidianas dos trabalhadores da rede de saúde mental, sendo que este potencializa as ações que visam o protagonismo e autonomia dos usuários. Desta forma, integra as ações da rede de serviços com a realidade social, valorizando as singularidades e levando em conta as subjetividades dos seus atores, usuários, familiares e trabalhadores.

Territorialização

O SUS trata a territorialização como uma estratégia operacional de cuidado, efetivada através da Saúde da Família. Assim, o território é um conceito central, norteador das ações do serviço. Ainda apoiando-se no conceito de territórios

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

existenciais, estes podem ser individuais ou de grupos, se configuram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que estabelecem entre si.

Os serviços de saúde mental de Canoas dividem a área de abrangência territorial, segundo o Decreto nº 185, de 31 de maio de 2012, que organiza o município de acordo com os 4 quadrantes organizacionais (Sudoeste, Sudeste, Nordeste e Noroeste), conforme quadro abaixo, e respeita o território de afeto dos usuários, possibilitando, também, que a referência seja o pertencimento e vínculo com os serviços.

A Portaria nº 336/02, que institui os CAPS, estabelece no parágrafo 2º do artigo 1º, que os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.

Descentralização

O cuidado em saúde mental deve ser pensado de acordo com cada caso, não sendo normatizado, levando-se em conta as singularidades dos sujeitos envolvidos. Neste sentido, não possui como objetivo a alta do usuário do serviço, mas sim a provocação de autonomia e corresponsabilização deste sobre o seu cuidado.

A partir do projeto terapêutico singular, o qual é formulado juntamente entre trabalhadores e usuários, a descentralização ocorre com vistas a direcionar o usuário para o seu território, possibilitando que este possa percorrer diferentes dispositivos da sua rede psicossocial e afetiva. Porém, o acompanhamento com os serviços de saúde mental dar-se-á sempre que necessário, seja no atendimento direto com o usuário, seja com o apoio a rede de atenção básica e outros serviços que prestam atendimento aos usuários do município.

Atendimento à Crise

O acolhimento à crise é realizado no CAPS, sendo o usuário acompanhado pelo seu técnico de referência e planejadas ações de acordo com o seu PTS. No entanto, há casos em que os usuários são encaminhados, para atendimento à crise no Hospital Nossa Senhora das Graças, sendo este responsável por usuários

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

adultos. Em caso de crianças e adolescentes, o encaminhamento será ao Hospital Psiquiátrico São Pedro. Havendo indicação de internação hospitalar, os pacientes maiores de 18 anos são encaminhados ao Hospital Universitário da ULBRA. Existe o problema identificado sobre o transporte de pacientes em crise psicomotora.

Processos obstrutores e limites no contexto do cuidado integral em Saúde Mental

Conforme Palombini (2006), os processos de trabalho envolvendo as equipes dos serviços substitutivos veem-se afetados pela complexidade do contexto em que se encontram inseridos, sendo-lhes exigido o enfrentamento cotidiano de impasses. A atenção psicossocial no CAPS ou no território, requer um trabalho coletivo em que se impõe a desmontagem da estrutura hierárquica em que se assentam as formas tradicionais de organização e gestão do trabalho em saúde e um alargamento do seu campo de ação.

Abaixo indicamos alguns processos obstrutores de ordem da infraestrutura, recursos humanos e gestão da clínica ampliada no que diz respeito a aspectos institucionais e de rede:

- Material insuficiente e pouco diversificado para as oficinas terapêuticas;
- Estrutura física limitada para o atual trabalho desenvolvido pelas equipes (os dois CAPS II e os dois CAPS ad) e estrutura física precária (UACAV e Saúde Mental do Idoso);
- Informatização insuficiente em todos os Serviços;
- Equipe técnica e de apoio insuficiente para a quantidade de usuários e a complexidade dos casos;
- Ausência de um projeto institucional;
- Dificuldade de trabalhar a promoção e prevenção com os usuários e seus familiares, bem como, a dificuldade de aderência dos familiares no tratamento do portador de sofrimento psíquico;
- Desconhecimento da real demanda reprimida dos usuários em sofrimento psíquico que fazem parte do território que cada serviço abrange, dificuldade no estabelecimento de fluxos quanto à descentralização dos usuários e desconhecimento dos recursos disponíveis no território;

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Falta de uma escala dos técnicos de referência por turno;
- Baixa resolutividade da assistência prestada em nível de atenção básica a saúde mental (profissionais não tratam transtornos moderados);
- Ausência de Equipes de Estratégias da Família nas regiões Nordeste e Sudeste do município;

Assistência Farmacêutica

Pensar sobre a integralidade das ações e serviços de saúde também significa pensar sobre ações e serviços de assistência farmacêutica. Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que este uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado, é imperativo que a Assistência Farmacêutica seja vista sob a ótica integral.

De um modo geral, a assistência farmacêutica no SUS vem se estruturando ao longo dos últimos anos e assumindo um papel estratégico como atividade essencial na atenção à saúde da população brasileira. O estabelecimento de políticas para a área, entre elas a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica vêm assegurar o acesso e promover o uso racional de medicamentos.

São componentes da rede de assistência farmacêutica:

Assistência Farmacêutica Básica – que promove o acesso de medicamentos para as doenças mais comuns entre os brasileiros (Farmácia Básica).

Medicamentos Estratégicos (Farmácia do SAE) que promove o tratamento de doenças que têm um programa específico como AIDS, Hanseníase, Tuberculose, Controle de Tabagismo e outros. O paciente deve ser cadastrado no programa específico de cada doença.

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Farmácia do Estado): que é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde.

Programa Farmácia Popular do Brasil, facilitando o acesso a uma lista de 97 medicamentos classificados com essenciais, que faz parte da Política de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, onde a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) é o órgão do Ministério da Saúde e executora do programa.

A Secretaria Municipal da Saúde de Canoas, no ano de 2009, criou a Unidade Farmacêutica com o intuito de descentralizar a assistência farmacêutica no município, até então centralizado na farmácia básica municipal. Estabeleceu como objetivos consolidar vínculos entre os serviços e a população canoense, promover o acesso, o uso racional dos medicamentos e a integralidade das ações. Considerando que o município está dividido administrativamente em quatro quadrantes, houve a decisão de implantar uma por distrito que são chamadas de Farmácias Regionais que foram inauguradas uma por semana no mês de março de 2009.

Com o crescente número de atendimentos da farmácia do quadrante Noroeste, que abrange 110 mil pessoas, houve a necessidade de abertura de outra farmácia em setembro do mesmo ano para dividir os atendimentos e foi chamada Farmácia Noroeste II.

Atualmente, o Município, dispõe de 6 Farmácias Básicas, Farmácia do Estado, Farmácia do SAE. Cada Farmácia conta com um farmacêutico responsável técnico priorizando a atenção farmacêutica; atendentes de farmácia de 8h diárias, e estagiários de Farmácia e Biomedicina, todos capacitados para a função.

As Farmácias Básicas contemplam um total de 113 itens da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), que deve ser atualizada anualmente. Os usuários são os atendidos pela rede pública ou privada (particular e convênios), bastando que possuam receita e cadastro no programa Canoas Saúde.

O plano terapêutico individualizado em saúde mental, que frequentemente faz uso de medicamentos controlados observa-se existem muitos conflitos. Além das peculiaridades relativas aos pacientes, o rigoroso controle imposto por legislações federais relativo aos tipos de receitas e prazos acabam gerando grande parte desses eventos. (Meta 91)

Atenção especializada ambulatorial

A atenção especializada se organiza a partir de serviços de apoio diagnóstico ou de especialidades médicas e não médicas que não estão na atenção básica e exigem uma tecnologia mais avançada e específica.

No município esta dividida em serviços próprios e em Consultas especializadas e exames em serviços contratados. Em ambas as situações, as solicitações são provenientes da rede básica, ou por especialistas quando há necessidade de interconsultas ou exames.

Serviços Próprios

O centro de especialidades médicas (CEM) é um serviço próprio que oferece atendimento em oftalmologia, traumatologia, cardiologia, dermatologia, cirurgia vascular, endocrinologia, oncologia, hematologia, gastroenterologia, pneumologia adulto, pneumologia pediátrica e neurologia. Não oferece exames diagnósticos.

O acesso ao CEM é através do teleagendamento dos pacientes referenciados pela rede de atenção primária incluindo a UPA idoso.

Centro de Especialidades Odontológicas

O levantamento de dados epidemiológicos sobre as condições de saúde bucal da população brasileira, realizado em 2003 (SB Brasil), evidenciou a necessidade da organização do atendimento de média complexidade em odontologia nos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde, através do Programa Brasil Sorridente e passou a credenciar quantos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), quantos forem necessários para atendimento à demanda da população da região/microrregião de saúde. O limite se dá pela disponibilidade financeira do Ministério da Saúde.

O município aderiu ao Programa, em maio de 2007, implantando um CEO tipo I, para atender os usuários que necessitam de atenção odontológica em nível secundário (casos de maior complexidade), as seguintes especialidades:

- Estomatologia (diagnóstico e tratamento de lesões e câncer bucal);

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- Endodontia (tratamento de canal);
- Periodontia (tratamento de gengiva);
- Cirurgia oral menor;
- Atendimento a pessoas com deficiência e necessidades especiais;
- Odontopediatria.

O acesso é através de referência da rede de atenção básica após ter realizado os procedimentos de seu nível de complexidade e a marcação é feita diretamente no CEO.

São atendidos, em média, 800 pacientes/mês e realizados em torno de 2.500 procedimentos odontológicos especializados.

Existe demanda reprimida de algumas especialidades como endodontias, estomatologia e pacientes especiais, assim como de exames radiológicos e biópsias. Essa situação fragmenta o atendimento e dificulta o seguimento numa linha de cuidado integral ao usuário. (Metas 48 e 95)

Saúde nutricional

A saúde nutricional ou serviço de nutrição tem como objetivo a promoção e proteção da saúde e a prevenção de doenças relacionadas à alimentação e nutrição. Promove o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais que valorizem a produção e o consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, bem como padrões alimentares mais variados, desde os primeiros anos de vida até a velhice.

Diferentes ações são realizadas para estimular a autonomia das pessoas na escolha e favorecer a adoção de práticas saudáveis de alimentação e de vida, como:

Acompanhamento Bolsa Família programa Federal que prevê o acompanhamento e orientação nutricional de crianças menores de 7 anos de idade e mulheres em idade fértil entre 14 anos a 44 anos. Toda a quarta-feira é distribuída frutas/legumes para incentivar o consumo dos mesmos, através do “Programa Canoas Viva com Mais Saúde”. Recurso oriundo do Índice de Gestão Descentralizada – IGD do Programa Bolsa Família. Ainda dentro desse Programa são desenvolvidas oficinas de educação alimentar e palestras sobre temas relacionados à saúde em geral; Avaliação Risco Nutricional: Programa Municipal. É

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

feito o acompanhamento e orientação nutricional com entrega de alimentos e suplementos alimentares para crianças entre 6 meses e 5 anos de idade em situação de vulnerabilidade socioeconômica que se encontram em risco nutricional ou com baixo peso. (Meta 61)

Acompanhamento à Tuberculose: Oferece suporte nutricional para pacientes em tratamento para tuberculose (entrega de alimentos e suplementos alimentares para pacientes com baixo peso e em dificuldades socioeconômicas que estejam em tratamento no Serviço de Tisiologia). (Meta 19)

Entrega de Leites Especiais: Programa Municipal. É feita entrega de fórmulas infantis para crianças de zero a seis meses que não estejam sendo alimentadas com leite materno, encaminhadas pelo pediatra, e crianças de zero a cinco anos ou mais que tenha diagnóstico e encaminhamento médico para alergia ou intolerância ao leite de vaca, enquanto as mesmas não estiverem recebendo via Estado. (Meta 40)

Suporte Nutricional: Programa Municipal para pacientes em uso de nutrição enteral e com necessidades de suplementação via oral (entrega de alimentos, suplementos alimentares e ou dieta enteral/oral) encaminhado pelos hospitais até que seus processos sejam deferidos pelo Estado.

Projeto Nascer: Programa do Estado direcionado a crianças de zero a 12 meses de vida, filhas de mães com diagnóstico de HIV e em tratamento no SAE. (Meta 40)

Qualidade de Vida Melhor: Programa municipal, no momento suspenso direcionado a indivíduos com HIV, que estejam com baixo peso ou em vulnerabilidade social e em tratamento no SAE.

Atendimento ambulatorial para pacientes com HIV: Atendimento nutricional para pacientes críticos em tratamento no SAE com necessidades de orientação nutricional
Ambulatório de Feridas: Atendimento nutricional para pacientes críticos em tratamento no Ambulatório de Feridas do município.

Ambulatório de gestantes da Saúde da Mulher: atendimento a gestantes de alto risco encaminhadas pela Saúde da Mulher, que estejam necessitando de orientação e acompanhamento nutricional.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Ambulatório Programa Bolsa Família: Orientação nutricional a crianças e adultos beneficiários do Programa Bolsa com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis.

Suplementação de Vitamina A e Ferro: Em fase de implementação (vitamina A) e reestruturação (Ferro).

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: Digitação e acompanhamento dos dados antropométricos coletados pelas Unidades Básicas de Saúde e outros Serviços no SISVAN WEB. (Meta 106)

Portal da Bolsa Família na Saúde: Digitação dos dados de acompanhamento das condicionalidades da Saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Portal do MS.

Programa Saúde na Escola: São desenvolvidas atividades e oficinas de educação alimentar e nutricional para escolares da rede pública de ensino. Estas ações são executadas no serviço de nutrição que é um serviço central, porém pela relevância de seu trabalho e por tratar de promoção e prevenção deveria ser vinculado às atividades das unidades básicas responsáveis pela promoção e prevenção dentro do seu território junto a sua comunidade. Fato que ajudaria o acesso à população devido a facilidade de transporte pela proximidade além da equipe da atenção básica participar ativamente das atividades que envolvem seus usuários.

A possibilidade do apoio matricial das nutricionistas às equipes esta desenhado nas atividades dos NASF, que resolveria a questão da centralização, deixando para o serviço especializado atividades específicas de assistência e educação. A informatização das unidades aponta para a descentralização dos sistemas de informação assim como a responsabilidade de cada equipe em produzir suas informações e planejar suas atividades a partir destas. No município as ações de reabilitação, prevenção de agravos e promoção da saúde somente são disponibilizadas através desta rede municipal no Centro Integrado de Atendimento Especializado.

Programa de Assistência Complementar - PAC, hierarquizada nas áreas de estomia, incontinência urinária/fecal e lesões crônicas. No setor são realizadas consultas de enfermagem nas áreas de estomia e feridas crônicas, bem como atendimento especializado por outros profissionais. As consultas e retornos são

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

agendadas no próprio local. Os pacientes com lesões crônicas são referenciados das Unidades Básicas de Saúde e os pacientes estomizados são referenciados do hospital que realizou o procedimento. Ressaltamos que há uma parceria com a Universidade Luterana do Brasil - ULBRA. Onde foi valorizada a abordagem interdisciplinar nos padrões de qualidade preconizados pelas diretrizes do Serviço Único de Saúde (SUS), para locais prestadores de serviços de saúde, contemplando o desenvolvimento dos profissionais da saúde e estudantes.

Serviços especializados e exames contratados

A rede de atenção básica pode solicitar consulta para qualquer especialista contratado pelo município. Existe fila de espera para marcação em diversas especialidades, conforme tabela abaixo.

Tabela 81 - Demanda reprimida para consulta com especialista, outubro de 2013, Canoas, RS.

Sub especialidade	Fila de espera
Fisioterapia	3.174
Gastro adulto	1.658
Dermatologia	1.456
Psiquiatria	1.335
Reumatologia	1.309
Endocrinologia adulto	1.119
Proctologia	1.095
Neurologia	962

Fonte: DRCAA, SMS, Canoas, set. /2013.

A Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (DRCAA), juntamente com a Diretoria de Políticas e Ações em Saúde (DPAS), está revisando os fluxos para encaminhamento a especialistas e construindo protocolos clínicos, visando otimização do recurso e a diminuição das filas de espera. (Meta 82)

Da mesma forma que nas consultas, também existem fila de espera em diversos exames especializados de alto custo. (Metas 34, 36 e 83)

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 82 - Exames com demanda reprimida, Outubro de 2013, Canoas, RS.

Exames	Nº de pessoas aguardando
Ultrassonografias (todos os tipos)	14.584
Eletrocardiograma ECG	2.826
Eletroneuromiograma ENMG	1.377
Prova de função pulmonar (espirometria)	1.251
Densitometria	723
Teste ergométrico	639

Fonte: DRCAA, SMS, Canoas, set. /2013.

A marcação tanto das consultas especializadas quanto dos exames que apresentam esta demanda reprimida é feito pela equipe da regulação logo após a colocação de novas agendas e o contato com estes usuários é feito via contato telefônico, próximo a data da marcação.

Mutirões são organizados visando à redução imediata da espera para algumas especialidades.

Novos serviços estão sendo criados, como o da saúde do homem, junto ao HNSG e definição de encaminhamentos que estabelecem sequência dentro de um mesmo diagnóstico, evitando retornos à rede básica à semelhança do que está previsto na Meta 83 (linhas de cuidado).

Para subespecialidades e exames que dispomos de agenda, na hora da solicitação médica, os funcionários das recepções das unidades já fazem a inclusão no sistema Canoas e, em seguida, a marcação de onde o usuário já sairá, da unidade, com a data de suas marcações.

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Tabela 82 - Consultas especializadas e exames que não possuem demanda reprimida, outubro, 2013, Canoas, RS.

Consultas com oferta disponível	Exames com oferta disponível
Cardiologia pediátrica	Exames laboratoriais
Cirurgia Buco Maxilo Facial	Exames radiológicos
Ambulatorial Pequenos Procedimentos	Esofagogastroduodenoscopia
Cirurgia Cardiovascular	Colonoscopia
Cirurgia Geral	
Cirurgia Torácica	
Fonoaudiologia	
Infectologia	
Pneumologista pediátrico e adulto	
Terapia Ocupacional	
Gastro pediátrico	
Geriatria	
Cirurgia ginecológica	
Ginecologia – patologia trato geniturinário	
Ginecologia- Gestação de alto risco	
Hematologia e Hemato/Onc	
Neurocirurgia	
Ortopedia e traumatologia geral, quadril, mão, coluna	
Otorrinolaringologista	
Fisioterapia	
Nefrologia	
Terapia Ocupacional	
Gastro pediátrico	
Geriatria	
Cirurgia ginecológica	
Ginecologia – patologia trato geniturinário	
Ginecologia- Gestação de alto risco	
Hematologia e Hemato/Oncologia	
Neurocirurgia	
Ortopedia e traumatologia geral, quadril, mão, coluna	

Fonte: DRCAA, SMS, Canoas, set. /2013.

Chama a atenção a oferta disponível de esofagogastroduodenoscopia (a popular endoscopia - EDA) e o encaminhamento a especialidade gastro adulto como a segunda maior lista de espera. Um dos principais motivos de consulta na atenção básica são as dispepsias (azia e refluxo), e existem protocolos claros de tratamento destas condições e quando indicar a EDA. A aplicação destes protocolos e a disponibilização deste exame para os médicos da AB pode melhorar o tratamento das pessoas com estas condições e diminuir os encaminhamentos ao especialista. Este raciocínio também é aplicável a diversas outras condições muito prevalentes na população e exames que poderiam melhorar o manejo destas na AB, como insuficiência cardíaca e ecocardiograma; doença pulmonar obstrutiva crônica e asma e espirometria; rastreamento de osteoporose e densitometria; rastreamento de

PREFEITURA DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

câncer de cólon e colonoscopia; entre outras. Uma alternativa proposta é disponibilizar alguns exames especializados para solicitação direta pela atenção básica de acordo com as evidências científicas e mediante protocolos claros de encaminhamento. (Metas 63 e 64)

Especialidades referenciadas para Porto Alegre

Existem diversas especialidades que nosso município é referenciado para as agendas reguladas pela Secretaria Estadual de Saúde de Porto Alegre.

As solicitações originam-se a partir de uma consulta médica inicial em nosso município. Até o início de setembro de 2013, estas solicitações eram recebidas via malote das 26 unidades, Centros de Especialidades e os hospitais, HU, HNSG e HPSC na regulação e inseridas pela mesma no sistema do Estado. Quando ocorre a disponibilização das cotas mensais com período de 15 dias de antecipação o setor de regulação efetua a marcação e contato com os pacientes para retirada na SMS. Muitas especialidades que são ofertadas em Porto Alegre apresentam demanda reprimida, com:

Oncologia;	Infectologia;
Pneumologia;	Oftalmologia;
Infertilidade;	Ginecologia;
Endocrinologia;	Imunologia;
Nefrologia;	Urologia;
Cardiologia;	Otorrinolaringologia;
Cirurgia plástica;	Geneticista.
Neurologia;	

Para diminuir e até eliminar a fila de espera, iniciou-se um processo de triagem dos documentos físicos que se encontravam no setor, objetivando que os usuários que aguardam um encaminhamento para Porto Alegre e que possam ser encaminhados para um especialista em Canoas ou não fiquem desassistidos enquanto aguardam. Caso seja necessário o encaminhamento para um especialista específico de Porto Alegre, assim serão regulados.

[Digite texto]

A partir do mês de setembro de 2013, com a processo de informatização nas unidades básicas, ficaram disponíveis para agendamento direto pelas mesmas as especialidades ofertadas pelo estado. Hoje, não temos a possibilidade de migrar as informações do sistema de Canoas para o Estado acarretando no trabalho manual e abertura concomitante dos dois sistemas, o que não é possível realizar em um equipamento.

A diretoria de regulação está em processo de reestruturação, com troca de funcionários e organização de fluxos visando agilizar o processo de solicitação e agendamento. Está previsto ainda o aumento dos recursos humanos e de infraestrutura bem como a continuidade do processo de migração de dados ou a integração entre os sistemas municipal e estadual.

Canoas é referência para 106 municípios da região. O município de Nova Santa Rita que é referenciado em todas as especialidades ofertadas em Canoas.

É referência em traumatologia e ortopedia adulto e pediátrico, tanto na eletiva quanto na urgência, para 3 regiões de saúde, que soma 49 municípios: 1ª, 2ª e 16ª CRS.

Municípios:

Araricá	Cruzeiro do Sul	Lajeado
Anta Gorda	Dois Irmãos	Lindolfo Collor
Arroio do Meio	Dois Lajeados	Marata
Arvorezinha	Doutor Ricardo	Marques de Souza
Barão	Encantado	Montenegro
Barros Cassal	Estância Velha	Morro Reuter
Bom Retiro do Sul	Esteio	Muçum
Boqueirão do Leão	Estrela	Nova Bréscia
Brochier	Fazenda Vilanova	Nova Hartz
Cambará do Sul	Fontoura Xavier	Nova Santa Rita
Campo Bom	Forquetinha	Pareci Novo
Canoas	Harmonia	Parobé
Canudos do Vale	Igrejinha	Paverama
Capela de Santana	Ilópolis	Poço das Antas
Capitão	Imigrante	Portão
Colinas	Itapuca	
Coqueiro Baixo	Ivoti	

[Digite texto]

É referência em traumatologia e ortopedia pediátrica, somente doenças congênitas, para 3 regiões de saúde, que soma 57 municípios: 5ª, 8ª e 13ª CRS.

Municípios:

Alto Feliz	Flores da Cunha	Passo de Sobrado
Antonio Prado	Garibaldi	Picada Café
Arroio do Tigre	Gramado	Pinhal da Serra
Bento Gonçalves	Gramado Xavier	Rio Pardo
Boa Vista do Sul	Herveiras	Santa Cruz do Sul
Bom Jesus	Ibarama	Santa Tereza
Bom Princípio	Ipê	São Jose dos Ausentes
Caçapava do Sul	Jaquirana	São Marcos
Cachoeira do Sul	Lagoa Bonita do Sul	São Vendelino
Campestre da Serra	Mato Leitão	Segredo
Candelária	Monte Alegre dos	Sinimbu
Canela	Campos	Sobradinho
Carlos Barbosa	Monte Belo do Sul	Vacaria
Caxias do Sul	Muitos Capões	Vale do Sol
Cerro Branco	Nova Pádua	Vale Leal
Coronel Pilar	Nova Petrópolis	Vale Verde
Encruzilhada do Sul	Nova Roma do Sul	Venâncio Aires
Esmeralda	Novo Cabrais	Vera Cruz
Estrela Velha	Pantano Grande	
Feliz	Passa Sete	

Procedimentos ambulatoriais

Tabela 83 - Série histórica de procedimentos ambulatoriais na atenção secundária, Canoas, RS.

Procedimentos	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Promoção e prevenção em saúde	0	2	7	68	87	164
Procedimentos com finalidade diagnostic	1.429.492	1.049.878	1.292.693	1.607.919	1.780.364	7.160.346
Procedimentos clínicos	633.320	724.548	885.756	896.191	935.726	4.075.541
Procedimentos cirúrgicos	15.155	12.135	24.540	30.326	27.745	109.901
Órteses, próteses e materiais especiais	2.073	622	2.938	2.571	2.922	11.126
Total	2.080.040	1.787.185	2.205.934	2.537.075	2.746.844	11.357.078

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do DATASUS.

[Digite texto]

Tabela 84 - Série histórica de procedimentos ambulatoriais na atenção secundária, Canoas, RS.

Procedimentos	2008	2009	2010	2011	2012	Total
010104 Alimentação e nutrição	0	2	7	68	87	164
020101 Coleta de material por meio de punção/biópsia	16	1	208	271	249	745
020102 Outras formas de coleta de material	491.839	34.534	34.381	55.415	58.411	674.580
020201 Exames bioquímicos	363.027	430.625	515.860	663.909	686.627	2.660.048
020202 Exames hematológicos e hemostasia	125.518	144.956	167.322	210.045	232.106	879.947
020203 Exames sorológicos e imunológicos	65.336	78.715	87.036	105.396	109.463	445.946
020204 Exames coprológicos	12.257	14.429	13.074	12.712	18.102	70.574
020205 Exames de uroanálise	56.011	67.312	77.743	87.778	91.248	380.092
020206 Exames hormonais	36.198	50.144	61.849	76.398	81.375	305.964
020207 Exames toxicológicos ou de monitorização terapêutica	943	1.612	1.991	2.129	1.675	8.350
020208 Exames microbiológicos	41.237	50.971	50.515	53.797	53.008	249.528
020209 Exames em outros líquidos biológicos	523	521	658	1.063	803	3.568
020210 Exames de genética	0	0	0	2	3	5
020212 Exames imuno-hematológicos	4.198	5.051	5.562	5.806	8.591	29.208
020301 Exames citopatológicos	14.501	1.723	14.889	7.802	12.303	51.218
020302 Exames anatomopatológicos	0	253	1.062	2.310	9.713	13.338
020401 Exames radiológicos da cabeça e pescoço	13.691	9.683	9.597	9.779	9.264	52.014
020402 Exames radiológicos da coluna vertebral	16.007	10.650	14.264	16.789	14.306	72.016
020403 Exames radiológicos do tórax e mediastino	43.043	42.807	45.311	50.703	48.233	230.097
020404 Exames radiológicos da cintura escapular e dos membros superiores	23.594	23.179	24.223	27.246	28.125	126.367
020405 Exames radiológicos do abdômen e pelve	4.064	3.620	3.439	3.587	3.212	17.922
020406 Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores	34.355	31.554	38.845	44.511	44.165	193.430
020501 Ultra-sonografias do sistema circulatório (qualquer região anatômica)	1.778	992	3.914	2.456	1.858	10.998

[Digite texto]

020502 Ultra-sonografias dos demais sistemas	15.056	10.681	21.439	25.230	37.815	110.221
020601 Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vertebral	9.346	8.990	10.762	12.969	12.445	54.512
020602 Tomografia do tórax e membros superiores	874	905	1.170	1.579	1.556	6.084
020603 Tomografia do abdômen, pelve e membros inferiores	2.151	2.143	2.811	3.144	3.740	13.989
020701 RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral	1.024	750	2.726	2.801	2.933	10.234
020702 RM do tórax e membros superiores	95	37	331	680	657	1.800
020703 RM do abdômen, pelve e membros inferiores	306	222	725	922	1.116	3.291
020801 Aparelho cardiovascular	214	351	580	636	1.249	3.030
020802 Aparelho digestivo	0	0	0	0	1	1
020803 Aparelho endócrino	12	9	18	29	44	112
020804 Aparelho geniturinário	19	17	17	19	45	117
020805 Aparelho esquelético	52	33	63	77	79	304
020807 Aparelho respiratório	0	0	0	0	1	1
020901 Aparelho digestivo	2.901	1.728	1.598	1.722	5.206	13.155
020904 Aparelho respiratório	1.428	31	149	561	1.305	3.474
021001 Exames radiológicos de vasos sanguíneos e linfáticos	2	1	1	1	65	70
021002 Vias biliares	1	0	0	0	0	1
021101 Diagnóstico em angiologia	0	0	0	0	7	7
021102 Diagnóstico em cardiologia	21.278	17.693	23.445	28.153	24.048	114.617
021103 Diagnóstico cinético funcional	49	0	0	0	0	49
021104 Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia	180	703	2.023	1.500	1.952	6.358
021105 Diagnóstico em neurologia	118	150	1.847	2.359	2.283	6.757
021106 Diagnóstico em oftalmologia	1.019	1.128	42.671	74.186	161.731	280.735
021107 Diagnóstico em otorrinolaringologia/fonologia	22.266	836	8.399	7.998	8.141	47.640
021108 Diagnóstico em pneumologia	0	3	0	456	0	459
021109 Diagnóstico em urologia	259	134	93	307	196	989
021201 Exames do doador/receptor	0	0	29	0	0	29
021202 Procedimentos especiais em hemoterápica	0	0	0	0	1	1
021301 Exames relacionados a doenças e	0	0	0	0	2	2

[Digite texto]

agravos de notificação compulsória						
021401 Teste realizado fora da estrutura de laboratório	2.706	1	53	2.686	906	6.352
030101 Consultas médicas/outros profissionais de nível superior	235.590	245.090	301.811	379.177	395.274	1.556.942
030103 Atendimento pré-hospitalar de urgência	1	0	0	0	0	1
030106 Consulta/Atendimento às urgências (em geral)	179.872	205.651	188.276	172.088	182.990	928.877
030107 Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual e múltiplas deficiências	2.695	7.897	23.521	28.201	36.394	98.708
030110 Atendimentos de enfermagem (em geral)	86.158	113.218	215.809	137.214	161.878	714.277
030201 Assistência fisioterapêutica em alterações obstétricas, neonatais e uroginecológicas	0	0	0	0	10	10
030202 Assistência fisioterapêutica em alterações oncológicas	10	0	4	0	0	14
030203 Assistência fisioterapêutica em oftalmologia	0	30	90	0	0	120
030204 Assistência fisioterapêutica cardiovasculares e pneumofuncionais	360	892	991	1.310	496	4.049
030205 Assistência fisioterapêutica nas disfunções músculo esqueléticas (todas as origens)	93.879	114.305	117.534	133.726	117.204	576.648
030206 Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia	7.985	8.952	10.010	17.120	14.700	58.767
030207 Assistência fisioterapêutica em queimados	0	30	0	0	0	30
030307 Tratamento de doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	6	6
030308 Tratamento de doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	0	3	3	0	12
030309 Tratamento de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2.554	2.632	2.502	2.825	1.781	12.294
030501 Tratamento dialítico	23.666	25.265	24.786	24.195	22.576	120.488
030601 Procedimentos	0	0	0	0	2.013	2.013

[Digite texto]

destinados a obtenção do sangue para fins de assistência hemoterapica						
030602 Medicina transfusional	319	586	419	176	136	1.636
030903 Terapias do aparelho geniturinário	225	0	0	156	268	649
040101 Pequenas cirurgias	11.135	9.586	20.186	26.046	23.484	90.437
040401 Cirurgia das vias aéreas superiores e do pescoço	536	43	46	82	33	740
040402 Cirurgia da face e do sistema estomatognático	1	0	56	7	5	69
040501 Pálpebras e vias lacrimais	0	0	0	0	2	2
040503 Corpo vítreo, retina, coróide e esclera	0	0	0	21	0	21
040505 Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino	5	0	5	138	481	629
040602 Cirurgia vascular	30	36	86	51	33	236
040701 Esôfago, estômago e duodeno	0	2	673	197	124	996
040702 Intestinos , reto e anus	1	0	1	5	105	112
040704 Parede e cavidade abdominal	17	5	2	6	3	33
040801 Cintura escapular	313	103	8	0	0	424
040802 Membros superiores	1.665	1.685	1.987	1.985	819	8.141
040804 Cintura pélvica	35	0	0	0	0	35
040805 Membros inferiores	1.085	489	747	629	183	3.133
040806 Gerais	38	16	57	32	19	162
040901 Rim, ureter e bexiga	0	2	0	2	1	5
040906 Útero e anexos	0	0	0	2	1	3
040907 Vagina, vulva e períneo	0	0	0	2	5	7
041001 Mama	0	0	0	0	1	1
041203 Pleura	7	3	1	1	0	12
041204 Parede torácica	12	2	4	4	0	22
041205 Pulmão	0	0	0	0	2	2
041301 Tratamento de queimados	49	0	0	0	0	49
041401 Bucomaxilofacial	1	0	25	0	0	26
041402 Cirurgia oral	0	1	2	0	0	3
041504 Procedimentos cirúrgicos gerais	2	10	433	913	816	2.174
041701 Anestésias	0	0	0	45	1.541	1.586
041801 Acessos para diálise	222	152	221	158	87	840
041802 Intervenções cirúrgicas em acessos para diálise	1	0	0	0	0	1
070101 OPM auxiliares da locomoção	0	97	895	671	937	2.600
070102 OPM ortopédicas	0	114	842	714	632	2.302

[Digite texto]

070103 OPM auditivas	1.639	147	798	895	1.145	4.624
070109 Substituição/Troca em órteses/próteses	0	1	7	16	19	43
070210 OPM em nefrologia	434	263	396	275	189	1.557
Total	2.080.04	1.787.18	2.205.93	2.537.07	2.746.84	11.357.078
	0	5	4	5	4	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do DATASUS.

Atenção às Urgências

A Rede de Atenção às Urgências, segue a orientação organizativa do Ministério da Saúde definidas através da Portaria MS/GM 1.600 de 07 de julho de 2011.

que objetiva articular esforços para garantir a integralidade na assistência em situações emergenciais ou de risco para populações com vulnerabilidades específicas e ou em regiões de difícil acesso.

Existem situações que exigem maior participação do poder público, tais como as catástrofes que envolvem múltiplas vítimas e demais condições de calamidade, em especial, de natureza epidemiológica; as situações que pedem ajuda rápida, com atendimento médico especializado e apoio logístico; situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de populações especiais, como povos indígenas e demais comunidades.

A Rede de Urgência e Emergência tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, e está organizada em dois componentes: o pré-hospitalar (móvel e fixo) e hospitalar.

Na SMS todos os serviços da rede de urgência são de responsabilidade do DPAS.

Diagnósticos dos serviços da rede de urgência e emergências

A Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA) é um componente pré-hospitalar fixo, com estrutura de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e a rede hospitalar. Compõe uma rede organizada de atenção às urgências, com fluxos definidos e pactuados. Funciona na lógica de acolhimento e de classificação do risco, por 24 horas ininterruptas, possibilitando a continuidade do tratamento com equipe multidisciplinar. Existem diferentes tipos de UPA, classificadas de acordo com a população da área de abrangência, área física, número de atendimentos médicos, de profissionais e de leitos de observação.

As UPA são equipamentos de saúde de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e a rede hospitalar, com funcionamento das 7h até as 23h. Presta atendimento em urgências e emergências em clínica médica e pediatria. Dispõe de recursos diagnósticos de baixa complexidade (laboratorial e raio X), salas de observação para adultos e pediátricas.

Além das UPA nos moldes preconizados pelo MS e para as quais aporta recursos, o município possui UPA diferenciadas, custeadas integralmente com recursos do município para atendimento a população idosa, com funcionamento das 7h até às 19h, conforme tabela abaixo.

Tabela 85 - Unidades de Pronto Atendimento, Canoas, RS.

Unidade	Gestor Contratado	Quadrante	Horário de Atendimento	Atendimento semanal	Custeio
UPA 24 horas	Hospital Mãe de Deus	Sudoeste	24 hoaras	Segunda a Segunda	MS/PMC
UPA 24 horas	Hospital Nossa Senhora das Graças	Nordeste	24 horas	Segunda à segunda	MS/PMC
UPA 16 horas	Hospital Mãe de Deus	Noroeste	7: 00 às 23: 00	Segunda à sábado	PMC
UPA 16 horas	Hospital Nossa Senhora das Graças	Sudeste	7: 00 às 23: 00	Segunda à sábado	PMC
UPA idoso 12 h	Hospital Nossa Senhora das Graças	Sudoeste	08: 00 às 20:00	Segunda àSexta	PMC
UPA idoso12 h	Hospital Nossa Senhora das Graças	Nordeste	08: 00 às 20 00	Segunda à Sexta	PMC

Fonte: DPAS, SMS, Canoas, 2013.

[Digite texto]

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Compreende: SAMU USB (Unidade de Suporte Básico), SAMU USA (Unidade de Suporte Avançado), Motolância e Veículo de Intervenção Rápida.

O SAMU USB é um veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido ou desconhecido não classificado com potencial para intervenção médica no local e ou durante transporte até o serviço de destino.

Já o SAMU USA é um veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e ou de transporte inter-hospitalar daqueles que necessitam de cuidados médicos intensivos. A Sala de Estabilização (SE) é um ambiente pré-hospitalar fixo para a estabilização de pacientes críticos e ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um serviço de saúde. Deve estar articulado aos outros níveis de atenção, para encaminhamento à rede de atenção a saúde, realizado pela central de regulação das urgências.

No Município o SAMU iniciou em julho de 2005 com três ambulâncias de Suporte Básico e uma Suporte Avançado, no ano de 2005 o município recebeu mais duas ambulâncias, uma Suporte Avançada e uma Suporte Básico no ano de 2008 recebeu mais duas Motolâncias que deverão atuar em conjunto com as SA com o objetivo de diminuir o tempo resposta. Hoje contamos com uma SA e uma SB na base do HPSC, uma SA e uma SB na Base HNSG, uma SB junto a UPA 24h Sudoeste e uma SB com proposta de ficar junto UPA 24h Nordeste.

Distribuída geograficamente visando dar maior cobertura por território com a intenção de aperfeiçoar e diminuir o deslocamento minimizando o tempo de resposta para o atendimento, a fim de minimizar os agravos gerados pelos traumas. A motolância antecede a ambulância SA em localidades de trânsito intenso e territórios de difícil acesso trabalhando em dois veículos que realizam o atendimento de forma simultânea tendo como condutor um profissional técnico de enfermagem. A

[Digite texto]

contratação dos profissionais, e os insumos para realização das atividades é através de um contrato de prestação de serviço terceirizado.

O SAMU metropolitano, do qual Canoas faz parte, tem sua regulação através do estado localizado no município de Porto Alegre, este quando recebe o chamado através do número 192 realiza a triagem das informações e coleta de dados com uma média de 4 minutos de duração, após quando liberado o veículo para deslocamento apresenta uma média de tempo para chegada ao destino entre 7 minutos e 15 minutos conforme o horário e excesso de veículos na pista de rolagem.

No município a liberação dos veículos pela regulação é realizada através de contato telefônico (cada unidade possui um aparelho de telefone celular), dentro do município as unidades estão equipadas com rádio para comunicação entre os veículos.

Tabela 86 - Cobertura do SAMU por USA, USB, UMT e VIR por Quadrantes, Canoas, RS.

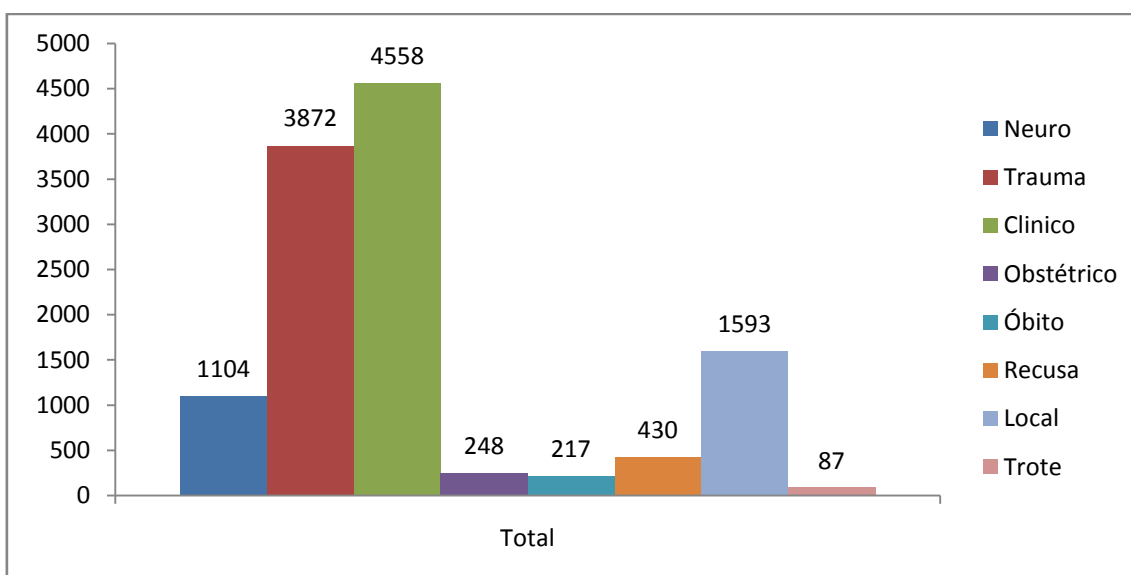
Unidade base	Gestor contratado	Quadrante	Tipo de veículo
HPSC*	Empresa Ecco Salva	Noroeste	1 SAMU – USA 1 SAMU - USB 2 SAMU - UMT 1 Veículo de intervenção rápida
UPA 24H	Empresa Ecco Salva	Nordeste	1 SAMU – USB
HNSH	Empresa Ecco Salva	Sudeste	1 SAMU – USA 1 SAMU – USB
UPA 24H	Empresa Ecco Salva	Sudoeste	1 USB

Fonte: DPAS, SMS, CANOAS, 2013.

No ano de 2011 houve o total de 120.109 atendimentos, conforme as seguintes categorias:

[Digite texto]

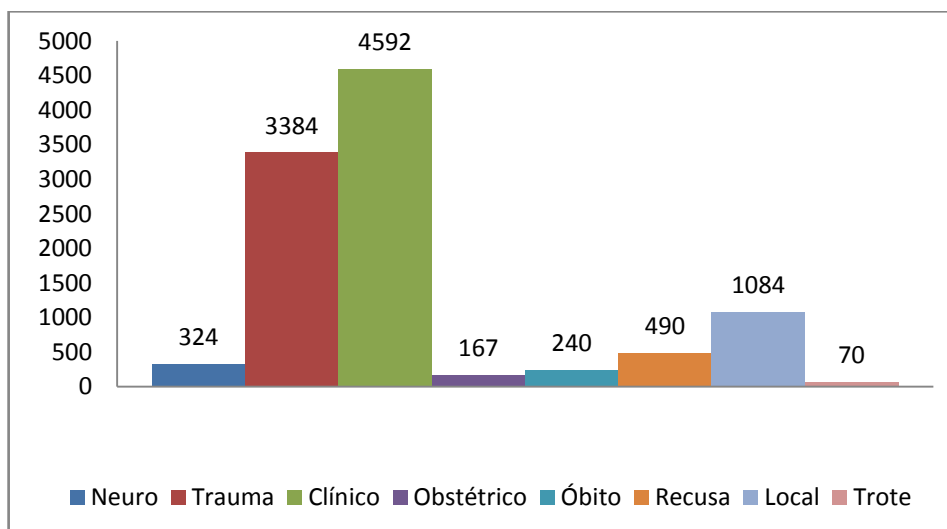
Gráfico 67 - Atendimento SAMU, Segundo tipo de ocorrência, 2011, Canoas, RS.



Fonte: DPAS, SMS, CANOAS.

No ano de 2012 houve o total de 8150 atendimentos, conforme demonstrado abaixo.

Gráfico 68 - Atendimento SAMU, Segundo tipo de ocorrência, 2012, Canoas, RS.



Fonte: DPAS, SMS, Canoas, 2013.

Nos últimos dois anos, o grande número de atendimentos foi de trauma (por acidentes e violências e de problemas clínicos (mal súbito). Há que se considera que, em urgências, quanto mais rápido o tempo resposta, menor são os danos ao

[Digite texto]

usuário. Os atendimentos urgentes de saúde mental (crises) não são realizados pelo SAMU.

Em relação às áreas vulneráveis a alagamentos, ao longo do curso do rio Gravataí, que frequentemente necessita de atendimento em saúde, o atendimento se dá pela Defesa Civil, pois o SAMU não dispõe de ambulância para acessar essas áreas quando estão alagadas.

O Componente Hospitalar é constituído pelas portas hospitalares de urgência, leitos de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e linhas de cuidados prioritárias. As linhas de cuidados prioritárias na Rede de Urgência e Emergência são: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Traumatologia. No município já foram habilitados os hospitais para as linhas do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Tabela 87 - Componente Hospitalar- Linhas de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC), Canoas, RS.

Unidades	Leitos Internação	Leitos de Retaguarda	Total de Leitos
Hospital Nossa S.^a das Graças	5	5	10
Hospital Universitário	5	5	10
HPSC	5	5	10

Fonte: DPAS, SMS, CANOAS, 2013.

Tabela 88 - Componente Hospitalar Linhas de Cuidados do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Canoas, R

Unidades	Leitos internação	Leitos Retaguarda	Total de Leitos
Hospital N.^a Senhora das Graças	6	2	8
Hospital Universitário	5	5	10
HPSC	5	5	10

Fonte: DPAS, SMS, CANOAS, 2013.

Após atendimento de emergência e estabilização do paciente em caso de continuidade no tratamento com equipe especializada, a solicitação é encaminhada para a SMS, via malote. A regulação insere o paciente no sistema, efetua marcação e comunica o município.

No processo de informatização esta previsto integrar o sistema do HPSC para que o mesmo possa solicitar os encaminhamentos para ortopedia e

[Digite texto]

traumatologia. Se houver necessidade de cirurgia na continuidade do tratamento, quem agenda é o próprio hospital.

Entre as ações voltadas para a promoção da saúde, nos casos de urgência e emergência, a prioridade é, sem dúvida, o manejo adequado da sociedade civil em relação aos primeiros atendimentos. Com base nesta necessidade e a fim de disseminar o conhecimento, os princípios e as ações básicas em caso de acidentes ou outras emergências, voltado para a comunidade em geral, há a necessidade de implementar metas no campo da prevenção de traumas. (Metas 45, 81 e 119)

Atenção Hospitalar

A atenção hospitalar começa com a autorização que é emitida a AIH através do sistema Módulo Autorizador do DATASUS. O autorizador não tem acesso ao controle da disponibilidade de leitos. Capacitação com relação ao faturamento, nem nas áreas de controle, avaliação e auditoria.

Canoas possui três hospitais que, em seu conjunto, oferecem atendimento bastante completo e complexo aos municípios e serve de referência para municípios da região.

Hospital Nossa Senhora das Graças, com os seguintes serviços:

- Hospital dia
- Serviço de atenção em neurologia / neurocirurgia
- Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e ou citopato
- Serviço de diagnóstico por imagem
- Serviço de diagnóstico por laboratório clínico
- Serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos
- Serviço de endoscopia
- Serviço de farmácia
- Serviço de fisioterapia
- Serviço de hemoterapia
- Serviço de nefrologia urologia
- Serviço de oftalmologia

[Digite texto]

- Serviço de oncologia
- Serviço de suporte nutricional
- Serviço de traumatologia e ortopedia
- Serviço de urgência e emergência
- Transplante
- Cirurgias de Catarata
- Internações Clínicas
- Internações Cirúrgicas

Hospital Universitário, com os seguintes serviços:

- Cirurgia vascular
- Hospital dia
- Medicina nuclear
- Serviço de atenção a obesidade
- Serviço de atenção a saúde auditiva
- Serviço de atenção cardiovascular / cardiologia
- Serviço de atenção em neurologia / neurocirurgia
- Serviço de atenção psicossocial
- Serviço de controle de tabagismo
- Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e ou citopato
- Serviço de diagnóstico por imagem
- Serviço de diagnóstico por laboratório clínico
- Serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos
- Serviço de dispensação de órteses próteses e materiais especializados
- Serviço de endoscopia
- Serviço de farmácia
- Serviço de fisioterapia
- Serviço de hemoterapia
- Serviço de nefrologia urologia
- Serviço de oftalmologia
- Serviço de oncologia
- Serviço de órteses, próteses e mat. especiais em reabilitação

[Digite texto]

- Serviço de pneumologia
- Serviço de reabilitação
- Serviço de suporte nutricional
- Serviço de traumatologia e ortopedia
- Internações Cirúrgicas
- Internações Obstétricas
- Internações Clínicas
- Internações Psiquiátricas
- Internações Pediátricas

Hospital Pronto Socorro de Canoas Dep. Nelson Marchezan, com os seguintes serviços de urgência:

- Serviço de cirurgia reparadora
- Serviço de controle de tabagismo
- Serviço de diagnóstico por imagem
- Serviço de diagnóstico por laboratório clínico
- Serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos
- Serviço de endoscopia
- Serviço de farmácia
- Serviço de fisioterapia
- Serviço de hemoterapia
- Serviço de suporte nutricional
- Serviço de traumatologia e ortopedia
- Serviço de videolaparoscopia
- Serviço de vigilância em saúde
- Bucomaxilofacial
- Internações Cirúrgicas
- Internações Clínicas
- Internações Pediátricas

Rede de Atenção na Alta Complexidade em Cardiologia:

[Digite texto]

- Hospital Universitário (Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Vascular e Cirurgia Intervencionista)

Rede de Atenção na Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia:

- Hospital Nossa Senhora Das Graças (Serviço de traumatologia e ortopedia);
- Hospital Universitário (Serviço de traumatologia e ortopedia, Serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica e Serviço de traumatologia e ortopedia de urgência);
- Hospital de Pronto Socorro Nelson Marchezan (Serviço de traumatologia e ortopedia de urgência).

Tabela - Quadro de referência na traumatologia e ortopedia

Hospital	Municípios	População
Hospital Nossa Senhora das Graças (Sto)	1ª CRS: Araricá, Campo Bom, Canoas, Dois Irmãos, Estância Velha, Esteio, Ivoti, Lindolfo Color, Morro Reuter, Nova Hartz, Nova Santa Rita, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, Sapiranga, Sapucaia do Sul.	1.455.073
Hospital Universitário (Sto/Stop)	2ª CRS: Barão, Brochier, Cambará do Sul, Capela de Santana, Harmonia, Igrejinha, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Parobé, Riozinho, Rolante, Salvador do Sul, São Francisco de Paula, São José do Hortêncio, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Taquara, Três Coroas, Tupandi.	
Hospital de Pronto Socorro Nelson Marchezan (Stou) (STO: Serviço de traumatologia e ortopedia STOP: Serviço de traumatologia e ortopedia STOU: Serviço de traumatologia e ortopedia de urgência)	16ª CRS: Anta Gorda, Arroio do Meio, Arvorezinha, Barros Cassal, Bom Retiro do Sul, Boqueirão do Leão, Canudos do vale, Capitão, Colinas, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Estrela, Fazenda Vila Nova, Fontoura Xavier, Forquetinha, Ilópolis, Imigrante, Itapuca, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Paverama, Poço das Antas, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Tabai, Taquari, Teutônia, Travesseiro, Vespasiano Correa, Westfalia.	

Fonte: Departamento de Atenção Básica – DAB

[Digite texto]

Rede de Atenção na Alta Complexidade em Terapia Nutricional

- Hospital Nossa Senhora Das Graças: Serviço de Nutrição Enteral.

Rede de Atenção na Alta Complexidade em Nefrologia

- Pró-Renal Clínica: Hemodiálise e ambulatório de nefrologia.

Rede de Atenção ao Portador de Obesidade Grave

- Hospital Universitário.

Rede de Atenção ao Portador de Má Formação Lábio Palatal

- Hospital Universitário.

Rede de Atenção na Alta Complexidade em Neurologia

- Hospital Nossa Senhora das Graças;
- Hospital Universitário (Serviços: Trauma e anomalias do desenvolvimento, Coluna e nervos periféricos, Tumores do sistema nervoso, Neurocirurgia vascular Referência para:

1ª CRS: Canoas e Nova Santa Rita.

2ª CRS: Barão, Brochier, Cambará do Sul, Capela de Santana, Harmonia, Igrejinha, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Parobé, Riozinho, Rolante, Salvador do Sul, São Francisco de Paula, São José do Hortêncio, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Taquara, Três Coroas, Tupandi. População total: 681.557 hab.

Atenção à Gestante

- Hospital Universitário

Hospitais com Leitos de UTI

- Hospital Nossa Senhora das Graças
- Hospital Universitário
- Hospital de Pronto Socorro Nelson Marchezan

[Digite texto]

Através das atuais ferramentas que o DATASUS disponibiliza é possível identificar somente o número de procedimentos executados em pacientes internados. Portanto, o total de AIH pode ser maior que o número de pessoas que internaram isto porque o mesmo paciente pode ser submetido a mais de um procedimento, durante o mesmo período de internação. Os municípios destacados na tabela são os que Canoas é referência em algum serviço, conforme pactuações na CIB. Os demais atendimentos são transitórios pelo município. Também existem leitos pactuados com o GHC, que servem como leitos de retaguarda para o mesmo. A partir do SIHD, as informações são transmitidas ao DATASUS é possível verificar a relação de AIH com os tipos de leitos.

Tabela 89 - Série histórica de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pelo Sistema Único de Saúde, segundo o tipo de leito ou especialidade, Canoas, RS.

Leito/Especialidade	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Cirúrgico	6.168	6.036	8.494	8.867	9.958	39.523
Obstétricos	2.426	2.291	3.142	3.241	3.950	15.050
Clínico	6.551	7.972	9.123	9.497	10.457	43.600
Crônicos	0	0	0	0	15	15
Psiquiatria	0	0	0	0	88	88
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	18	38	23	22	9	110
Pediátricos	1.827	1.823	2.098	1.807	2.270	9.825
Total	16.990	18.160	22.880	23.434	26.747	108.211

Fonte: DATASUS.

Também através deste sistema de processamento, após a transmissão ao DATASUS, é mostrado na tabela abaixo o detalhamento dos procedimentos realizados nas AIH que foram autorizadas e posteriormente processadas constantes na tabela acima.

[Digite texto]

Tabela 90 - Série histórica de procedimentos realizados em pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde, Canoas, RS.

Procedimentos	2008	2009	2010	2011	2012	Total
0201 Coleta de material	3	2	2	12	1	20
0209 Diagnóstico por endoscopia	0	3	1	0	1	5
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	186	290	126	199	266	1.067
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	7.934	8.919	10.397	10.157	10.966	48.373
0304 Tratamento em oncologia	24	47	59	45	140	315
0305 Tratamento em nefrologia	482	570	546	531	572	2.701
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	115	188	393	606	1.089	2.391
0310 Parto e nascimento	1.656	1.722	2.072	1.768	2.244	9.462
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	209	322	353	458	405	1.747
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	3	5	12	19	16	55
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	172	174	257	337	362	1.302
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	266	160	365	368	383	1.542
0405 Cirurgia do aparelho da visão	15	14	281	640	974	1.924
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	510	468	690	600	575	2.843
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	1.388	1.176	2.069	1.982	1.693	8.308
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	836	1.341	1.859	1.837	1.640	7.513
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	447	535	663	793	721	3.159
0410 Cirurgia de mama	70	54	75	77	66	342
0411 Cirurgia obstétrica	1.394	1.193	1.309	1.274	1.493	6.663
0412 Cirurgia torácica	204	177	248	256	290	1.175
0413 Cirurgia reparadora	172	111	91	97	105	576
0414 Bucomaxilofacial	92	90	86	16	2	286
0415 Outras cirurgias	783	589	908	1.352	2.735	6.367
0503 Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	29	10	18	10	8	75
Total	16.990	18.160	22.880	23.434	26.747	108.211

Fonte: DATASUS.

[Digite texto]

Dentre outras associações, as AIH acima descritas também podem ser visualizadas em relação ao município de residência do paciente.

Tabela 91 - Série histórica de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) do Sistema Único de Saúde, segundo o Município de residência do paciente, Canoas, RS.

Município de residência	2008	2009	2010	2011	2012	Total
430460 Canoas	15.246	16.729	20.766	21.308	21.853	95.902
431337 Nova Santa Rita	480	366	459	537	805	2.647
431490 Porto Alegre	139	129	108	88	650	1.114
430060 Alvorada	33	15	57	40	958	1.103
432000 Sapucaia do Sul	155	85	129	141	190	700
430770 Esteio	159	113	122	110	193	697
431870 São Leopoldo	59	37	58	62	109	325
431010 Igrejinha	36	40	39	50	96	261
430390 Campo Bom	31	26	69	43	90	259
431240 Montenegro	63	38	47	56	52	256
430920 Gravataí	76	26	46	29	78	255
430760 Estância Velha	23	27	52	43	103	248
431405 Parobé	19	41	63	65	58	246
430310 Cachoeirinha	38	32	41	34	78	223
432120 Taquara	48	44	51	22	48	213
431480 Portão	27	29	30	27	84	197
432300 Viamão	19	29	45	28	70	191
432170 Três Coroas	22	30	42	42	52	188
430640 Dois Irmãos	21	24	29	26	69	169
431950 São Sebastião do Caí	14	15	32	33	67	161
431340 Novo Hamburgo	28	16	28	27	51	150
431600 Rolante	18	13	33	36	47	147
431990 Sapiranga	21	15	25	19	35	115
430930 Guaíba	10	19	21	19	28	97
431080 Ivoti	3	5	18	15	51	92
432130 Taquari	5	6	17	11	50	89
432200 Triunfo	28	18	22	10	11	89
431820 São Francisco de Paula	7	2	13	26	19	67
431695 Santa Maria do Herval	4	12	7	10	27	60
431162 Lindolfo Collor	5	5	13	17	19	59
431760 Santo Antônio da Patrulha	11	3	11	15	12	52
430265 Brochier	3	3	3	28	14	51
431650 Salvador do Sul	9	2	4	16	16	47
431247 Morro Reuter	3	3	2	9	29	46
432150 Torres	3	2	12	5	24	46
432160 Tramandaí	2	4	8	19	13	46
431350 Osório	10	8	9	7	10	44
430680 Encantado	0	7	4	15	15	41
430468 Capela de Santana	5	6	16	9	3	39
431575 Riozinho	3	6	3	7	19	38
432145 Teutônia	4	0	14	6	12	36
431403 Pareci Novo	2	1	6	7	19	35
430676 Eldorado do Sul	1	10	7	5	11	34
430463 Capão da Canoa	1	3	9	11	9	33
430350 Camaquã	1	7	5	12	7	32
431720 Santa Rosa	0	0	4	13	12	29
430420 Candelária	1	2	5	2	18	28
431179 Maratá	3	0	6	12	7	28
431306 Nova Hartz	4	4	9	2	8	27

[Digite texto]

431848 São José do Hortêncio	1	7	5	4	10	27
432225 Tupandi	1	0	1	16	9	27
430780 Estrela	1	0	5	8	12	26
432260 Venâncio Aires	3	1	6	15	1	26
430955 Harmonia	0	1	7	3	14	25
431140 Lajeado	4	0	5	1	15	25
431415 Paverama	0	0	2	0	23	25
431514 Presidente Lucena	1	2	10	3	8	24
431840 São Jerônimo	0	5	6	6	6	23
431570 Rio Pardo	1	0	3	5	13	22
431033 Imbé	3	3	7	3	5	21
430140 Arvorezinha	0	0	8	6	6	20
430360 Cambará do Sul	2	1	7	3	6	19
431440 Pelotas	1	0	4	7	7	19
432085 Tabaí	1	0	7	5	6	19
432110 Tapes	0	5	4	3	7	19
430270 Butiá	0	2	0	0	16	18
430810 Feliz	1	3	8	0	4	16
430100 Arroio do Meio	0	0	0	5	10	15
430535 Charqueadas	3	2	5	3	2	15
431675 Santa Clara do Sul	2	0	1	5	7	15
430245 Boqueirão do Leão	0	0	6	2	6	14
430510 Caxias do Sul	8	0	0	2	4	14
431515 Progresso	0	0	0	5	9	14
430110 Arroio dos Ratos	2	2	2	0	7	13
431935 São Pedro da Serra	0	2	1	2	8	13
430070 Anta Gorda	1	1	0	1	9	12
430163 Balneário Pinhal	0	0	12	0	0	12
431690 Santa Maria	3	1	0	3	5	12
430087 Araricá	0	1	4	0	6	11
430620 Cruzeiro do Sul	0	0	2	6	3	11
430750 Espumoso	0	8	3	0	0	11
431365 Palmares do Sul	1	3	5	1	1	11
430240 Bom Retiro do Sul	1	3	1	0	5	10
430545 Cidreira	1	3	0	5	1	10
432270 Vera Cruz	0	0	0	1	9	10
430190 Barra do Ribeiro	1	1	1	0	6	9
430690 Encruzilhada do Sul	0	1	2	1	5	9
431030 Ilópoli	0	0	1	4	4	9
431395 Pantano Grande	0	0	2	0	7	9
431520 Putinga	1	0	1	2	5	9
432055 Sertão Santana	0	0	1	3	5	9
430610 Cruz Alta	2	1	2	2	1	8
430650 Dom Feliciano	0	4	1	2	1	8
430940 Guaporé	0	4	1	0	3	8
431580 Roca Sales	0	0	2	1	5	8
430165 Barão	1	1	2	1	2	7
430235 Bom Princípio	1	0	0	5	1	7
430470 Carazinho	0	1	1	1	4	7
430675 Doutor Ricardo	0	0	0	2	5	7
430860 Garibaldi	0	2	0	2	3	7
431205 Marques de Souza	0	0	0	2	5	7
431645 Salto do Jacuí	3	0	0	4	0	7
431730 Santa Vitória do Palmar	0	0	1	0	6	7
430085 Arambaré	0	1	1	3	1	6
430175 Barão do Triunfo	1	0	0	2	3	6
430280 Caçapava do Sul	1	0	3	0	2	6
430905 Glorinha	1	0	1	2	2	6
431173 Mampituba	0	0	0	2	4	6

[Digite texto]

431250 Mostardas	0	0	5	0	1	6
431406 Passa Sete	0	0	4	2	0	6
431545 Relvado	0	0	0	1	5	6
431750 Santo Ângelo	0	0	0	0	6	6
432240 Uruguaiana	1	0	4	1	0	6
432377 Westfalia	0	0	0	2	4	6
430040 Alegrete	2	1	2	0	0	5
430160 Bagé	3	0	1	1	0	5
430300 Cachoeira do Sul	0	3	1	1	0	5
430450 Canguçu	2	0	1	2	0	5
431036 Imigrante	0	0	0	2	3	5
431177 Maurine	1	0	1	1	2	5
431225 Minas do Leão	0	0	0	0	5	5
431265 Não-Me-Toque	0	1	3	0	1	5
431390 Panambi	0	0	5	0	0	5
431410 Passo Fundo	4	0	0	0	1	5
431442 Picada Café	0	0	3	1	1	5
431445 Pinhal	2	0	2	0	1	5
431560 Rio Grande	0	0	0	3	2	5
431680 Santa Cruz do Sul	0	0	0	1	4	5
431740 Santiago	1	1	2	1	0	5
431800 São Borja	0	0	3	2	0	5
431862 São José dos Ausentes	0	0	4	0	1	5
432010 Sarandi	0	0	3	2	0	5
432166 Três Cachoeiras	0	0	0	2	3	5
432190 Três Passos	2	0	0	2	1	5
432250 Vacaria	0	0	0	1	4	5
432380 Xangri-lá	0	0	0	4	1	5
430200 Barros Cassal	0	0	0	0	4	4
430210 Bento Gonçalves	0	0	2	2	0	4
430467 Capivari do Sul	0	0	1	2	1	4
430471 Caraá	2	0	2	0	0	4
430605 Cristal	0	1	1	0	2	4
431198 Mariana Pimentel	0	1	1	0	2	4
431540 Redentora	0	0	4	0	0	4
431830 São Gabriel	0	1	3	0	0	4
431880 São Lourenço do Sul	0	0	1	2	1	4
421225 Passo de Torres	0	0	0	0	3	3
430120 Arroio do Tigre	0	1	0	2	0	3
430490 Casca	3	0	0	0	0	3
430544 Chuvisca	0	1	0	0	2	3
430550 Ciriaco	0	2	1	0	0	3
430880 General Câmara	0	0	0	2	1	3
430910 Gramado	0	0	1	1	1	3
431244 Morrinhos do Sul	0	0	2	0	1	3
431245 Morro Redondo	0	0	0	2	1	3
431450 Pinheiro Machado	0	0	2	1	0	3
431555 Rio dos Índios	0	0	0	3	0	3
431640 Rosário do Sul	2	0	0	0	1	3
431861 São José do Sul	0	0	0	3	0	3
431971 São Valentim do Sul	0	0	1	1	1	3
432045 Sério	0	0	0	1	2	3
432140 Tenente Portela	0	1	2	0	0	3
432162 Travesseiro	0	0	0	1	2	3
432280 Veranópolis	0	0	0	3	0	3
251370 Santa Rita	0	0	0	1	1	2
290650 Candeias	0	0	0	1	1	2
311860 Contagem	0	1	0	1	0	2
420260 Bom Retiro	0	1	0	0	1	2

[Digite texto]

430130 Arroio Grande	0	0	2	0	0	2
430237 Bom Progresso	0	0	0	0	2	2
430260 Braga	0	2	0	0	0	2
430440 Canela	0	1	0	0	1	2
430515 Cerro Grande	0	0	2	0	0	2
430558 Colinas	1	0	0	0	1	2
430790 Farroupilha	0	0	0	1	1	2
430807 Fazenda Vilanova	0	0	0	1	1	2
430830 Fontoura Xavier	0	0	2	0	0	2
430850 Frederico Westphalen	0	0	0	1	1	2
430915 Gramado Xavier	0	0	1	0	1	2
430950 Guarani das Missões	0	0	2	0	0	2
431000 Ibirubá	0	1	1	0	0	2
431020 Ijuí	0	0	1	0	1	2
431057 Itapuca	0	0	0	2	0	2
431130 Lagoa Vermelha	0	2	0	0	0	2
431300 Nova Bréscia	0	0	1	1	0	2
431344 Novo Tiradentes	0	0	2	0	0	2
431370 Palmeira das Missões	0	2	0	0	0	2
431407 Passo do Sobrado	0	0	1	0	1	2
431420 Pedro Osório	0	0	0	2	0	2
431513 Pouso Novo	0	0	0	1	1	2
431630 Roque Gonzales	0	0	0	2	0	2
431642 Sagrada Família	0	0	0	2	0	2
431710 Santana do Livramento	0	1	0	0	1	2
431670 Santa Bárbara do Sul	0	0	2	0	0	2
431890 São Luiz Gonzaga	0	0	0	0	2	2
431940 São Pedro do Sul	0	0	1	0	1	2
432035 Sentinela do Sul	0	0	0	0	2	2
432183 Três Forquilhas	0	0	1	1	0	2
432253 Vale do Sol	0	0	0	0	2	2
130260 Manaus	0	0	1	0	0	1
231340 Tianguá	0	1	0	0	0	1
290320 Barreiras	0	0	0	0	1	1
291480 Itabuna	0	0	0	0	1	1
313670 Juiz de Fora	0	0	0	1	0	1
314330 Montes Claros	0	0	0	1	0	1
350160 Americana	0	0	0	1	0	1
350850 Caçapava	0	0	0	1	0	1
354330 Ribeirão Pires	0	0	0	0	1	1
354780 Santo André	0	1	0	0	0	1
354870 São Bernardo do Campo	0	0	1	0	0	1
354880 São Caetano do Sul	1	0	0	0	0	1
420540 Florianópolis	0	0	0	0	1	1
420580 Garuvá	0	0	1	0	0	1
420870 Jacinto Machado	0	0	0	0	1	1
421380 Praia Grande	0	0	0	1	0	1
421640 São João do Sul	0	0	0	0	1	1
421870 Tubarão	1	0	0	0	0	1
430010 Agudo	0	0	0	1	0	1
430050 Alpestre	0	0	1	0	0	1
430105 Arroio do Sal	0	0	0	0	1	1
430290 Cacequi	1	0	0	0	0	1
430330 Caibaté	0	0	0	0	1	1
430367 Campestre da Serra	0	0	1	0	0	1
430466 Capão do Leão	0	0	0	0	1	1
430469 Capitão	0	0	0	1	0	1
430517 Cerro Grande do Sul	0	0	0	0	1	1
430580 Constantina	0	0	0	0	1	1

[Digite texto]

430660 Dom Pedrito	0	0	1	0	0	1
430700 Erechim	0	1	0	0	0	1
430781 Estrela Velha	0	0	0	0	1	1
430843 Forquethinha	0	0	0	1	0	1
430885 Gentil	0	0	0	0	1	1
430710 Herval	1	0	0	0	0	1
430975 Ibarama	0	0	1	0	0	1
431065 Itati	0	0	1	0	0	1
431100 Jaguarão	0	0	0	1	0	1
431180 Marau	0	0	1	0	0	1
431260 Muçum	1	0	0	0	0	1
431349 Novo Barreiro	0	1	0	0	0	1
431449 Pinheirinho do Vale	0	0	1	0	0	1
431475 Poço das Antas	0	0	0	1	0	1
431500 Porto Lucena	0	1	0	0	0	1
431535 Quinze de Novembro	1	0	0	0	0	1
431647 Salvador das Missões	0	1	0	0	0	1
431850 São José do Norte	0	0	0	1	0	1
431860 São José do Ouro	0	0	1	0	0	1
432026 Segredo	0	0	1	0	0	1
432050 Sertão	0	0	0	0	1	1
432070 Sobradinho	0	0	0	1	0	1
432080 Soledade	1	0	0	0	0	1
432215 Tunas	0	0	0	1	0	1
432254 Vale Real	0	0	0	1	0	1
432255 Vanini	0	0	1	0	0	1
432285 Vespasiano Correa	0	0	1	0	0	1
432345 Vila Nova do Sul	0	0	0	1	0	1
500270 Campo Grande	0	0	0	0	1	1
Total	16.990	18.160	22.880	23.434	26.747	108.211

Fonte: DRCAA, Sistema de Informações Ambulatoriais do DATASUS.

Ações Intersetoriais

Ainda em 1997, a Organização Mundial da Saúde promoveu uma conferência internacional dedicada a discutir especificamente a ação intersectorial para a saúde (IAH) na perspectiva da renovação da saúde para todos (RSPT). Nesta oportunidade, uma definição alcançada pelo consenso dos participantes estabeleceu que a IAH corresponde a uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando a alcançar resultados de saúde ou resultados intermediários de saúde, de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só.

Nessa perspectiva, as instituições educativas em saúde pública têm sido convocadas a desenvolver enfoques teóricos e práticos em pesquisa, ensino e cooperação técnica em apoio à ação e ao compromisso intersectoriais. No Brasil, a

[Digite texto]

difusão do movimento da promoção da saúde vem ocorrendo em um contexto marcado pela implementação de políticas, programas e projetos de reforma na organização e gestão das ações e serviços públicos de saúde, especialmente no âmbito municipal, lócus privilegiado de experimentação de alternativas ao modelo médico-assistencial hegemônico. Tais intervenções incluem a reorganização da oferta de serviços assistenciais nas unidades operacionais do sistema de saúde, o desenvolvimento de ações territoriais de vigilância epidemiológica e sanitária, a ampliação e diversificação das ações de educação e comunicação social em saúde, bem como a formulação e execução das chamadas políticas públicas saudáveis, de caráter intersetorial.

Ainda que haja certa convergência quanto ao caráter virtuoso da aposta na descentralização, na intersetorialidade e em modelos de gestão alternativos persistem dúvidas quanto às formas mais adequadas de planejar, organizar, conduzir, gerir e avaliar tais intervenções.

Nesse particular, há dificuldades em compor novos arranjos organizacionais e institucionais, visando a formular e implementar políticas e assegurar efetividade à ação intersetorial.

Portanto, um dos desafios colocados por esse processo diz respeito ao planejamento, à organização e ao gerenciamento da ação intersetorial, isto é, da conjugação dos esforços de distintos setores, como saúde, educação, saneamento, segurança, transporte e habitação, entre outros, visando à racionalização dos recursos existentes e à transformação das atividades desenvolvidas, para que tenham maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades sociais.

A gestão municipal da saúde pública tem engendrado esforços no sentido de superar esses obstáculos partindo dos problemas concretos da população de seu território e buscando as soluções articulando distintas políticas e setores.

Assim, planeja e formata algumas ações interssetoriais garantindo a integração dos objetivos, compartilhando e articulando responsabilidades e poderes, num constante processo de aprendizagem visando sinergizar as ações interssetoriais dirigidas ao enfrentamento de problemas de saúde e seus determinantes.

Nessa perspectiva, temos ainda um longo caminho de superação a percorrer mas já estamos dando os primeiros passos. Algumas iniciativas passam a fazer

[Digite texto]

parte do cotidiano das equipes ou que aqui iniciam seu processo de construção, como as que a seguir descreveremos.

Intersetorialidade

As intervenções em saúde mental passam, fundamentalmente, por ações intersetoriais, de forma ampliada e inclusiva. A intersetorialidade é, sobretudo, estratégica para a efetivação de um cuidado integral, envolvendo a formação de redes colaborativas e o compromisso dos diversos atores envolvidos neste cuidado.

Importante bandeira de luta na construção do SUS, a ampliação da concepção de saúde passou a compreender o processo saúde-doença como produto e produtor de uma complexa rede, uma produção social composta de múltiplos fatores. Junto com esta noção ampliada, a saúde foi afirmada como direito e foi proposta uma nova forma de atenção e gestão: um sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas. A construção de redes tornou-se, então, uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença.

Em Canoas, os serviços de saúde mental têm constituído, no decorrer dos anos, parcerias com diversos e diferentes setores. É importante destacar que, dependendo da especificidade do cuidado, as relações são mais ou menos estreitas. Nosso desejo, ainda em construção, é da efetivação de uma prática comprometida com o cuidado integral.

Nossos parceiros, primeiramente, são todos os profissionais de saúde que fazem da saúde mental sua bandeira de luta e se dedicam diariamente em pensar e repensar, criar e recriar dispositivos que auxiliem no tratamento e na busca de alternativas de cuidado, a fim de constituírem projetos terapêuticos singulares que contribuam para garantir a qualidade de vida aos usuários.

Canoas VIVA, programa de tratamento, prevenção e reinserção social para usuários e dependentes de álcool, drogas e outras substâncias, têm como objetivo desenvolver um conjunto de ações intra e intersetoriais, visando mudanças de paradigmas e práticas no tratamento, na prevenção e no enfrentamento ao consumo de álcool e outras drogas. Constituído como um dos Projetos Estratégicos da gestão 2009/2012, buscando a intersetorialidade, envolvia as Secretaria de

[Digite texto]

Desenvolvimento Social, Saúde e Segurança Pública e Cidadania. No final da gestão, dezembro 2012, foi extinto naquela modalidade e renomeado como Programa Canoas VIVA, ficando a cargo somente da SMS. Dentre as ações que estão sendo realizadas, destaca-se atividade realizada com as Cartilhas da SENAD – série Fique por Dentro. A série tem o objetivo de socializar conhecimentos dirigidos a públicos específicos: Cartilha para Educadores, Cartilha para Pais de Adolescentes e Cartilha para Pais de Crianças, o Disque Rede: Canal de comunicação com os cidadãos, utilizando o CAC, que buscam informações sobre prevenção e tratamento ao uso drogas. A SMS/Canoas VIVA firmou parceria com a UFRGS em 2012, renovado em 2013, para realização de cursos de extensão dirigidos aos trabalhadores do SUS e SUAS, na temática do uso de drogas.

Programa Federal Crack é Possível Vencer, no qual a cidade aderiu e que na sua constituição prevê três eixos: Prevenção, Cuidado e Autoridade, na mesma lógica do programa Canoas VIVA, que busca essencialmente, o trabalho intersetorial como modalidade a ser seguida e adotada. A cidade pactuou neste programa os serviços e equipamentos, além dos cursos de qualificação dirigidos aos trabalhadores do SUS, SUAS, Sociedade Civil, Judiciário, Segurança e Entidades de Controle Social.

- Habilitação de um CAPS AD III;
- Qualificação de um CAPS AD III;
- Habilitação de um CAPS III;
- Habilitação de uma Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil;
- Dez leitos de saúde mental em hospital geral – Processo de habilitação já estava em andamento;
- Equipe de Consultório na Rua – Modalidade I;
- CREAS;
- Base móvel de videomonitoramento;
- Câmeras fixas de videomonitoramento;

Ainda relacionado ao Programa Crack é Possível Vencer, porém não sendo considerado como meta do programa, encontra-se os projetos que captaram recursos federais para construção dos CAPS III e da UAI.

[Digite texto]

Existe também a rede de atenção básica (UBS), as UPAS, os hospitais gerais (HNSG e HPS) como porta de entrada para urgência e emergência, o HU, com vinte e cinco leitos em saúde mental, o HPSP (para internação de crianças e adolescentes); trinta e seis vagas no Serviço Residencial Terapêutico (ACADDEM); vinte e cinco vagas em Comunidades Terapêuticas, distribuídas da seguinte forma: cinco femininas e vinte masculinas, as instituições assistenciais e sociais que trabalham em prol da melhoria das condições sociais dos cidadãos (CREAS, CRAS, Casas de Acolhimento, Albergue Municipal, Mulheres da Paz, etc.), e rede de educação, esporte e segurança.

Sobre a rede de serviços é importante destacar que o município possui diversos serviços e ações nas áreas da saúde, assistência social, educação, segurança, etc., não havendo carência, portanto, de possibilidades de intervenção. Contudo, ocorre, de maneira bastante presente, a desarticulação destes serviços que dificulta a instituição de uma rede efetiva de cuidados. Neste aspecto, é urgente buscarmos avanços, o que demanda ações pactuadas por parte dos gestores, dos trabalhadores e da sociedade em geral.

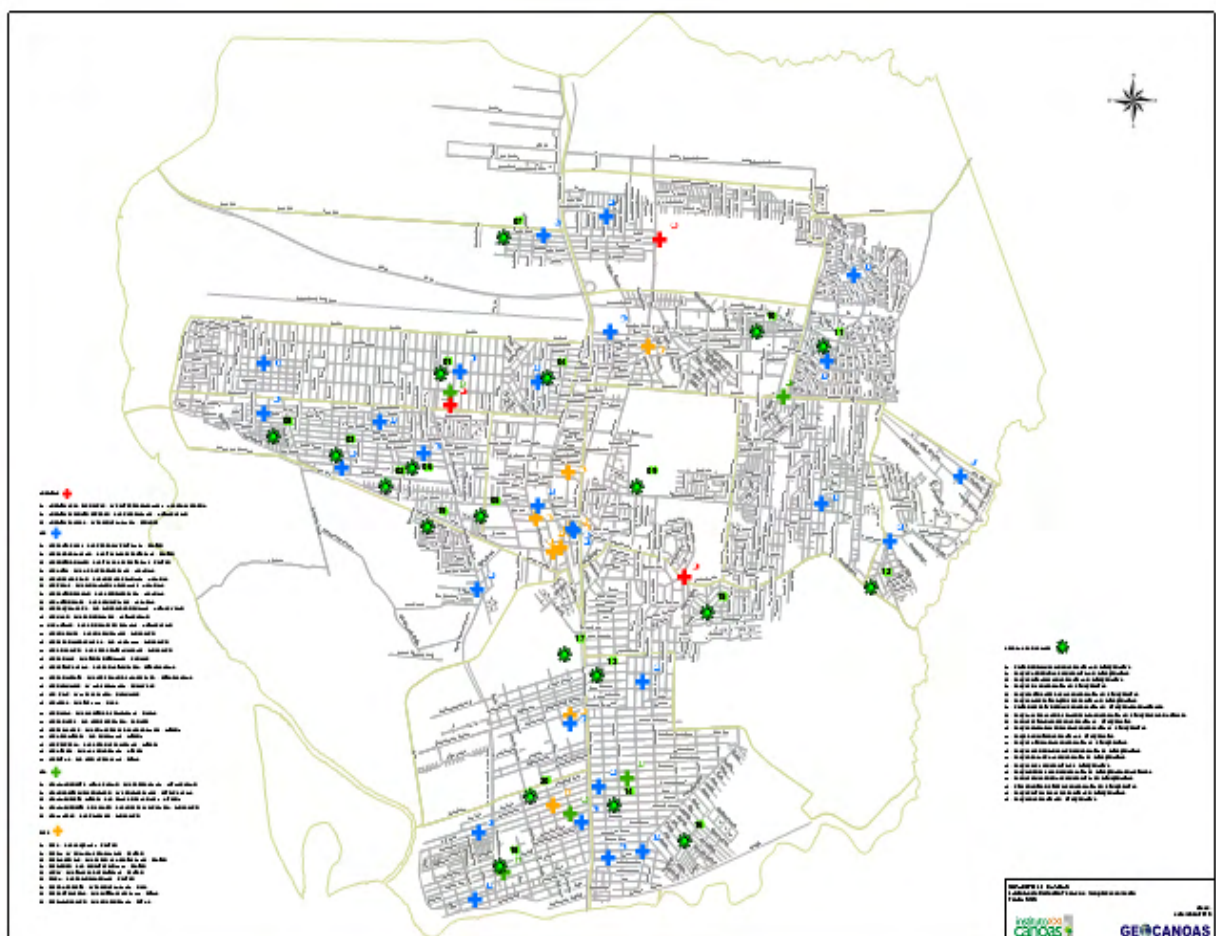
Toda essa rede referenciada tem um grande potencial, porém, pouco conhecido, explorado e aproveitado. O mesmo percebe-se em relação a integralidade das ações, que embora seja um dos princípios do SUS, ainda não é entendida quanto a sua aplicação no cotidiano dos serviços de saúde, de forma prática. Integralidade significa a assistência ao usuário, em tudo o que representa sua necessidade, desde a garantia de boas condições de vida, ser acolhido nas Unidades de Saúde, ter seus problemas resolvidos, até, sobretudo, possuir acesso a todas as tecnologias de cuidado.

A ideia de redes de movimentos convergiu com as discussões, vindas da teoria dos sistemas e das ciências da complexidade, sobre as relações sociais em rede, que se caracterizam pela mobilidade, fragilidade, velocidade e mutabilidade. Uma rede, então, é definida pelas relações e não pelos nós – sejam pessoas, grupos ou conjuntos de movimentos. Os nós mudam, surgem e apagam-se, participam, plenamente, na política, na estética, no diálogo, na produção e ou no uso dos produtos culturais da rede. As relações em rede são difíceis de classificar e delimitar.

Promoção da Saúde através do Esporte e Lazer

Trata-se de um conjunto de programas que são desenvolvidos pela Secretaria de Esporte e Lazer que atuam diretamente na prevenção e no auxílio no tratamento da saúde e que, após a discussão entre as duas Secretarias passarão a ser totalmente integrados com a saúde. Essa diretriz extrapola aos programas ora vigentes. Trata-se de uma perspectiva a longo prazo que, inclusive, orientará a localização dos novos equipamentos de esporte e lazer na cidade de modo a que fiquem próximos aos serviços de saúde nas comunidades facilitando a integração entre os trabalhadores das duas Secretarias em favor do atendimento integral dos usuários. Para tanto foi feito um georreferenciamento, que facilita a visualização dos recursos nos territórios e evidencia as necessidades.

Fig 8. - Distribuição dos equipamentos de saúde e de esporte e lazer na cidade de Canoas, RS.



Fonte: Dados fornecidos pela SMS e SMEL. Mapa elaborado pelo Instituto Canoas XXI

[Digite texto]

Além disso, os programas que são desenvolvidos em outros espaços também contarão com o trabalho conjunto entre SMS e SMEL, com o mesmo objetivo.

Atualmente, a SMEL oferece mais de 4.000 vagas nos programas de esporte e atividade física, tendo envolvimento direto ou indireto com a Secretaria da Saúde. Além dos programas ligados à SMS, a SMEL possui programas que trabalham a transversalidade com as secretarias municipais de Educação e Segurança Pública e Cidadania. Os programas que atuam nesta transversalidade estão divididos, no entender da SMEL, em duas categorias: Prevenção e Tratamento.

São os programas de prevenção à saúde:

- Programa Esporte e Lazer na Cidade;
- Programa Lazer, Atividade Física e Saúde;
- Corrida e Caminhada Orientada;
- Esporte na 3ª Idade.

Programas que atuam diretamente no tratamento de doenças:

- Saúde e Movimento;
- Esporte e CAPS AD;
- Gurizada em Movimento

O Programa Esporte e Lazer na Cidade (PELC), foi implantado no município no ano de 2009. Este programa surge a partir do movimento entre Ministério do Esporte e da Justiça. O programa destinava recursos ao município para atender adolescentes e jovens que vivem nas periferias e que apresentam vulnerabilidade social. No ano de 2013, o PELC deixou de receber recursos federais.

O sucesso do PELC em Canoas motivou a prefeitura a dar continuidade às suas atividades e hoje o programa é custeado unicamente com recursos da administração municipal. O PELC tem como objetivos principais a diminuição dos índices de violência no município, promover a inclusão social, favorecer a melhora da autoestima e atuar na redução de danos à partir da prática regular de atividades físicas e de lazer. Tem como público alvo adolescentes e jovens com idade entre 15 e 29 anos.

O PELC será desenvolvido nas áreas de periferia dos quatro quadrantes da cidade de Canoas. A periodicidade das atividades do programa é sempre de duas

[Digite texto]

aulas por semana, com duração de, no mínimo, uma hora, inclusive aos finais de semana. As atividades são ministradas por estagiários dos cursos de Educação Física, Música e Dança. O PELC oferece oficinas de esportes coletivos, dança música, xadrez, jogos adaptados e lutas. Estas atividades serão supervisionadas por seis coordenadores de núcleo e acontecem em praças, parques, escolas, unidades operacionais da SMEL e associações.

O programa prevê também eventos chamados Encontros de Lazer, que são realizados nas comunidades locais e tem como premissa a gestão compartilhada com a comunidade na sua elaboração e realização. A comunicação das atividades do programa é feita através de camisetas que os participantes cadastrados recebem, via internet, na aba da SMEL no site da prefeitura, pelo disque rede e pela distribuição de material gráfico em escolas, associações e espaços públicos. O PELC atua em transversalidade com a Secretaria de Segurança Pública e Cidadania oferecendo atividades nos territórios de paz da cidade. A proposta é ampliar esta parceria para os quadrantes que não possuem ainda um território de paz. O impacto do PELC na saúde pública pode ser percebido, principalmente, na redução de danos dos usuários de álcool e substâncias psicoativas, além de proporcionar qualidade de vida e atuar na prevenção às doenças decorrentes do sedentarismo.

Programa Lazer, Atividade Física e Saúde - O acesso à atividade física gratuita é um direito de todos e uma necessidade básica. Para atender à essa necessidade foi criado, pela Secretaria de Esporte e Lazer, o PLAFS, que oferece à população aulas regulares de ginástica aeróbica e localizada, atividades adaptadas à terceira idade, aulas de musculação, orientação nas academias públicas e aulas de ritmos.

O PLAFS oferece uma série de alternativas de qualidade e sem custo para ocupação do tempo livre da população. Dentre os objetivos do PLAFS está a promoção e a orientação de atividades físicas, conscientizarem da importância da prática regular da atividade física e evidenciar os benefícios provenientes de um estilo de vida ativo. Público Alvo: Jovens e adultos com 16 anos ou mais. As atividades do PLAFS, atualmente são desenvolvidas nas nove unidades operacionais da SMEL, além das academias públicas localizadas nas praças da cidade e em núcleos localizados em associações comunitárias.

[Digite texto]

O PLAFS oferece suas atividades duas vezes por semana, e possui horários desde as 07 da manhã até às 21 horas. As atividades são ministradas por profissionais e estagiários de educação física, e atende em modalidades como yoga, tai chi chuan, chi kung, ginástica localizada, step, jump, musculação, ginástica aeróbica, ginástica adaptada às necessidades da 3ª idade e orientação nas academias públicas. A participação nas atividades do PLAFS está condicionada à apresentação de atestado de aptidão para prática de atividade física, fornecido por um médico.

A aproximação das Secretarias de Esporte e de Saúde deve facilitar o acesso da população a este tipo de atestado. A comunicação do programa acontece por meio de camisetas entregues aos participantes cadastrados, afixação de material publicitário em ônibus e espaços públicos, pela aba da SMEL no site da prefeitura e pelo disque rede. Os impactos que as atividades do PLAFS têm na saúde pública são, principalmente, a diminuição dos níveis de sedentarismo e às doenças associadas, o aumento da qualidade de vida pela adoção de hábitos mais saudáveis e pela integração social na convivência nos grupos de atividade física. Auxilia também na diminuição de doses de medicamentos, nos níveis de depressão e de glicemia dos participantes.

Programa Corrida e Caminhada Orientada - O Programa de Corrida e Caminhada Orientada forma e orienta grupos de pessoas que queiram caminhar e correr em ritmo constante seja para quem busca emagrecimento, socialização ou participar de competições. Promove também a socialização, pois acolhe pessoas que têm na caminhada ou na corrida sua atividade física preferida ou que buscam orientação para o desenvolvimento dos exercícios de forma adequada e orientada. O Programa tem como objetivos estimular a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população através da prática da caminhada e corrida orientada, a diminuição do sedentarismo, a melhora do condicionamento cardiovascular e respiratório e a diminuição do surgimento de doenças crônicas degenerativas. Público alvo: adolescentes, adultos e idosos, residentes no município. O Programa de Caminhada Orientada será desenvolvido nos parques do Município. Professores e estagiários de educação física atenderão a grupos formados por no máximo 10 pessoas, duas vezes na semana, com aulas no início das manhãs ou no fim da tarde. Grupos de corredores serão separados dos grupos dos praticantes de caminhada. Será

[Digite texto]

realizada a avaliação física dos participantes a cada 30 dias e, no mesmo período, será realizada revisão no plano de treinamento individual de cada aluno. O impacto na saúde pública pode ser detectado através da prevenção às doenças provenientes do sedentarismo, auxílio na redução dos níveis de glicemia e de depressão.

Esporte na 3ª Idade - O programa foi oficialmente lançado no dia 18 de agosto de 2013, no Centro Esportivo São Luís. As atividades esportivas voltadas à terceira idade já eram desenvolvidas de maneira simples dentro do PLAFS. O projeto Em Canoas o Esporte tem mais valor propõe que sejam formados grupos de participação e também grupos de treinamento para competições.

Outro fator que será abordado pelo programa é a oferta de auxílio e orientação aos grupos de terceira idade que existem em Canoas e que praticam esportes e participam de competições, mas que são independentes do poder público. Tem como objetivo oferecer à população idosa do município atividades esportiva adaptadas, formar equipes de rendimento, auxiliar na formação de grupos de convivência e proporcionar a oportunidade de competir em jogos dentro e fora do município, para pessoas com 60 anos ou mais, aptas para a prática de atividade física. As atividades do Esporte na 3ª Idade acontecem de duas a três vezes por semana e duram entre uma hora e uma hora e meia.

O programa será oferecido nas nove unidades operacionais da SMEL e também em sedes de associações de bairro. Estão compreendidas dentre as atividades do programa o treinamento de condicionamento físico, basquete relógio, câmbio, handebol por zona, bocha em duplas, chute a gol e arremesso ao alvo. Os treinamentos são orientados por profissionais e estagiários de educação física.

Os Jogos de Integração dos Idosos (JIIDOS) fazem parte da programação do Esporte na 3ª Idade. Os JIIDOS acontecem anualmente em Canoas e contam com a disputa de jogos e atividades recreativas. Participam dos JIIDOS não apenas os grupos mantidos pelo município, mas também grupos e associações independentes. A participação nas atividades do Esporte na 3ª Idade está condicionada à apresentação de atestado de aptidão para prática de atividade física, fornecido por um médico.

A aproximação das secretarias de Esporte e de Saúde deve facilitar o acesso da população a este tipo de atestado. A comunicação do programa acontecerá via internet, no site da prefeitura de Canoas, em publicação em mídia

[Digite texto]

impressa, chamamento via rádio online e afixação de material publicitário no período dos JIIDOS.

Os impactos que as atividades do programa têm na saúde pública são, principalmente, a diminuição dos níveis de sedentarismo e às doenças associadas, o aumento da qualidade de vida pela adoção de hábitos mais saudáveis e pela integração social na convivência nos grupos de atividade física. Auxilia também na prevenção à osteoporose, na diminuição de doses de medicamentos, nos níveis de depressão e de glicemia dos participantes.

Saúde e Movimento - O programa Saúde e Movimento representa inovação quando associa a atividade física ao tratamento de pacientes que sofrem de diabetes, hipertensão e obesidade. A proposta de transversalidade com a Secretaria da Saúde em sua execução é seu principal diferencial. Este programa insere o profissional de Educação Física na equipe multidisciplinar das UBS do município, favorecendo melhores resultados no tratamento das doenças e atuando na prevenção de novas enfermidades. Esta proposta de interação deve trazer a Canoas toda a exposição positiva que é gerada quando uma atitude pioneira acontece.

A gestão compartilhada do tratamento da saúde destes pacientes tem como resultado economia para os cofres do município. É objetivo do programa a associação da atividade física ao tratamento de pacientes diagnosticados com hipertensão, diabetes e obesidade, atuar na prevenção destas doenças, proporcionarem qualidade de vida e promover a transversalidade entre as secretarias de Esporte e Lazer e da Saúde. Indicado aos pacientes vinculados às UBS do município, diagnosticados e que recebam tratamento para hipertensão, diabetes ou obesidade, e que estejam clinicamente aptos a praticar atividade física.

O programa Saúde e Movimento tem sua metodologia construída em conjunto com representantes das secretarias de Esporte e Lazer e da Saúde. Estes representantes formam o Grupo Gestor, que realiza reuniões periódicas para elaborar o projeto, traçar suas diretrizes, objetivos e metas. Destas reuniões sistemáticas surgirá o modelo pedagógico de intervenção dos profissionais que atenderão aos pacientes, a temática dos encontros de formação continuada, as avaliações preliminares dos resultados, dentre outras decisões acerca do programa. Os pacientes aptos para iniciar a prática de atividade física serão encaminhados pelo médico responsável ao profissional de educação física que

[Digite texto]

orientará seu treinamento. Este encaminhamento se dará na própria UBS em que o paciente está vinculado, de modo a reforçar a confiança entre os profissionais e dar mais credibilidade à forma de trabalho.

Os atendimentos da parte esportiva do programa acontecerão, no mínimo, duas vezes por semana, em atividades com duração entre 45 e 75 minutos. As atividades serão prescritas individualmente para cada paciente por um profissional de educação física, que levará em conta a avaliação clínica do paciente. O Saúde e Movimento prevê aulas de caminhada orientada, ginástica localizada adaptada e orientações durante a utilização das academias públicas ao ar livre. Para potencializar os resultados da atividade física no tratamento destes pacientes, será realizada, periodicamente, a avaliação física e medição de índice de massa corporal (IMC) . Desta forma, será possível adaptar os treinamentos e o tratamento, conforme o que for determinado nas reuniões do grupo gestor.

Para o primeiro ano do programa, está prevista a implantação em 8 UBS. A distribuição se dará de forma que cada um dos quadrantes da cidade possua duas UBS contempladas e, em cada uma delas haverá dois grupos de atividade física adaptada. A comunicação do Saúde e Movimento se dará através de camisetas distribuídas aos participantes, afixação de material publicitário nas UBS contempladas e nas unidades operacionais da SMEL, em paradas de ônibus, em mídia impressa, na aba da SMEL no site da prefeitura de Canoas e através do disque rede.

O impacto do programa na saúde pública poderá ser medido através dos resultados das avaliações físicas e clínicas dos pacientes participantes. Estima-se diminuição das doses de medicamento administradas aos pacientes, diminuição da frequência cardíaca de repouso, diminuição dos níveis de glicemia, aumento da aptidão física, da qualidade de vida e a prevenção às doenças associadas ao comportamento sedentário. A melhora da autoestima e a diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade também serão resultado da formação dos grupos de atividade física.

Esporte e CAPS AD - Projeto que pretende inovar, associando o esporte e a atividade física ao tratamento de pacientes usuários de álcool e de substâncias psicoativas. Atualmente o município conta com dois CAPS AD, um no quadrante sudoeste e um no quadrante nordeste. Os objetivos do projeto é comprovar a

[Digite texto]

efetividade da associação da prática da atividade física orientada no resultado do tratamento de pacientes dos CAPS AD, fornecer índices sistêmicos ao município, adotar a prática esportiva como incentivo para permanência no tratamento para alcoolismo e uso de substâncias psicoativas, de modo a transformar a iniciativa em política de saúde mental no município.

O projeto deve trabalhar de maneira a não expor os pacientes como sendo portadores de vícios e vai priorizar a sua inserção nos diversos grupos de esporte e atividade física já oferecida pelo município. A associação da atividade física ao tratamento dos pacientes será de forma voluntária, sendo feita a sugestão pela equipe dos CAPS AD, que é composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros. Uma das estratégias do projeto é dar continuidade ao Grupo Gestor, que conta com profissionais das secretarias de Saúde e Esporte e Lazer, e transformar as reuniões de planejamento em reuniões sistemáticas de avaliação e controle das atividades, métodos e resultados.

Para avaliar os resultados será comparada a evolução no tratamento dos pacientes participantes dos grupos piloto com pacientes que não têm associado ao seu tratamento a prática de atividade física. As atividades esportivas oferecidas pela SMEL são sempre orientadas por profissionais e estagiários do curso de Educação Física e acontecem, normalmente, duas vezes por semana. Dentre as atividades disponíveis estão os esportes coletivos, ginásticas, musculação, caminhada e corrida orientada. A comunicação do projeto será, inicialmente, pequena. Conterá com publicações em mídia impressa, divulgação no site da prefeitura de Canoas, material publicitário exposto nos CAPS AD, disque rede e cerimônia formal de lançamento.

Na saúde pública pretendemos contribuir na redução de danos, provenientes do uso de álcool e substâncias psicoativas, promover a inclusão social, a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias e prevenir o aparecimento de doenças ligadas ao sedentarismo. Através desta associação, poderemos auxiliar também na redução dos níveis de violência provenientes do tráfico de drogas e na economia gerada ao município pela redução das doses de medicamento e de internação de pacientes.

Gurizada em Movimento - É um projeto piloto que pretende diminuir os índices de obesidade em crianças e adolescentes através da ação conjunta entre as

[Digite texto]

secretarias de Esporte e Lazer, Educação e Saúde. Segundo pesquisa realizada pela SME, em 2011, foi constatado que 35% dos alunos matriculados da rede municipal de ensino apresentam estar acima do peso ideal. Para combater e diminuir estes índices, foi construído, entre SMEL e SME, o projeto Gurizada em Movimento. O projeto prevê a inserção do esporte e da atividade física como atividade extraescolar, no turno inverso das aulas. Além desta associação, o projeto conta com o apoio dos professores de ciências e de nutricionistas, que farão orientações sobre a alimentação dos alunos.

O conselho escolar atuará junto às famílias dos alunos, de modo a comprometer toda a família com a iniciativa que o filho estará tomando e favorecendo a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis para todos. Muito mais do que apenas diminuir os índices de obesidade no município, o projeto quer criar uma nova alternativa no combate à obesidade, deve promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis e evidenciar da importância do esporte e da atividade física como agente fundamental no combate e controle da obesidade. Público Alvo: Alunos matriculados nas escolas municipais João Palma da Silva e Erna Würth, com idades entre 9 e 13 anos. Ofertarão atividades esportivas duas vezes na semana, com duração de uma hora, no Centro Social Urbano Mathias Velho (CSU), e no Centro de Atenção Integral à Criança. As atividades serão coordenadas por professores e estagiários de Educação Física e contarão com planejamento específico para perda de peso. Além de atividades esportivas, serão oferecidos circuitos de atividade aeróbica, ginástica adaptada, dança e jogos adaptados. Com a orientação da SME, professores de ciências incluirão questões sobre alimentação quinzenalmente no planejamento de suas aulas. Palestras e participações de nutricionistas nas aulas de ciências, também da SME, irão reforçar a política de melhores hábitos alimentares.

A integração com a família dos alunos via conselho escolar, se dará na forma de palestras sobre alimentação, preparo de alimentos, dentre outros. Este momento servirá também para conscientizar as famílias sobre os benefícios da adoção da prática de atividade física regular e de melhores hábitos alimentares. É previsto que, nestes momentos, sejam realizadas também palestras por médicos da Secretaria da Saúde, e educadores físicos, para falar das consequências para a saúde de uma vida sedentária e da obesidade. Para avaliar os resultados da

[Digite texto]

intervenção, será realizada, bimestralmente, a avaliação dos índices de massa corporal (IMC) dos alunos participantes. Reuniões sistemáticas entre SMEL e SME para avaliação e controle dos métodos e resultados estão previstas para acontecer mensalmente.

A comunicação do projeto acontecerá via distribuição de camiseta aos alunos participantes, afixação de material publicitário nas escolas e unidades operacionais que receberão o projeto, distribuição de panfletos para pais e alunos, publicação em mídia impressa, em redes sociais, no site da prefeitura de Canoas e também no momento da cerimônia oficial de lançamento.

O impacto para a saúde pública é na diminuição dos índices de obesidade e sobrepeso nas crianças e adolescentes e também na diminuição do número de possíveis adultos cardiopatas, diabéticos, depressivos ou obesos, a partir da adoção de hábitos saudáveis na infância. Isso representa mais qualidade de vida e autoestima para os participantes e, futuramente, economia para o município no tratamento das doenças associadas ao sedentarismo e à má alimentação.

[Digite texto]

Gestão em Saúde

Planejamento

Planejar em saúde é o processo de transformar variáveis que não controlamos em variáveis que controlamos, em uma realidade social complexa e cheia de incertezas.

O processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como responsabilidade dos entes públicos, sendo desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde.

Pressupõe que cada ente federado realize o seu planejamento considerando as especificidades do território; as necessidades de saúde da população; a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos entes federados; a conformação das redes de atenção à saúde, contribuindo para melhoria da qualidade do SUS e impactando na condição de saúde da população brasileira.

A Lei 8080/90 e sua regulamentação, instituída no Decreto 7508/2011, estabelecem que o planejamento da saúde é ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde.

O planejamento vem sendo paulatinamente apropriado por gestores e profissionais de saúde como função estratégica para ampliar a capacidade resolutiva do SUS, notadamente a partir de 2006, quando teve início a implementação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), estabelecido a partir do Pacto pela Saúde.

Além dessa apropriação, a concepção e desenvolvimento desse sistema pressupõem a organização de instância responsável pela condução dos processos envolvidos na função planejamento à qual, sob a orientação do gestor correspondente, cabe a construção e a operacionalização do planejamento no âmbito de sua instituição a SMS e também no seu território de abrangência.

Os Planos de Saúde são resultantes do processo de planejamento integrado dos entes federativos, devem conter as metas da saúde e constituem a base para as programações de cada esfera de governo, com o seu financiamento previsto na

[Digite texto]

proposta orçamentária. Nesse sentido, orientam a elaboração do Plano Plurianual e suas respectivas Leis Orçamentárias, compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

Nesse contexto, a recente edição do Decreto 7508/2011 coloca o planejamento da saúde na centralidade da agenda da gestão, ao tempo em que introduz significativas mudanças nesse processo, apontado a necessidade de fomento à cultura de planejamento da saúde; de modelagem do processo de planejamento da saúde integrado; de reordenamento dos instrumentos de planejamento e gestão, atualmente vigentes; e de reformulação do processo de programação das ações e serviços de saúde, dentre outros.

O planejamento tem sua expressão concreta no processo de formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do SUS (Plano de Saúde/PS, Programação Anual de Saúde/PAS e Relatório Anual de Gestão/RAG). A metodologia está embasada nas orientações do PlanejaSUS (PNS, PAS e RAG) e considera as agendas já estabelecidas no âmbito do município, como o programa de governo, Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias/LDO e Lei Orçamentária Anual/LOA, diretrizes da Estratégia das Cidades Sustentáveis bem como dos Planos Nacional e Estadual de Saúde.

Ainda são grandes os desafios a enfrentar rumo à institucionalização do planejamento, em todos os setores da SMS, entendido como a apropriação e exercício pleno do processo de planejamento por parte de gestores e de profissionais.

Deve-se manter a mobilização num processo sustentado de participação de todos os segmentos, tendo em conta, entre outros aspectos, a renovação periódica de gestores e profissionais de saúde. (Metas 96, 103, 111, 113 e 115)

Na linha da qualificação de profissionais em planejamento, é importante implementar a educação permanente e continuada de forma abrangente e sistemática. (Meta 113)

Os Relatórios de Gestão, pactuações realizadas entre outros indicadores deverão estar disponibilizados para acesso de gestores, trabalhadores, conselheiros, usuários, prestadores, para acompanhar o andamento das metas propostas, subsidiando a tomada de decisões e permitindo aos cidadãos um acompanhamento atualizado e transparente do SUS.

[Digite texto]

Informatização

A Prefeitura de Canoas iniciou em 2010, a informatização de seus processos, implantando processos virtuais, de gestão contábil, de cadastros, modernizando a gestão pública com esta importante ferramenta.

Em 2011, a Secretaria Municipal de Saúde, iniciou a informatização de seus processos. A integração das informações e a implantação do tele agendamento integrado ao sistema informatizado foram as primeiras ações.

Em setembro de 2011, iniciou-se o cadastro dos cidadãos canoenses no sistema, que incluiu 200.000 usuários até o momento, ou seja, mais de 50% de todos os munícipes. (Meta 109)

Em março de 2012 implantou-se o tele agendamento e a informatização da central de regulação das consultas especializadas e exames, na rede básica de saúde do município e nos Hospitais, tornando possível a solicitação de 100% das consultas iniciais, através do sistema de modo on-line. (Meta 107)

Os processos de regulação de consultas e exames continuam avançando, sendo que paralelamente à implantação do sistema ocorre uma reorganização e uma padronização nos fluxos de trabalho. Com esta forma passou-se a acelerar os serviços, tornando o tempo de espera menor, bem como, a otimização das agendas.

A continuidade do processo de informatização, prevendo soluções completas, integradas, às necessidades de utilização de serviços pelo cidadão, permitirá a melhoria da gestão, a racionalização dos recursos e a implantação de um registro eletrônico de saúde vinculadas ao Cartão Nacional de Saúde, nos diferentes níveis de atenção e em toda a rede de saúde.

O objetivo é estender a disponibilidade de um Sistema de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde, permitindo que os dados dos usuários façam parte de um prontuário eletrônico. Este situará os gestores e profissionais assistenciais sobre as necessidades e situação de saúde da sua população na área da Urgência e da Atenção Básica, modelado ao Sistema de Vigilância em Saúde, sendo apoiado pelos setores administrativos e de apoio diagnósticos.

Deste modo, amplia-se a informatização para todos os níveis de regulação, permitindo que a organização dos recursos e demandas existentes possa ser buscada e analisada a qualquer tempo pelo gestor municipal e sua equipe técnica

[Digite texto]

para sustentar a tomada de decisões em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. Com a informatização da saúde objetiva-se evoluir em informações integradas no complexo regulador, na atenção às urgências, na atenção à Saúde Básica, Vigilância e áreas de apoio diagnósticas e administrativas, de modo interativo, compartilhado e continuado. (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107, 108 e 109)

O uso da tecnologia da informação é uma ferramenta fundamental para o planejamento em saúde por possibilitar a atualização constante das informações e o compartilhamento em tempo real, possibilitando a intervenção rápida e a previsão a longo prazo. (Metas 97, 106, 107 e 108)

Regulação do Sistema de Saúde

A atenção secundária e terciária é caracterizada por serviços ambulatoriais e hospitalares com diferentes densidades tecnológicas para realização de ações especializadas. Os serviços de atenção terciária são mais densos tecnologicamente que os serviços de atenção secundária e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. Não existe caráter de subordinação entre eles, mas sim, de complementaridade entre os diferentes pontos de atenção à saúde.

A atenção secundária e terciária acontece tanto em nível ambulatorial especializado quanto hospitalar, já que alguns serviços são resolutivos apenas na área ambulatorial e outros, num misto entre ambulatorial e hospitalar.

A crescente prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações se refletem em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde, o que gera a maior necessidade por serviços da atenção secundária e terciária. Essa modificação no perfil de necessidade da assistência tem impacto importante na maneira de organização dos serviços de saúde para atender à população.

A partir da identificação de oferta insuficiente de serviços serão desenvolvidas estratégias com o objetivo de ampliar o acesso com qualidade à atenção especializada ambulatorial, incluindo consultas, exames, equipes multiprofissionais e outros procedimentos. Para isto serão qualificados os existentes, tanto em estruturas hospitalares quanto extra-hospitalares. Estes serviços comporão

[Digite texto]

a rede e servirão de referência para garantir o seguimento da atenção aos usuários de acordo com as diferentes linhas de cuidado. Os primeiros serviços serão implementados para as especialidades com maior necessidade de assistência.

A Regulação, Processamento, Controle, Avaliação e Auditoria se fundamenta na legislação a seguir:

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- Decreto Nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispõe sobre os instrumentos para acompanhar a conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde;
- Decreto Nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- Portaria Nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde - Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, notadamente no que diz respeito às responsabilidades do Termo de Compromisso de Gestão Federal, Estaduais e Municipais;
- Portaria Nº 699/GM de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
- Portaria Nº 3.277/GM, de 22 de dezembro de 2006, que dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS;
- Portaria Nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;
- Portaria Nº 1.571/GM, de 29 de junho de 2007, que estabelece incentivo financeiro para implantação e ou implementação de complexos reguladores;

[Digite texto]

- E, por fim, a Portaria Nº 1.559/GM, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, que cita:
Art. 2º - As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

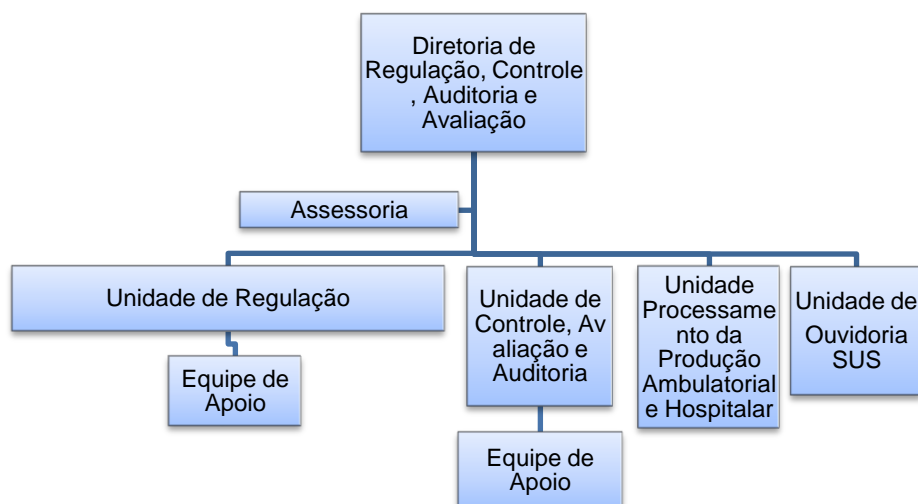
I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

Na SMS a regulação do Sistema de Saúde cabe à Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (DRCAA), com a seguinte estrutura: (Meta 116)

Fig. 9 – Organograma do DRCAA, SMS, Canoas, RS.



Fonte: DTA, SMS, Canoas, 2013.

Atribuições:

- Habilitação dos processos hospitalares junto ao SES; solicitação de termos aditivos e prorrogação de convênios e contratos; elaboração das minutas de termos de referência e chamamento público;
- Agendamento informatizado das consultas com especialista para SES, Porto Alegre, quando esta especialidade não existe no município;
- Autorização dos exames de Alto Custo do município solicitados pelas Unidades Básicas e pelos hospitais; autorização das solicitações de internações (AIH); auditoria dos serviços internos e externos; conferências de faturas dos laboratórios e clínicas;
- Monitoramento e avaliação dos processos judiciais;
- Processamento e transmissão ao DATASUS da produção dos serviços de saúde ambulatorial e hospitalar do município; gerenciamento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; suporte aos operadores da rede própria e terceiros para os programas do DATASUS/Ministério da Saúde.

Para melhor desenvolver suas atribuições a DRCAA deverá implantar:

- Central de Regulação de Consultas Especializadas; Central de Regulação de Exames e Central de Regulação de Leitos (Meta 97).

[Digite texto]

- Central de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o Serviço de Processamento e Faturamento dos serviços de saúde terceirizados SUS e destes prestadores também serviços NÃO SUS-CIHA/SISRCA e serviço de Controle e Avaliação (Metas 97, 98, 99, 100, 101 e 102)
- Central de Auditoria (Meta 97)

Além disso deve aumentar a estrutura técnico-administrativa para atender às crescentes demandas e adequar as instalações físicas e infraestrutura. (Meta 97)

Habilitações de serviços

Trata-se de habilitação dos serviços dos hospitais, clínicas e laboratórios junto ao Estado ou União, para prestar serviços ao SUS e poder receber os financiamento público, seja por interesse do estabelecimento ou da gestão municipal.

Em relação aos serviços prestados diretamente pela SMS, a habilitação é feita diretamente pela respectiva diretoria.

Para o aperfeiçoamento do processo de trabalho entende-se que esta ação deveria ser centralizada em um único setor, buscando a otimização do processo de habilitação e monitoramento. Deve-se, para tanto, definir-se o algoritmo contendo as etapas deste processo (chamamentos, contratos, convênios, termos aditivos, habilitações e fiscalização de contratos), conferindo as responsabilidades e dotando a estrutura necessária. (Metas 96, 97 e 110)

Termos aditivos

A diretoria é responsável por solicitação de prorrogações e aditamento de objeto dos contratos ou convênios dos exames diagnósticos, clínicas e hospitais.

Atualmente o critério é serie histórica de produção e, melhor pratica é considerar como critério a situação epidemiológica e as necessidades atuais em saúde, no município envolvendo as diretorias responsáveis pela atividade fim.

Outro aspecto desta ação é que ele se encontra fracionado entre DRCAA e DTA. Entende-se que esta ação deveria ser centralizada num único setor visando a otimização do processo e aperfeiçoamento dos registros e evitar a descontinuidade

[Digite texto]

dos processo em caso de saída de servidores. Viabilizar esta centralização de serviço e criar estrutura. (Metas 96, 97 e 110)

Termos de Referência e Chamamento Público

Responsável pela elaboração de minuta conforme Lei 8.666/93, de forma específica de acordo com o objeto a ser contratado (Leis, Portarias, Resoluções e Notas Técnicas, que normatizam e traçam as diretrizes); levantamento de registros oficiais de produção (série histórica) demanda, análise e consulta de área técnica específica (onde são definidas as formas que deve ser prestado o serviço/procedimento). Após elaboração de minuta esta é encaminhada para análise e demais providências a Diretoria Técnica Administrativa/SMS, devidamente acompanhada de justificativa e com prévia aprovação do Ordenador da SMS. Falta Assessoria Jurídica mais presente na elaboração dos processos. Para o aperfeiçoamento do processo de trabalho entende-se que esta ação deveria ser centralizada em um único setor, buscando a otimização dos trâmites e monitoramento. Cobertura técnico-administrativa para enfrentamento das demandas, cuja a proporção tem aumentado significativamente. (Meta 110)

Processos judiciais

A DRCAA, como outros setores da SMS, também recebe processos julgados para execução, assim como demandas via intranet, internet, meio físico e MVP procedentes de setores internos da SMS e outros da Prefeitura, visando agilizar ou efetivar o acesso a consultas, exames e procedimentos de saúde. Faz-se necessário organizar a entrada destas solicitações, definir e institucionalizar os fluxos dentro da SMS para atender adequadamente essa demanda. Observa-se a demora no trâmite e dificuldade de acompanhamento destas demandas, gerando insatisfação nos usuários e perda do tempo oportuno para as ações de saúde. (Metas 96 e 110)

[Digite texto]

Controle dos Processos de Faturamento

As AIH e APAC são autorizadas pela DRCAA. Para isso é utilizado o programa DATASUS Módulo Autorizador. Também é realizada a Conferência de Faturas de Clínicas, Laboratórios e Hospital Nossa Senhora das Graças.

As clínicas, laboratórios e hospital Nossa Senhora das Graças entregam o faturamento do mês, onde é realizada a revisão de todos os documentos apresentados e emitido um Termo de Fiscalização de Serviço. Este Termo é enviado ao responsável pela Unidade, que se encarrega de solicitar às Clínicas, Laboratórios e Hospital, as notas fiscais, as quais serão entregues pelos mesmos à Secretaria da Fazenda para posterior pagamento.

A Unidade de Avaliação, Controle e Auditoria também é responsável pelo recebimento de Laudos para Autorização de OPM, encaminhados pelo prestador. É realizado o recebimento e lançado em uma listagem, onde é conferido se não há duplicidade de pedidos e se o material solicitado já não foi entregue. É passado para o médico autorizador deste Departamento. Após autorização, é devolvido ao prestador.

O prestador apresenta em seu faturamento do mês, um Termo de Recebimento da OPM, que é assinado pelo paciente/e ou responsável, com a data em que foi entregue o material. Com este Termo, é consultada a listagem, verificando o que havia sido solicitado para o paciente e se havia sido autorizado. Após, é lançado na mesma data em que foi entregue o material.

É realizado um controle de todos os processos de faturamento das clínicas, laboratórios e hospitais. Após fechamento das faturas, já com o número do processo gerado pela Secretaria da Fazenda, é lançado mensalmente a competência, data da entrada do processo, número do processo e valor, em um arquivo separado para cada prestador.

Auditoria é uma atividade desenvolvida por especialistas multiprofissionais dentro da área da saúde que visa principalmente analisar, avaliar, quantificar e propor medidas corretivas e regulatórias nos diversos campos de atuação de ações e serviços de saúde. A estrutura de área física, equipamentos e de recursos humanos se apresentam como limitadores da atividade e agilidade deste serviço,

[Digite texto]

conforme preconiza o Ministério da Saúde/Serviço Nacional de Auditoria. (Metas 96 e 97)

Serviço de processamento da Produção Ambulatorial e Hospitalar

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define um Sistema de Informação de Serviços de Saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação.

O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados.

O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas.

Por outro lado, informar pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso informação pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

De posse de informações o gestor pode avaliar a assistência ambulatorial prestada a sua população, as atividades de prevenção e Educação em saúde, o controle de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS e até mesmo a vigilância sanitária e epidemiológica. O perfil epidemiológico, a morbidade e mortalidade hospitalar são, entre outros fatores, os resultados da qualidade da atenção básica e secundária ofertada a uma população. A partir do acompanhamento e avaliação destas informações o gestor poderá melhor planejar as ações de saúde em todos os níveis (MS/DATASUS/SIA, 2012).

Na DRCAA, mais especificamente na Unidade de Processamento da Produção Ambulatorial e Hospitalar (UPPAH) da Secretaria Municipal de Saúde de Canoas são utilizados aplicativos/sistemas do Banco de dados do Sistema Único de

[Digite texto]

Saúde (DATASUS) (softwares oficiais do MS). O Ministério da Saúde (MS), através do DATASUS, oferece todos os programas de forma gratuita a todas as Secretarias Estaduais e Municipais do Brasil, para a captação, processamento, controle e avaliação das informações dos serviços de saúde. Existem instrumentos para consultas/parâmetros, captação/registros e processamentos dos serviços. Os dados são captados na origem dos serviços, através dos instrumentos de captação/registros e encaminhados para a UPPAH/DRCAA/SMS para processamento e transmissão ao DATASUS dos dados aprovados. (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

Instrumento de consulta, parâmetros, planejamento

- SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
- MÓDULO AUTORIZADOR: este é utilizado para a emissão das AIH e APAC. Quanto às AIH, a cada novo procedimento no paciente é emitida uma nova AIH. Isto significa dizer que o número de AIH o município não corresponde necessariamente ao número de internações. (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

Instrumentos de captação/registros

- APAC: Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
- BPA-C-I: Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado e Individualizado
- CIHA: Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial
- RAAS-AD-PSI: Registro das Ações da Atenção Domiciliar - Registro das Ações da Atenção Psicossocial
- SIH: Sistema de Informação Hospitalar
- SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica
- SISCOLO/SISMAMA: Sistema de Informação do câncer do colo do útero e Sistema de Informação do câncer e mama
- SISPRENATAL: Sistema de Acompanhamento da Gestante
- SISRCA em elaboração pelo MS. (Metas 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

[Digite texto]

Instrumentos de processamentos

- CNES: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
- FPO: Ficha de Programação Físico-Orçamentária
- SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
- SIHD: Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado do SUS
- TRANSMISSOR: Módulo Transmissor dos serviços processados
(Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

Novo sistema de captação e processamento, em desenvolvimento pelo DATASUS

- SISRCA: Sistema de Regulação, Controle e Avaliação. Serviço este a ser qualificado e ampliado. (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

Instrumento de consulta, parâmetros, planejamentos: Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM DO SUS – SIGTAP.

A tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, têm como objetivo principal proporcionar ao gestor uma tabela que seja primordialmente para informação em saúde, subsidiando no processo de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle do SUS, bem como permitir a integração das bases de dados do SIA e SIH. O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS é uma ferramenta de gestão que permite o acompanhamento sistemático, inclusive com série histórica, das alterações realizadas a, cada competência detalhando os atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos. Oferece a geração de inúmeros relatórios conforme a necessidade do gestor e disponibiliza um informe mensal registrando as principais alterações realizadas na tabela, com as portarias correspondentes publicadas pelo Diário Oficial da União. Todas as alterações estão contidas no TXT da tabela de procedimentos, que é disponibilizada no sitio <http://sigtap.datasus.gov.br> e é exigido para o registro da produção ambulatorial, hospitalar e de atenção básica e, que irá alimentar todos os sistemas SIA, SIH e CNES e conseqüentemente as versões desses sistemas. A portaria com seu anexo que publica as alterações/atualizações dos atributos da tabela, por competência,

[Digite texto]

está disponível, também, no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sas. O SIGTAP WEB é uma ferramenta de consulta das informações referentes aos Procedimentos, Medicamentos e OPM homologados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com o objetivo de ampliar e facilitar o acesso do público em geral, o Ministério da Saúde está disponibilizando uma versão também em Desktop do sistema para consulta pública. Essa ferramenta é direcionada às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), aos prestadores e fornecedores públicos, filantrópicos e privados de serviço e demais usuários ligados direta ou indiretamente à Rede SUS. (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

Instrumentos de Captação/Registros: Autorização de Procedimentos Ambulatoriais – APAC

O aplicativo APAC Magnético (APAC-Mag), destinado ao registro da captação do atendimento ambulatorial, é integrante do SIA e sendo de caráter relevante na operacionalização dos procedimentos ambulatoriais que necessitam de autorização prévia. Foi implantado pelo MS em 1996, inicialmente para o registro dos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva (TRS2) e, posteriormente, para os de Oncologia (quimioterapia e radioterapia) e para os de medicamentos de dispensação excepcional, possibilitando o registro individualizado dos procedimentos considerados pelo MS como de alta complexidade/custo e de alguns procedimentos de média complexidade. O APAC-Mag é um aplicativo que dispõe de banco de dados do tipo relacional, composto por um conjunto de tabelas que viabilizam o controle administrativo da produção ambulatorial. Esse banco armazena dados sobre produção e cadastro de usuários e de estabelecimentos de saúde autorizados a realizar procedimentos de média e de alta complexidade que necessitam de autorização. (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado e Individualizado - BPA-C e BPA-I

O BPA Magnético (BPA-Mag) é um aplicativo de captação e destina-se ao registro dos procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde. Estes

[Digite texto]

procedimentos são registrados de duas formas: Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I). Os procedimentos registrados no BPA-Mag não exigem autorização prévia do gestor, diferentemente dos registrados no APAC-Mag. O BPA-Mag permite a apresentação da competência atual, ou competência vigente, e de três competências anteriores. O BPA-C possibilita aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, contratados/conveniados pelo SUS, fornecer de modo agregado, o quantitativo de procedimentos realizados nesses estabelecimentos, por mês de competência. O BPA-I possibilita a identificação de todos os tipos de atendimentos realizados para o usuário, bem como sua procedência, idade, sexo, causa da doença (CID), e a frequência de procedimentos realizados pelo estabelecimento de saúde que integram a rede assistencial do SUS. (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial – CIHA

A Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial não SUS foi criada para ampliar o processo de planejamento, programação, controle, avaliação e regulação da assistência a saúde permitindo um conhecimento mais abrangente, amplo e profundo dos perfis nosológico e epidemiológico da população brasileira, da capacidade instalada e do potencial de produção de serviços do conjunto de estabelecimentos de saúde do País. O sistema permite o acompanhamento das ações e serviços de saúde executados por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado, provendo informações dos pacientes cuja atenção é custeada por planos e seguros privados, logo, não SUS, de assistência à saúde. A CIHA surgiu da necessidade de incluir, no Sistema CIH, a possibilidade de registro dos atendimentos ambulatoriais, não informados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). As informações registradas no sistema servem também como base para o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para seguridade social (filantropia). (Meta 99)

[Digite texto]

Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde – RAAS

O Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde foi instituído pela Portaria nº 276, de 30 de março de 2012 com o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde. A necessidade que culminou no desenvolvimento deste sistema se originou nas determinações e discussões realizadas na Oficina Redes de Atenção à Saúde e Sistemas de Informação, organizada pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC/SAS/MS, realizada em 2012, e que contou com representantes das diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde responsáveis pela conformação e coordenação das Redes de Atenção à Saúde. (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB

O Sistema de Informação da Atenção Básica foi implantado para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária. Através dele obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. Principal instrumento de monitoramento das ações do Programa Saúde da Família tem sua gestão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica / SAS. (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e Sistema de Informação do Câncer de Mama - SISCOLO/SISMAMA

Sistema informatizado de entrada de dados desenvolvido pelo DATASUS em parceria com o INCA, para auxiliar a estruturação do Viva Mulher (Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama). Coleta e processa informações sobre identificação de pacientes e laudos de exames citopatológicos e

[Digite texto]

histopatológicos, fornecendo dados para o monitoramento externo da qualidade dos exames, e assim orientando os gerentes estaduais do Programa sobre a qualidade dos laboratórios responsáveis pela leitura dos exames no município. O SISCAM também é fundamental para a conferência dos valores de exames pagos em relação aos dados dos exames apresentados. (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

Sistema de Acompanhamento da Gestante – SISPRENATAL

O SisPreNatal é um software desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. Apresenta o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. O SisPreNatal já atendeu mais de 3.000.000 de gestantes em todo o Brasil e está presente em mais de 5.000 municípios. E fornece informações fundamentais para planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; Melhora o acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal. Permite o repasse do incentivo financeiro aos municípios. (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

Instrumentos de Processamentos: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

É base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população. O CNES visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja, - Federal, Estadual e Municipal. Registros sub ou sobre notificados. Serviço este a ser qualificado e ampliado, em parceria com a Diretoria de Vigilância em Saúde no que

[Digite texto]

tange aos alvarás dos estabelecimentos de saúde e com o Recursos Humanos da SMS. (Meta 102)

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS

SIA é o sistema que permite aos gestores municipais e estaduais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS. As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial. Além disso subsidia os processos da Programação Pactuada Integrada (PPI) e fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial e oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O processamento da produção ambulatorial é executado pelo gestor local por intermédio do SIA. O processo completo de processamento é composto pelas fases de: entrada, processamento, saída e disseminação. Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos Boletins de Serviços Produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de Guias de Autorização de Pagamento (GAP). Com a evolução do SUS para uma gestão cada vez mais descentralizada, o Ministério da Saúde, necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria. Em agosto de 1992, foi concluído o Manual de Especificação Técnica do Sistema de Informações Ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do sistema, visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das Secretarias de Estado da Saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico.

O SIA foi implantado pelo Ministério da Saúde em todo o País em 1995. À época, por ser sistema padronizado em âmbito nacional, constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal do SUS. Desde

[Digite texto]

sua implantação tem como finalidade registrar os atendimentos, procedimentos, tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial. Seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município podem cadastrar programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão. A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (Normas Operacionais e o Pacto da Saúde). (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

A partir do SIA, as informações são transmitidas ao DATASUS e posteriormente ocorre a disseminação das informações.

Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD

Descentralizar o Sistema de Informação Hospitalar para os níveis estadual e municipal (municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal), de acordo com o princípio da autonomia e da gestão no Sistema Único de Saúde, visa garantir maior autonomia ao gestor local no processamento das informações relativas a internações hospitalares, desde o cadastramento até o pagamento das Autorizações de Internação Hospitalares - AIH em cada competência.

Por outro lado visa disponibilizar aos gestores estaduais e municipais instrumentos tecnologicamente atualizados que contribuam para as atividades de planejamento, acompanhamento, regulação, controle e avaliação. É o sistema de informação que armazena dados sobre as internações hospitalares no âmbito do SUS, informada mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados que realizam internações e consolidados pelos municípios plenos e estados que após sua análise e aprovação enviam ao DATASUS – Rio para processamento. Originalmente concebido para o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais contratados pelo INAMPS, em 1986 o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social - SAMHPS/AIH foi estendido aos hospitais filantrópicos em 1987, aos universitários.

[Digite texto]

Em 1991, em vista da implantação do Sistema Único de Saúde e da transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, o sistema foi renomeado como Sistema de Internações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, sem sofrer modificações significativas em seus formulários de entrada de dados, fluxo de documentos e processamento, que continuou a ser realizado pela mesma equipe originária da DATAPREV, embora também transferida para o MS e renomeada como DATASUS. A mudança mais expressiva então ocorrida, foi a sua extensão aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais, nesse último caso somente aos da administração indireta e de outros ministérios.

De 1991 em diante, diversas alterações foram incorporadas, destacando-se aquelas voltadas à descentralização do sistema de informações a exemplo do que ocorria com o próprio sistema de saúde. São exemplos desse movimento, a implementação da AIH em disquete, a criação de aplicativos (Programa de Gestão Financeira - PGF e Sistema de Gerenciamento da AIH - SGAIH) que possibilitaram o controle dos gestores das esferas municipal e estadual do SUS sobre as faturas apresentadas por seus prestadores de serviços, e a criação de novos instrumentos de tabulação para a análise dos dados, como o TABWIN e o TABNET. (Metas 97, 98, 99, 100, 101, 102, 106, 107 e 108)

Sistema de Regulação, Controle e Avaliação – SISRCA

O sistema de captação e processamento a ser implantado pelo MS a partir de 2014, previsto nas Portarias Nº 1.904, de 6 de Setembro de 2013. Institui o Sistema de Regulação, Controle e Avaliação (SISRCA), no âmbito do Ministério da Saúde e Nº 1.905, de 6 de Setembro de 2013. Institui o Sistema de Captação dos Atendimentos, módulo componente do Sistema de Regulação, Controle e Avaliação (SISRCA), conforme estabelecido pelo inciso V do art. 2º, da Portaria nº 1.904/GM/MS, de 6 de setembro de 2013.

Este sistema se encontra em fase experimental, pois, o mesmo se constitui em sete módulos e, somente o módulo Captação do Atendimento está em teste, com projeto de entrar em operação no primeiro bimestre de 2014. Os demais seguirão em elaboração para entrar em operação nos próximos semestres.

[Digite texto]

Principais motivações deste novo projeto

- Existência de três sistemas de processamento;
- Dificuldade de gestão da informação;
- Dificuldade de pesquisa, auditoria, controle e avaliação;
- Baixo nível de segurança dos dados;
- Tecnologia defasada;
- Críticas e recomendações do TCU.

Principais mudanças

- Mudança de paradigma: da lógica de faturamento para a valorização e avaliação da informação.
- Unificação dos sistemas: visando a aproximação conceitual (regras de negócio e nomenclaturas) entre ambulatório e internação.
- Número único de identificação da internação (AIH) ou tratamento contínuo (APAC) que poderá conter múltiplas autorizações.

Os módulos são:

- Módulo de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Representa a atualização do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para plataforma WEB com versões de uso diretamente pela Internet. Com validação do CNS, CPF/CNPJ, CRM.
- Módulo de Ações e Serviços de Saúde - Representa a ampliação do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP, consulta e compatibilidade com a Relação Nacional das Ações e Serviços de Saúde – RENASES e com a TUSS Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, incluindo versão mobile para android.
- Módulo Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde - Representa a integração do Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPI) e a Ficha de Programação Orçamentária Magnética (FPO Mag), onde será incluída também a programação hospitalar com possibilidade de incluir complemento de valor do gestor local e do gestor Federal, Módulo PGASS.
- Módulo Captação do Atendimento - Representa a unificação e atualização tecnológica dos: Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado e

[Digite texto]

Individualizado – BPA C/I, Autorização de Procedimento Ambulatorial - APAC, Sistema de Autorização de Internação Hospitalar - SISAIH01 e Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial - CIHA01.

- Módulo Regulação do Acesso - Representa a unificação e atualização tecnológica dos: Central Nacional de Regulação - CNRAC, Sistema de Regulação - SISREG e Módulo Autorizador.
- Módulo de Processamento e Avaliação da Informação - Representa a unificação e atualização tecnológica dos: Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD e Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial - CIHA02.
- Módulo Acompanhamento da Transferência de Recursos Financeiros - Representa a unificação e atualização tecnológica dos: Sistema de Média e Alta Complexidade - SISMAC e o Sistema de Gerenciamento Financeiro - SISGERF de uso interno do DRAC. (Metas 96 a 102)

Financiamento

O financiamento em Saúde engloba o aporte de recursos financeiros com vista à 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.

Respectivamente, a cada esfera compete aplicar na saúde, 10%, 12% e 15% da arrecadação líquida de impostos com ações e serviços públicos de saúde. A

[Digite texto]

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

O Decreto nº 7.827/2012 foi publicado visando regulamentar os procedimentos condicionantes para o recebimento de recurso para a saúde, bem como para o restabelecimento de transferências suspensas. Essa norma reforça a obrigatoriedade da atualização permanente dos dados financeiros no Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), onde é feita a declaração da receita recebida e dos gastos realizados pelo ente federado, bem como a aplicação do percentual mínimo de recursos com ações e serviços de saúde. O não cumprimento dessa prescrição pode levar à suspensão das transferências constitucionais e voluntárias.

Neste conjunto de repasses, se fazem necessárias algumas medidas para seu bom funcionamento: instituição e funcionamento do Fundo Municipal de Saúde gerido pelo Secretário da Secretaria da Saúde, instituição e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, elaboração de Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório de Gestão quadrimestral e aplicação do percentual mínimo de recursos próprios no exercício anterior.

As transferências, regulares ou eventuais, da União para Estados, Municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

Os repasses acontecem por meio de transferências fundo a fundo, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios. É realizado de forma regular e automática, o que propicia que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde. Aqui surgem questões impactantes no orçamento municipal. A partir de 2011, o Estado adotou a prática de repasses, via Fundo Municipal da Saúde, de recursos para entes hospitalares em valores bastante substanciais. O problema é que não houve o devido atrelamento a metas de interesse do gestor local, dificultando o pleno exercício da regulação dos serviços.

[Digite texto]

Uma questão é o calendário de repasses ao Município, por parte da União e do Estado que não são cumpridos, provocando instabilidades nos cofres municipais da saúde. Por vezes passam meses sem efetuar os repasses, entretanto, o município tem seus compromissos orçamentários ao final do mês.

Além destas questões, quanto aos investimentos da União são atrelados em seu maior volume a investimentos em capital e não em custeio, o que onera o município cada vez mais, agregando mais custos a cada capital somado. Esta forma de financiamento em Saúde pode maquiar o montante de recursos disponibilizados pela União, pois, na maioria das vezes não gera um vínculo sistemático de repasses ao município, senão valores estanques para específicos capitais.

Existe também a questão das habilitações, onde o município é obrigado a custear todo o investimento inicial até o serviço estar em pleno funcionamento, para posteriormente ser habilitado e receber os recursos pertinentes. Isso inviabiliza a iniciativa para novas frentes que se fazem necessárias nos serviços e ações em saúde.

Seguindo a Emenda Constitucional 29 e a Lei Complementar nº 141/2012, o município aplica mais que 15% em saúde, mesmo antes da aprovação da referida Emenda.

Aspectos relacionados aos gastos com saúde costuma gerar muitas celeumas. O melhor mecanismo para dirimir as dúvidas é a transparência. Tendo como base essa premissa optamos por informar exhaustivamente sobre o assunto. Todas as informações que seguem encontram-se nos relatórios de gestão apresentados e aprovados pelo CMS ao longo do tempo e estão disponíveis para todos.

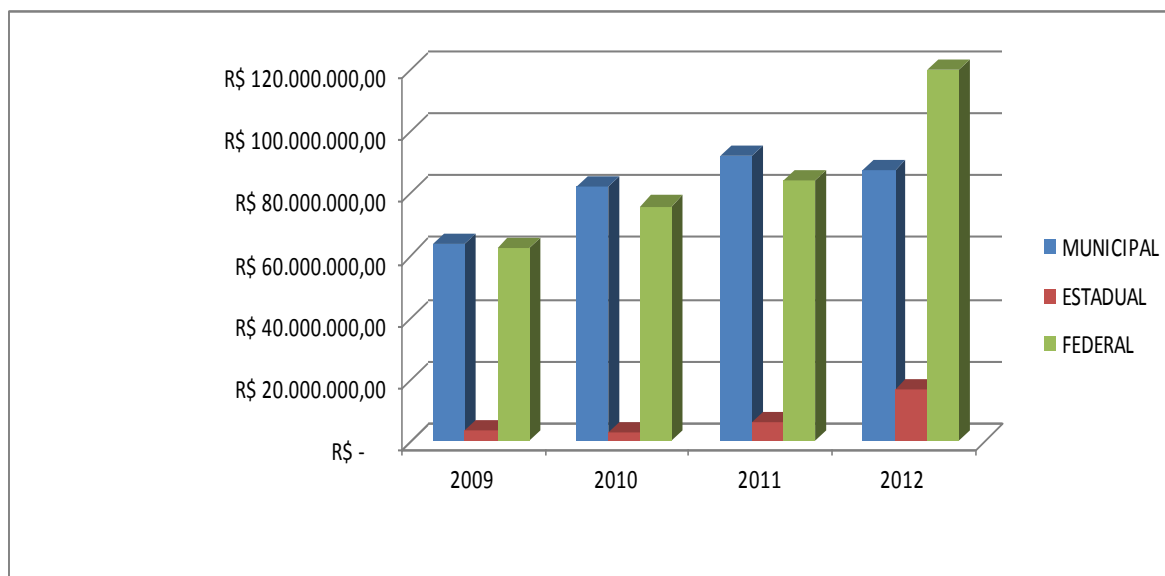
Tabela 92 - Série histórica demonstrativa de recursos por esfera governamental, Canoas, RS.

Esferas	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Municipal	63.716.864,78	82.308.792,15	91.932.278,42	87.650.123,30	325.608.058,65
Estadual	3.419.739,65	2.789.073,27	6.302.256,20	16.505.704,31	29.016.773,43
Federal	62.137.896,89	75.824.965,47	84.195.479,13	119.815.980,72	341.974.322,21
Total	129.274.501,32	160.922.830,89	182.430.013,75	223.971.808,33	696.599.154,29

Fonte: Relatórios de gestão, SMS, Canoas.

[Digite texto]

Gráfico 69 - Série histórica demonstrativa de recursos por esfera governamental, Canoas, RS.



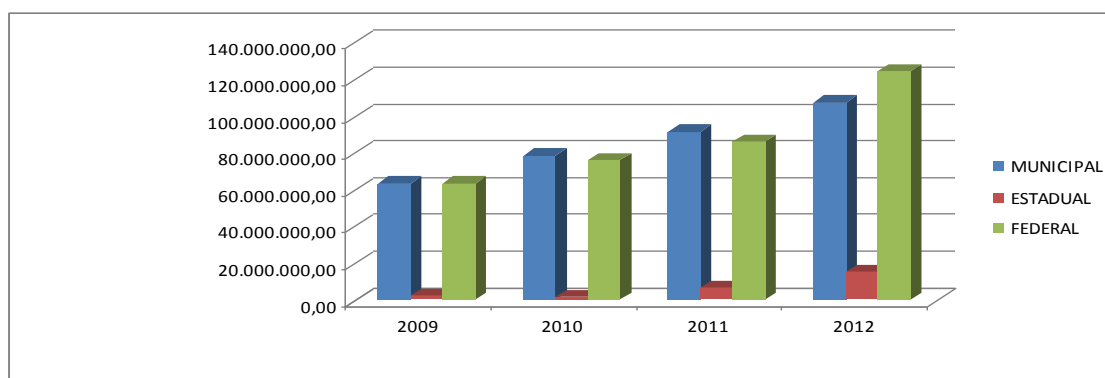
Fonte: Relatórios de gestão, SMS, Canoas.

Tabela 93 - Série histórica demonstrativo de despesas dos recursos por esfera governamental, na Secretaria de Saúde de Canoas, RS.

Esferas	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Municipal	63.606.068,43	78.775.057,49	91.919.308,75	107.638.276,31	341.938.710,98
Estadual	2.334.219,86	1.618.892,53	6.647.427,46	15.353.376,81	25.953.916,66
Federal	63.532.363,10	76.229.391,72	86.228.209,90	124.813.990,52	350.803.955,24
Total	129.472.651,39	156.623.341,74	184.794.946,11	247.805.643,64	718.696.582,88

Fonte: Relatórios de gestão, SMS, Canoas.

Gráfico 70 - Série histórica demonstrativo de despesas dos recursos por esfera governamental, na Secretaria de Saúde de Canoas, RS.



Fonte: Relatórios de gestão, SMS, Canoas.

[Digite texto]

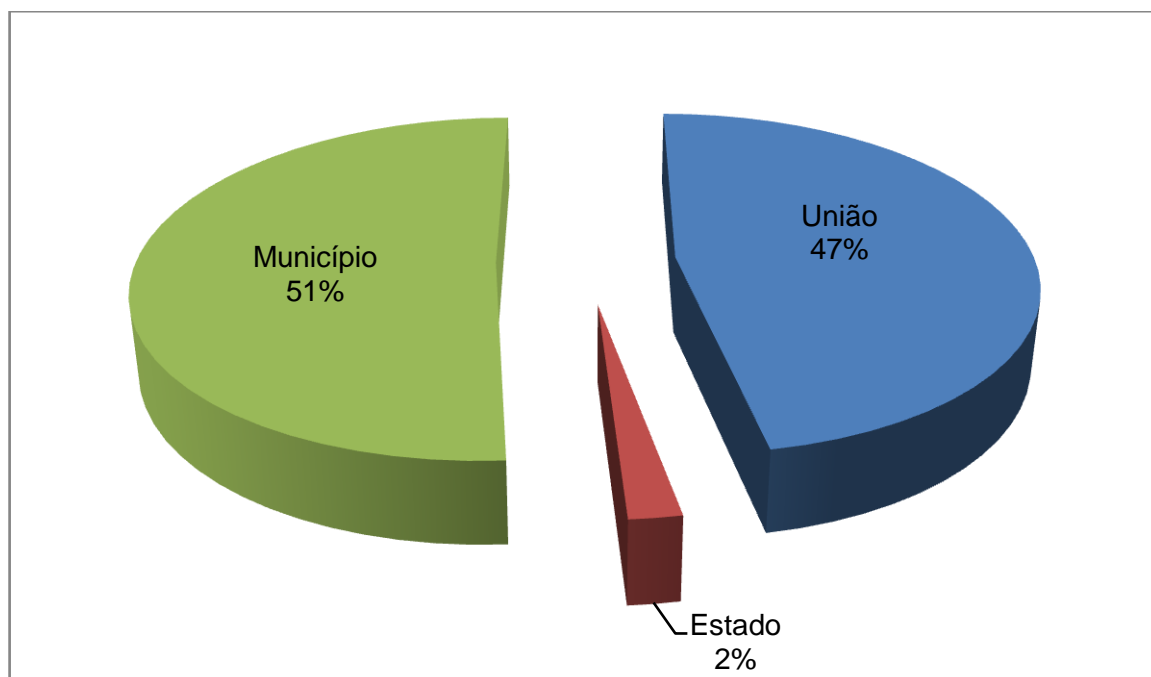
Observa-se acima que o município investe próximo de 50% do montante gasto em saúde.

Tabela 94 - Demonstrativo de despesas com saúde, 2009, Canoas, RS.

	Município	Estado	União	Total
Folha de pagamento	29.652.818,86	228.388,88	1.131.490,61	31.012.698,35
Material de consumo e distr. Gratuita	1.436.673,24	385.632,11	6.281.447,75	8.105.753,10
Profissionais credenciados	-	-	1.420.197,75	1.420.197,75
Serviços de apoio téc. Administrativo e de saúde	2.226.677,99	28.136,00	961.831,06	3.216.645,05
Serviços técnicos profissionais	8.047.106,33	-	10.369.405,98	18.416.512,31
Serviços médico-hospitalares, odontol. e labor.	2.420.568,22	683.325,00	13.140.006,12	16.243.899,34
ABC (HNSG)	9.507.138,16	-	20.347.795,01	29.854.933,17
ULBRA	-	-	1.746.281,77	1.746.281,77
SAMU	-	673.009,39	655.236,85	1.328.246,24
VIGILÂNCIA OSTENCIIVA	541.056,31	-	1.132.421,87	1.673.478,18
OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS	5.049.476,68	4.890,00	5.431.185,04	10.485.551,72
OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS E CONTRIBUTIVAS	4.715.014,25	60.090,21	628.308,36	5.403.412,82
Despesa de capital	120.546,00	12.662,00	426.166,59	559.374,59
Transferências financeiras	(113.007,61)	258.086,27	(139.411,66)	5.667,00
Total	63.604.068,43	2.334.219,86	63.532.363,10	129.472.651,39

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

Gráfico 71 - Demonstrativo de despesas com saúde em 2009, Canoas, RS



Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

[Digite texto]

Tabela 95 - Investimentos em saúde, receitas municipais, 2009, Canoas, RS.

Total	63.716.864,78
Livre - Fte 1	14.866.773,89
IPTU	1.412.443,35
IRRF	2.434.560,35
ITBI	1.492.690,01
ISS	6.454.543,10
Taxa Fiscalização Vig. Sanitária	81.338,26
Receita de Remun. De Dep. Rec Vinculados.	265.621,96
Receita de Remun. De Dep. Bancários de Rec. Vinc.	13.953,72
Receita de Remun. De Outros Dep. Bancários de Rec. Vinc	256,86
Cota-Parte do Fundo de Part. Dos Municípios	5.189.539,13
Cota-Parte ITR	3.447,72
Transf. LC. 87/69	331.478,97
Cota-Parte ICMS	26.012.066,27
Cota-Parte IPVA	3.468.345,23
Cota-Parte IPI Exportação	562.337,56
Transf. De Conv. Da União/SUS	75.000,00
Multas e Juros de Mora dos Tributos - IPTU - ITBI - ISS	61.934,01
Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa dos Tributos	222.832,86
Receita da Dívida Ativa Tributária	767.701,53

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

Tabela 96 - Investimentos em saúde, receitas estaduais, 2009, Canoas, RS

Total	3.419.739,65
Salvar	774.345,00
Consulta Popular	1.014.883,00
Sanitária - Agentes da Dengue	205.500,00
Inverno Gaúcho	6.000,00
Farmácia Básica	540.686,65
PIM	181.000,00
PACS	22.825,00
PSF	592.000,00
Saúde Bucal	82.500,00

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

[Digite texto]

Tabela 97 - Investimentos em saúde, receitas federais, 2009, Canoas, RS.

RECEITA FEDERAL 2009	62.137.896,89
Assistência Farmacêutica	1.338.477,84
Média e Alta Complexidade	50.653.371,69
Atenção Básica	5.745.810,56
CEO	85.800,00
SAMU	1.109.895,89
PSF	1.075.200,00
PACS	417.325,11
Emenda Constitucional	216.000,00
Vigilância em Saúde	1.012.961,31
DST/AIDS	391.176,29
Campanha Vacinação	16.878,20
Emenda Constitucional	75.000,00

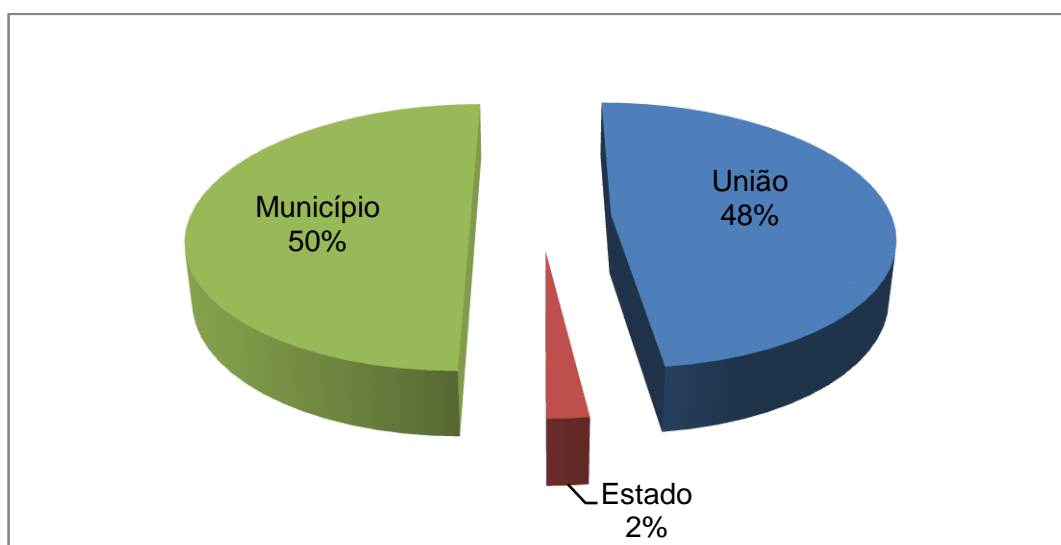
Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

Tabela 98 - Investimentos em saúde em 2010, por ente federado, Canoas, RS.

Total 2010	156.072.544,33
Receita municipal	78.605.283,71
Receita estadual	3.216.002,41
Receita federal	74.251.258,21

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

Gráfico 72 - Percentual de investimentos em saúde, por ente federado, 2010, Canoas, RS.



Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

[Digite texto]

Tabela 99 - Investimentos em saúde receitas municipais, 2010, Canoas, RS.

Livre - Fte 1	23.592.710,55
IPTU	3.684.059,29
IRRF	2.634.147,13
ITBI	2.340.797,15
ISS	8.893.033,33
Taxa Fiscalização Vig. Sanitária	71.520,16
Receita de Remun. De Dep. Bancários de Rec. Vinc.	232.335,67
Cota-Parte do Fundo de Part. Dos Municípios	5.561.775,20
Cota-Parte ITR	4.076,99
Transf. LC. 87/69	292.894,68
Cota-Parte ICMS	26.748.178,76
Cota-Parte IPVA	3.472.536,19
Cota-Parte IPI Exportação	652.504,04
Multas e Juros de Mora da Divida Ativa dos Tributos	328.622,01
Receita da Dívida Ativa Tributária	96.092,56
Total	78.605.283,71

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

Tabela 100 - Investimentos em saúde receitas estadual, 2010, Canoas, RS.

Total	3.216.002,41
Salvar	979.976,00
Epidemiologia	38.000,00
Incentivo Atenção Básica	242.490,90
Desastres Ambientais	399.883,83
Inverno Gaúcho	24.000,00
Farmácia Básica	862.467,66
PIM	34.000,00
CEO	15.400,00
PACS	46.540,00
PSF	473.675,00
Outros	569,02
Saúde Bucal	99.000,00

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

[Digite texto]

Tabela 101 - Investimentos em saúde receitas federal, 2010, Canoas, RS.

Total	74.251.258,21
Assistência Farmacêutica	1.572.777,82
Gestão do SUS	130.676,74
Equipamentos (aquisição)	106.666,67
Construção ou Ampliação das UBS	66.666,67
Média e Alta Complexidade	62.034.985,48
Atenção Básica	5.944.713,00
CEO	66.000,00
SAMU	1.024.100,00
PSF	1.052.000,00
PACS	403.732,00
Saúde Bucal	194.000,00
UPA	200.000,00
Vigilância em Saúde	1.008.820,98
DST/AIDS	116.177,32
FAN	85.000,00
Campanha Vacinação	49.667,08
Vigilância Sanitária	188.607,78
Outros	6.666,67

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

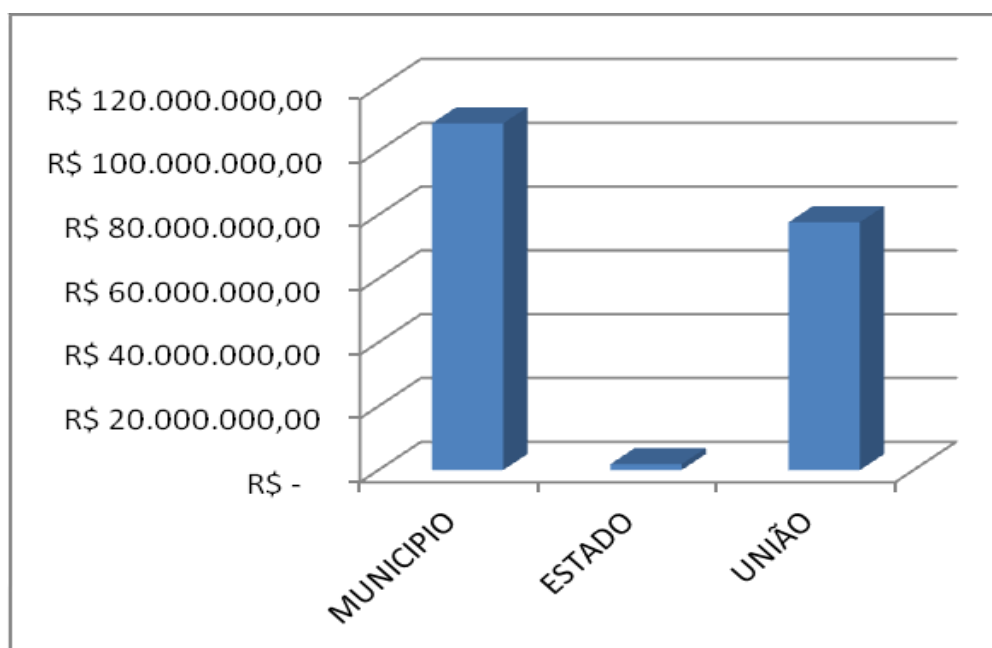
Tabela 102 - Demonstrativo de despesas, 2010, Canoas, RS.

	Município	Estado	União	Total
Folha de pagamento	33.619.652,95	46.540,00	1.178.370,72	34.944.563,67
Material de consumo e distr. Gratuita (medicamentos)	33.619.652,95	46.540,00	3.662.395,01	34.944.563,67
Profissionais credenciados (p. Física)	25.790,96	-	1.027.574,09	1.053.365,05
Serviços de apoio téc. Administrativo e de saúde (prestadores)	272.186,32	-	3.931.233,39	4.203.419,71
Serviços técnicos profissionais Hpssc)	9.034.679,56	295.937,13	12.104.959,80	21.435.576,49
Serviços medico-hospitalares, odontol. E labor. (psf e outros)	10.110.478,90	291.014,34	18.368.542,90	28.770.036,14
Abc (hnsgr)	13.300.000,00	-	21.454.896,93	34.754.896,93
Ulbra			8.828.071,79	8.828.071,79
Samu	427.422,43	768.476,38	1.311.048,74	2.506.947,55
Vigilância ostensiva	954.420,41	-	983.549,82	1.937.970,23
Outros serviços de terceiros (agua, luz, etc)	3.189.110,85	13.885,58	3.925.493,29	7.128.489,72
Obrigações tributárias e contributivas	3.864.046,15	-	258.931,24	4.122.977,39
Despesa de capital	158.472,13	370.675,84	668.031,26	1.197.179,23
Estagiários	112.773,17	-	-	112.773,17
Total	108.688.686,78	1.833.069,27	77.703.098,98	185.940.830,74

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

[Digite texto]

Gráfico 73 - Demonstrativo de despesas, 2010, Canoas RS.



Fonte: Relatório de gestão, Canoas, RS.

Tabela 103- Investimentos em saúde receitas municipais, 2011, Canoas, RS.

Total	91.932.278,42
Livre - Fte 1	25.946.713,02
IPTU	3.439.034,72
IRRF	2.955.090,58
ITBI	2.357.965,89
ISS	10.870.380,45
Taxa Fiscalização Vig. Sanitária	78.424,45
Receita de Remun. De Dep. Rec Vinculados.	320.523,55
Cota-Parte do Fundo de Part. Dos Municípios	6.802.745,70
Cota-Parte ITR	3.853,88
Transf. LC. 87/69	327.850,68
Cota-Parte ICMS	32.664.594,43
Cota-Parte IPVA	3.994.947,48
Cota-Parte IPI Exportação	795.405,26
Multas e Juros de Mora da Divida Ativa dos Tributos	352.595,00
Receita da Dívida Ativa Tributária	1.022.153,33

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

[Digite texto]

Tabela 104 - Investimentos em saúde receitas estaduais, 2011, Canoas, RS.

Total	6.369.256,20
Salvar	654.500,00
Sanitária - Agentes da Dengue	244.004,94
Prevenção à Violência - Ações Sócio Educativas	10.000,00
Farmácia Básica - Diabetes Mellitus	152.192,35
Incentivo Atenção Básica	655.143,43
PIM	61.500,00
PACS	64.260,00
PSF	286.000,00
Apoio a Rede Hospitalar	3.600.000,00
Farmácia Básica	566.155,48
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO	22.000,00
Saúde Bucal	53.500,00

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

Tabela 104 - Investimentos em saúde receitas federais, 2011, Canoas, RS.

Total	84.195.479,13
Assistência Farmacêutica	1.835.274,40
Farmácia Popular	50.000,00
Implantação das UBS	168.333,35
Gestão do SUS	28.323,26
Média e Alta Complexidade	70.008.997,01
Atenção Básica – PAB	5.988.867,58
CEO	79.438,47
SAMU	1.310.000,00
Centro de Referência Saúde do Trabalhador	50.000,00
PSF	1.094.500,00
PACS	549.623,00
Saúde Bucal	236.100,00
UPAS - Construção e Reformas	1.440.000,00
Estruturação na Rede de Serviços de Atenção Básica	138.234,04
TFVS - Teto Financeiro de Vigilância em Saúde	297.224,85
Vigilância em Saúde	673.255,91
DST/AIDS	252,50
Campanha Vacinação	58.446,92
Vigilância Sanitária	188.607,84

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

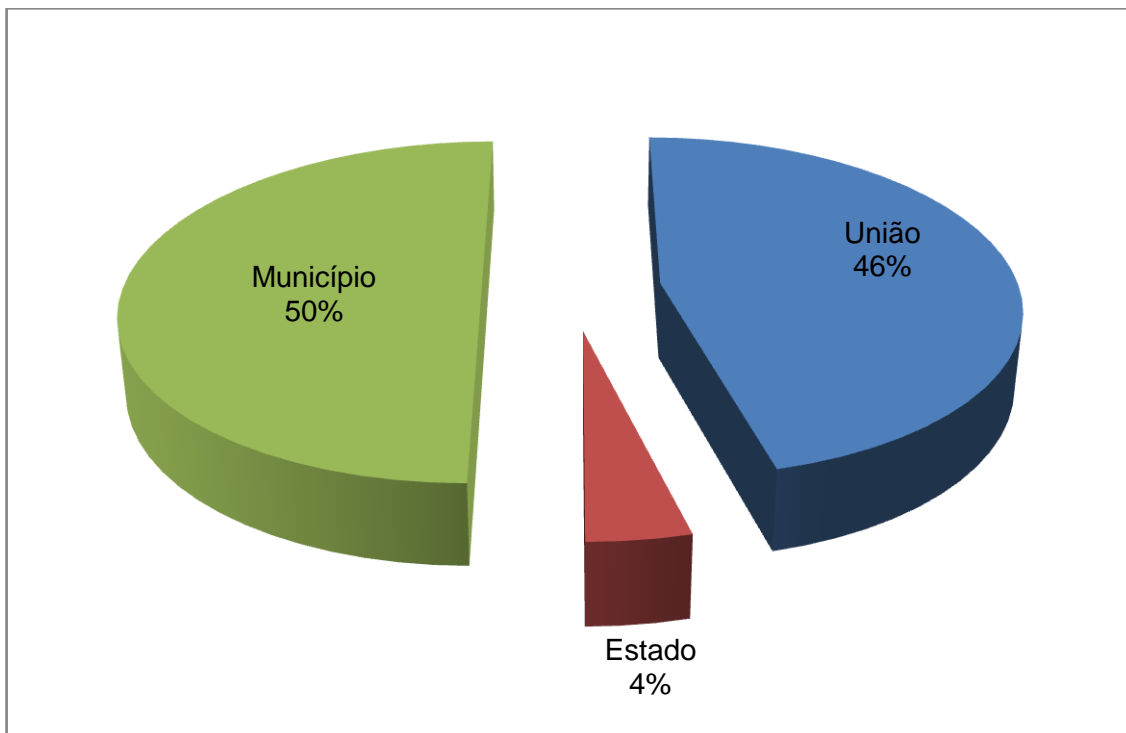
[Digite texto]

Tabela 105 - Investimentos em saúde, por ente federado, 2011, Canoas, RS.

Total	182.497.013,75
Receita municipal	91.932.278,42
Receita estadual	6.369.256,20
Receita federal	84.195.479,13
	182.497.013,75

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

Gráfico 74 - Percentual de investimentos em saúde, por ente federado, 2011, Canoas, RS.



Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

[Digite texto]

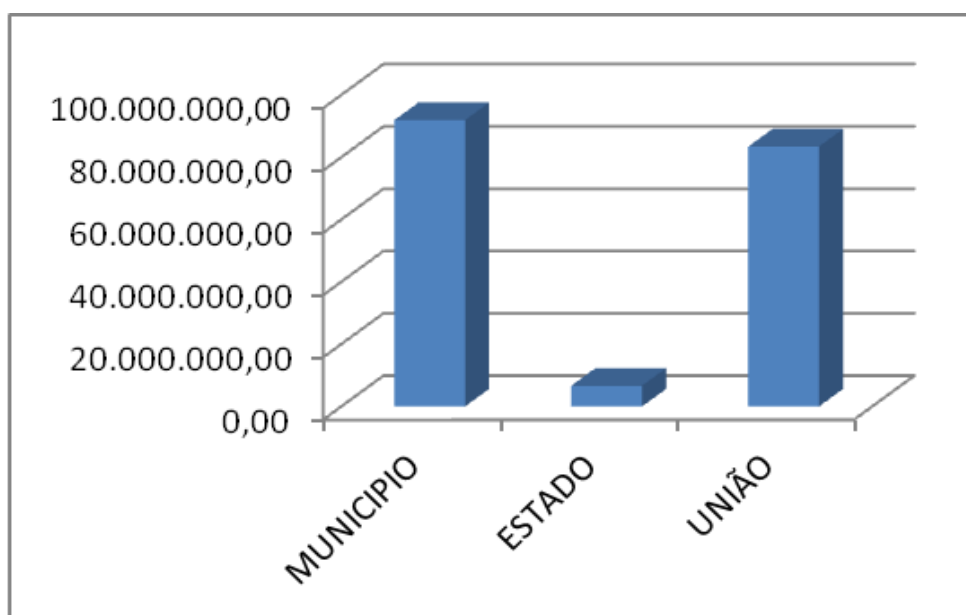
Tabela 106 - Proporção de investimentos em saúde, por ente federado, 2011, Canoas, RS

Descrição	Município	Estado	União	Total
Folha de Pagamento	35.898.401,93	52.750,44	33.005,29	35.984.157,66
Material de Consumo e Distribuição Gratuita (Medicamentos)	1.112.587,69	1.312.426,86	3.341.954,56	5.766.969,11
Profissionais credenciados (Pessoa Física)	14.409,50	-	53.898,66	68.308,16
Serviços de apoio Técnico Administrativo e de Saúde (Prestadores)	-	-	251.460,56	251.460,56
Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos, Laboratoriais e Fisioterapias (PSF e outros)	4.468.847,99	-	8.131.548,14	12.600.396,13
EQUIPE - Cooperativa de Serviços	11.285.627,32	657.729,90	2.624.885,00	14.568.242,22
ABC (HNSG)	7.705.000,00	102.869,49	23.938.593,75	31.746.463,24
AESC (HPSC)	19.771.093,48	-	11.348.765,00	31.119.858,48
AESC (HU)	-	3.300.000,00	22.690.485,14	25.990.485,14
ULBRA	-	0,00	0,00	2.906.637,96
SAMU	1.533.260,84	876.277,38	1.216.335,00	3.625.873,22
Vigilância Ostensiva	681.349,27	0	568.032,36	1.249.381,53
Outros serviços de Terceiros (Água, Luz, Telefone, Aluguel, Manutenção e outros)	6.383.313,79	208.935,26	6.932.890,12	13.525.139,17
Obrigações Tributárias e Contributivas	2.324.356,76	-	27.090,62	2.351.447,38
Despesa de Capital	741.060,18	136.438,13	2.262.627,66	3.140.125,97

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

[Digite texto]

Gráfico 75 - Demonstrativo de despesas com saúde, por ente federado, 2011, Canoas, RS.



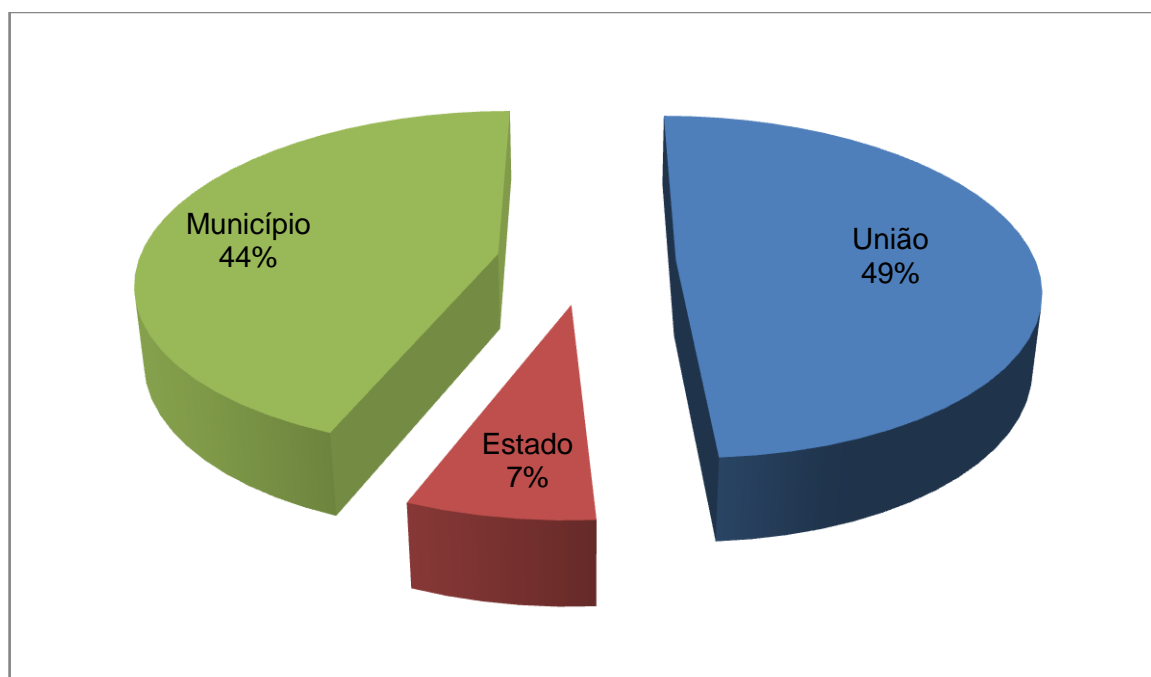
Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

Tabela 107 - Investimentos em saúde, por ente federado, 2012, Canoas, RS.

Total	244.061.808,33
Receita municipal	107.650.123,30
Receita estadual	16.505.704,31
Receita federal	119.905.980,72

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

Gráfico 76 - Percentual investimentos em saúde, por ente federado, 2012, Canoas, RS.



Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

[Digite texto]

Tabela 108 - Investimentos em saúde, receitas municipais, 2012, Canoas, RS.

Total	107.650.123,30
Livre - Fte 1	31.612.068,63
IPTU	3.902.487,69
IRRF	3.420.922,66
ITBI	3.231.846,97
ISS	10.829.811,37
Taxa Fiscalização Vig. Sanitária	76.430,61
Receita de Remun. De Dep. Bancários de Rec. Vinc.	238.079,94
Cota-Parte do Fundo de Part. Dos Municípios	7.009.315,55
Cota-Parte ITR	2.856,42
Transf. LC. 87/69	370.109,64
Cota-Parte ICMS	40.114.890,85
Cota-Parte IPVA	4.451.380,43
Cota-Parte IPI Exportação	672.925,07
Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa dos Tributos	472.132,01
Receita da Dívida Ativa Tributária	1.244.865,46

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

Tabela 109 - investimentos em saúde receitas estaduais, 2012, Canoas, RS.

Total	16.505.704,31
Apoio a Rede Hospitalar	11.432.951,72
Salvar – SAMU	1.659.092,63
Consulta Popular	15.551,38
Farmácia Básica - Diabetes Mellitus	110.685,36
Cuca Legal – CAPS	162.130,00
Rede de Reabilitação Física – ACADEF	111.201,60
EP Construções (implantação da UPA)	500.000,00
Convênio 33/2012 (equipamentos HPSC)	52.000,00
Incentivo Atenção Básica	1.513.964,96
Farmácia Básica	411.749,44
PIM	86.760,57
CEO	20.060,00
PACS	40.066,00
Vigilância em Saúde	141.990,65
PSF	196.000,00
Saúde Bucal	51.500,00

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

[Digite texto]

Tabela 110 - investimentos em saúde receitas federais, 2012, Canoas, RS.

Total	119.905.980,72
Assistência Farmacêutica	1.693.485,60
Farmácia Popular	110.000,00
Incentivo ao Custeio do CAPS	4.000,00
Média e Alta Complexidade	103.473.948,55
Atenção Básica PAB	6.580.589,27
CEO	95.700,00
SAMU	1.365.000,00
PSF	1.237.910,00
PACS	547.785,00
Saúde Bucal	223.950,00
PMAQ	182.500,00
FAN	35.000,00
CONSTRUÇÃO OU Reformas das UPAS	1.410.000,00
Estruturação na Rede de Serviços de Atenção Básica	497.882,54
TFVS - Teto Financeiro de vigilância em Saúde	1.239.862,83
Vigilância em Saúde	
DST/AIDS	958.463,00
Campanha Vacinação	165.453,64
Construção ou ampliação das UBS	84.450,29

Fonte: Relatório de Gestão SMS, Canoas< RS.

[Digite texto]

Tabela 111 - Demonstrativo de despesas, 2012, Canoas, RS.

Folha de Pagamento	36.468.965,26	33.000,00	1.182.063,35	37.684.028,61
Material de Consumo e Distribuição Gratuita (Medicamentos)	814.328,59	1.084.581,90	3.792.394,39	5.691.304,88
Profissionais credenciados (Pessoa Física)	2.500,00	14.500,00	47.695,41	47.695,41
Serviços Médico-Hospitalares, Odontológicos, Laboratoriais e Fisioterapias (PSF e outros)	239.983,60	22.014,50	4.352.986,74	4.614.984,84
SAUDEX - (Serviços médicos especializados)	8.147.284,74	0,00	0,00	8.147.284,74
EQUIPE - Cooperativa de Serviços	14.078.161,60	1.393.700,00	3.446.693,00	18.918.554,60
ABC (HNSG)	7.695.000,00	1.872.398,15	25.068.911,74	34.636.309,89
AESC (HPSC)	18.724.833,08	3.351.053,45	16.822.422,54	38.898.309,07
AESC (HU)	0	5.977.430,39	52.465.990,21	58.443.420,60
SAMU	1.031.588,85	1.662.947,05	1.518.289,13	4.212.825,03
Vigilância Ostensiva	1.410.980,01	0	535.544,34	1.946.524,35
CIEE - (Estagiários)	812.265,71	0	0,00	812.265,71
GUSSIL - (Serviços de limpeza)	956.423,69	0	2.085.636,41	3.042.060,10
Energia Elétrica	1.030.416,30	0	166.678,94	1.197.095,24
Aluguéis	940.117,87	0	655.953,69	1.596.071,56
ACADEF	0,00	0	1.776.338,68	1.776.338,68
PRÓ-RENAL - (Clínica de Doenças Renais)	0,00	0	3.461.630,23	3.461.630,23
GSH (Teleagendamento)	4.858.050,65	0	0,00	4.858.050,65
FMS - Fundação Municipal da Saúde de Canoas	2.218.408,12	0,00	0,00	2.218.408,12
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	3.466.570,55	808.976,68	1.813.007,61	6.088.554,84
Obrigações Tributárias e Contributivas	1.760.646,09	0	0,00	1.760.646,09
Despesa de Capital	172.145,25	551.744,92	1.734.777,61	2.458.667,78
	104.828.669,96	16.772.347,04	120.927.014,02	242.511.031,02

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

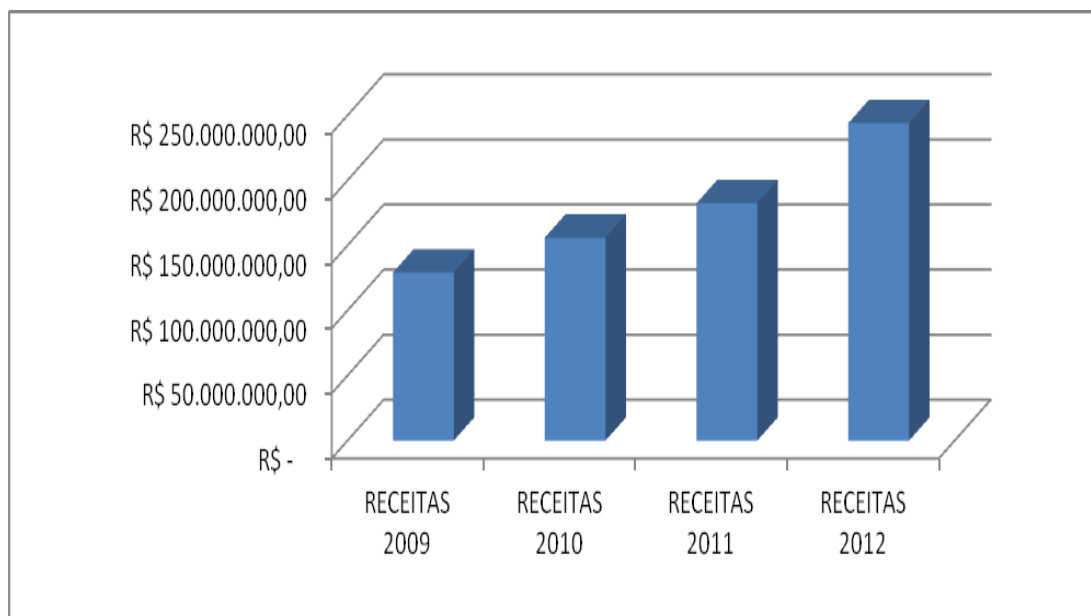
[Digite texto]

Tabela 112 - Série histórica de despesas com saúde em Reais, Canoas, RS.

2009	129.274.501,32
2010	156.072.544,33
2011	182.497.013,75
2012	244.061.803,33

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

Gráfico 77 - Série histórica de investimentos em saúde, Canoas, RS.



Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

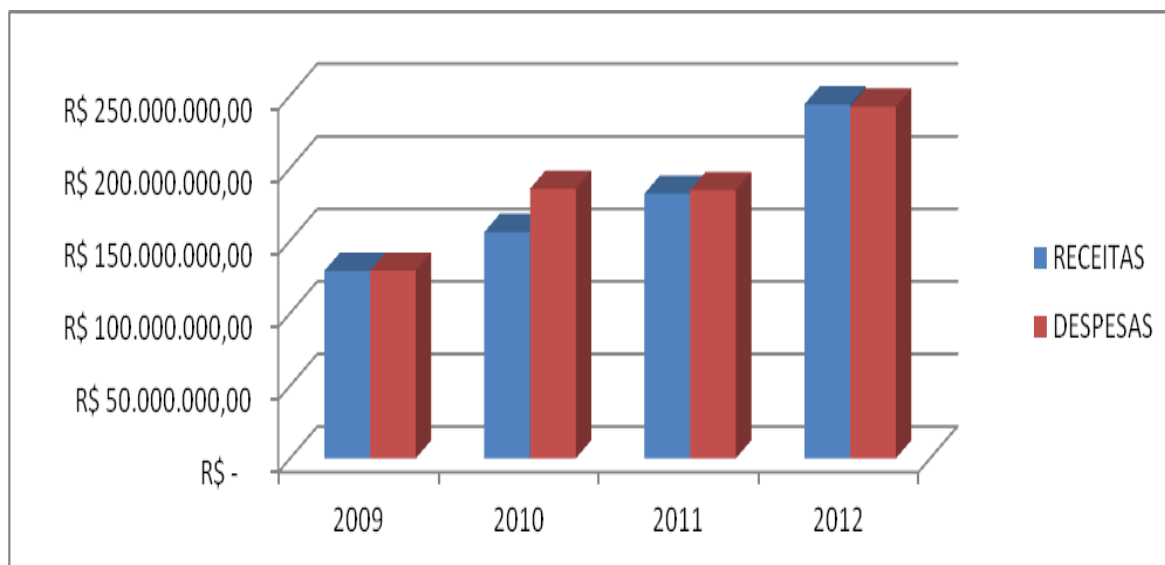
Tabela 113 - Série histórica de investimentos e despesas com o setor saúde, em reais, Canoas, RS.

Ano	Investimentos	Despesas
2009	129.274.501,32	129.472.651,39
2010	156.072.544,33	185.940.830,74
2011	182.497.013,75	184.894.945,93
2012	244.061.803,33	242.511.031,02

Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

[Digite texto]

Gráfico 78 - Série histórica de investimentos e despesas com o setor saúde, em reais, Canoas, RS.



Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

Para discutir o quantitativo de recursos disponibilizados para a saúde, é importante ver também a qualidade e as possibilidades de aplicação para a execução das políticas da área. Neste ponto, o Ministério da Saúde disponibiliza recursos por meio de blocos de financiamento e projetos estratégicos de áreas definidas como prioritárias, enquanto que o Estado disponibiliza recursos por vínculos orçamentários.

A existência de recursos disponíveis nas três esferas de gestão do SUS, também acompanha os desafios para a sua utilização plena. Neste quesito, destaca-se o formato da disponibilidade dos recursos a partir de blocos de financiamento do MS e seus projetos prioritários, bem como as regras para uso dos recursos estaduais e municipais, considerando os sistemas orçamentários e financeiros de ambos.

Os blocos de financiamento instituídos pela Portaria GM/MS 698/2006, não são fatores de dificuldades para a aplicação, uma vez que os recursos de cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações e serviços de saúde relacionados ao Bloco que tem esfera ampla, favorecendo em parte a utilização dos recursos financeiros.

Em relação às Portarias 204/07 e 837/09 seguem a divisão dos blocos de financiamento em que os recursos de incentivos, capital e custeio são repassados pontualmente a cada bloco de financiamento.

[Digite texto]

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade;
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica ;
- Gestão do SUS;
- Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde - exclusivo às despesas de Capital.

As bases de cálculo que formam cada Bloco e os montantes financeiros destinados para os Estados, Municípios e Distrito Federal devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

Na relação com a estrutura de financiamento estadual para a saúde, há evidências de um maior aporte de recursos nas ações e serviços públicos de saúde a partir de 2011, em relação aos últimos anos, pois segundo a LC 141/12 deve aplicar no mínimo 12% da receita líquida do Estado, seguindo os parâmetros da legislação no tocante as receitas e despesas.

As regras de financiamento das três esferas de gestão têm como contexto maior a Lei Complementar 141/2012, que regula a EC 29. Neste sentido, União, Estado e Município devem adequar seus sistemas de financiamento para garantir a articulação PPA e PMS e, por conseguinte, viabilizar o alinhamento entre a Lei Orçamentária Anual (LOA) e Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) com a PAS.

Na elaboração destes instrumentos, para iniciar o processo orçamentário é preciso definir programas ou ações estratégicas, que busquem soluções dos problemas identificados, a partir de diagnósticos realizados. Cada programa constitui-se em uma das formas de expressão da política de saúde, cujo objetivo é produzir uma mudança na situação atual. O programa contém objetivos, metas, objetivos quantificados e indicadores que permitem acompanhar, controlar e avaliar a sua execução.

Assim, definidas as prioridades dentro destes instrumentos de planejamento, serão identificados os recursos necessários para viabilizá-las e suas fontes de financiamento, que podem ter origem Municipal, Estadual e Federal, bem como atuaremos com vistas a cumprir o disposto na Lei Complementar 141/12.

[Digite texto]

Por fim, os desafios do financiamento do SUS municipal para o quadriênio 2014-2017 envolvem o alcance de maior eficácia na aplicação dos recursos disponíveis, com estratégias que visam a disseminar o conhecimento sobre essa área do SUS para toda a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e setores externos e sua relação com o planejamento das ações em saúde. Para isso, há a necessidade de qualificar áreas, como o controle, avaliação, auditoria, elaboração de projetos, captação de recursos e sistema de informações relacionadas aos aplicativos do DATASUS de forma integrada às áreas técnicas e setores com necessidades comuns.

De forma a cumprir com estes desafios, os objetivos estratégicos relacionados Além disso, recursos financeiros Federais e Estaduais vêm de forma verticalizada, atendendo os programas federais e estaduais, muitas vezes distantes das realidades e necessidades locais, de certa engessando a gestão do sistema municipal e impondo ações e serviços que não são as prioridades elencadas pelo município, e dificultando o remanejamento das verbas recebidas para outra finalidade devido à vinculação a programas ou orçamentos.

Há a necessidade de estruturar e qualificar a área de captação de recursos e da elaboração de projetos para o recebimento de recursos de forma integrada às áreas técnicas e setores com necessidades comuns, com celeridade, bem como de fortalecer a estrutura da equipe de financiamento e orçamento para tais atribuições e demandas. (Metas 96, 97, 98, 99, 106, 110 e 111)

Outra dificuldade constatada é que há o fomento, incentivo ao município em implantar ou qualificar um serviço ou ação em saúde, vinculando um incentivo financeiro pontual e muitas vezes único e, após o custeio desta ação ou serviço, que atende os munícipes residentes e não residentes, que é elevadíssimo, os recursos financeiros são repassados para custear são poucos e depositados de forma fracionada e com enorme atraso, tendo que o município aportar recursos para manter a ação ou serviço em atendimento, para não fechá-lo. Além disso, os recursos vem vinculados por programas, ações específicas, muitas vezes super ou subdimensionados, faltando em um e sobrando em outro, conhecidos como as inúmeras caixinhas, com os recursos pingados e não continuados.

É importante salientar que muitas vezes os municípios são assediados para assumir um programa vertical do Estado ou União, recebendo incentivos de

[Digite texto]

implantação, mas não recebendo o custeio de manutenção do programa em sua totalidade, mais uma vez o município arcando com este ônus pelo subfinanciamento e pela falta de transparência e agilidade dos processos administrativos, muitas vezes implantando o programa e custeando sua manutenção por mais de ano, sem repasse algum dos outros entes. (Metas 98, 99,100,101,102, 103, 110 e 111)

Também verifica-se que para cada recurso vinculado a uma ação ou serviço específico faz-se necessário enfrentar uma imensa burocracia, com inúmeros documentos, cópias, contratos, entre outros, seguindo um trâmite burocrático e normativo exaustivo e específico, para implantar, habilitar ou qualificar uma ação ou serviço de saúde, demorando meses para se receber o recurso, só que o serviço ou ação já está sendo realizado e custeado unicamente pelo município.

Exemplo disso é a o imenso número de portarias, resoluções, instruções, enfim um arcabouço normativo que faz com que os repasses de recursos da União e Estado fiquem engessados e não contemplem a real necessidade de custeio dos serviços e ações, ficando o ônus financeiro para manter os serviços abertos para o município. Só como exemplo em 2012 foram mais de 3.000 Portarias Ministeriais e 707 Resoluções CIB publicadas.

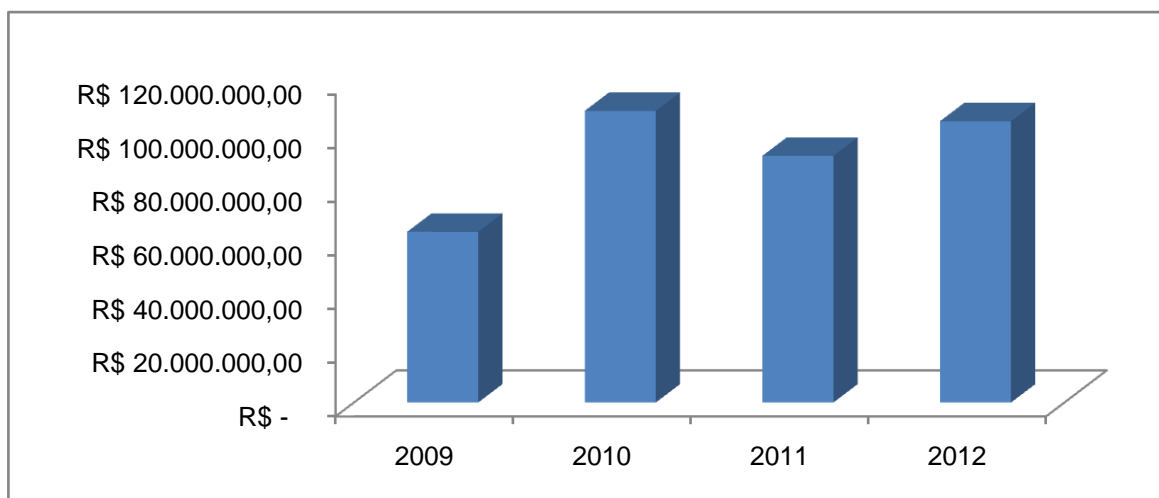
Percebe-se também que há internamente na SMS, assim como em setores externos, a falta de conhecimento destes processos, da gestão dos recursos da saúde, de sua autonomia financeira, de seu planejamento de aplicação, havendo glosas da utilização dos recursos financeiros por externos, desconhecimento dos servidores da SMS de como se dão estes processos, seus planos aplicativos.

Sustentabilidade do SUS municipal:

- Promover o equilíbrio da receita e das despesas atendendo às necessidades da população;
- Implementar modelo de gestão que contribua para a sustentabilidade econômico-financeira;
- Estruturar o sistema de custos;
- Estruturar e qualificar o sistema de informações dos serviços de saúde a partir das ferramentas de captação, processamento e gestão do DATASUS.

[Digite texto]

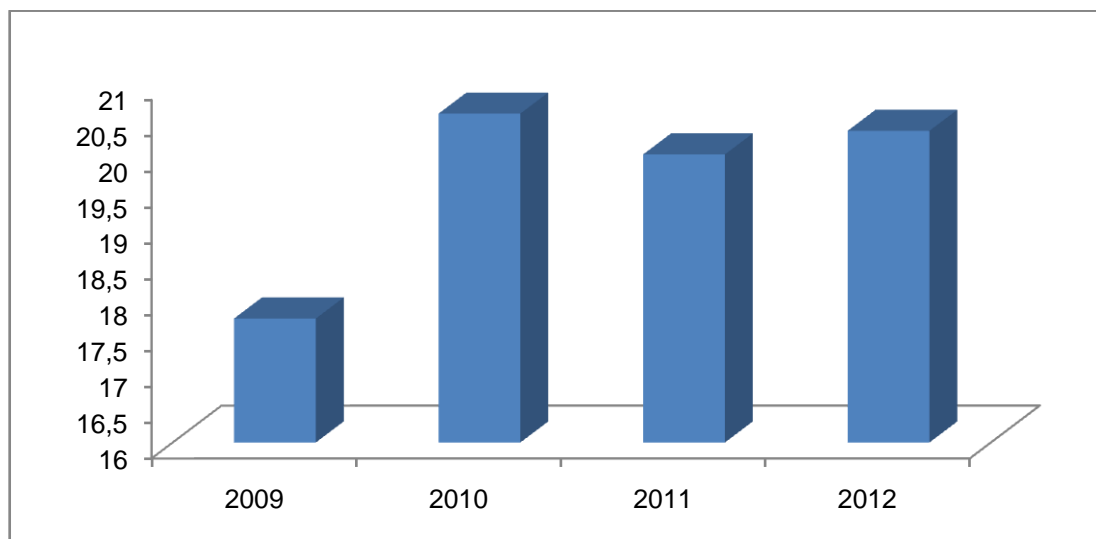
Gráfico 79 – Série histórica de investimentos municipais em Saúde, Canoas, RS.



Fonte: Relatórios de Gestão da SMS

O município aplica mais que o mínimo de 15% de seus recursos de sua receita líquida em saúde mesmo antes da aprovação da referida lei. A seguir evidencia-se a aplicação em saúde dos últimos anos.

Gráfico 80 – Série histórica demonstrativa de investimentos em saúde pelo município, Canoas, RS.



Fonte: Relatórios de gestão, Canoas, RS

O município com o aporte financeiro que realiza objetiva à estabilidade de recursos financeiros disponíveis para a área da saúde e demonstra o comprometimento do gestor local com o financiamento da saúde.

[Digite texto]

A partir de 2011, a SES adotou a prática de aumento de repasses, via Fundo Municipal da Saúde, de recursos, mormente para entes hospitalares em valores bastante substanciais, priorizando investimentos nas redes de assistência de médica e alta complexidade.

Orçamento Público

Orçamento Público compreende um conjunto de Leis formado pelo Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), que articuladas entre si, exprimem em termos financeiros a alocação dos recursos públicos. Trata-se de um instrumento de planejamento que espelha as decisões políticas, estabelecendo as ações prioritárias para atendimento das demandas da sociedade, materializando assim a execução das políticas públicas.

Plano Plurianual - PPA

No PPA são estabelecidos os grandes objetivos e metas do governo, especialmente no que tange as despesas de capital e outras delas decorrentes para programas de duração continuada.

É um instrumento de gestão que direciona os recursos públicos para os serviços e produtos que vão atender às demandas da sociedade, através de programas e ações do governo para um período de quatro anos.

O Plano Plurianual 2014-2017 do Município utilizou como orientação estratégica o Congresso da Cidade - atendendo o disposto no art. 134, inciso I, §1º, da Lei Orgânica Municipal - onde foram definidas, pelos mais diversos segmentos da sociedade civil, por um período de 10 anos, ou seja, 2011-2021, 43 iniciativas e 104 ações estratégicas. O que a sociedade canoense deseja e o Congresso aprovou é uma cidade mais sustentável, mais humana, mais integrada, mais inovadora e mais próspera, tornando a cidade um foco de atratividade regional, nacional e internacional, projetando Canoas como uma cidade metropolitana de destaque, na busca de seu desenvolvimento sustentável com comprometimento, transparência e senso de urgência. Bem como, a sociedade canoense decide sobre questões estratégicas para a cidade através dos onze elos de diálogo, que constituem o

[Digite texto]

sistema de participação popular, tais como: Orçamento Participativo (OP) e OP Digital, Plenárias de Serviços, Prefeitura na Rua, Audiências Públicas, Ágora Virtual e Redes Sociais, Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, Casa dos Conselhos, Congresso da Cidade e, mais recentemente, o Prefeito na Estação.

Para firmar a transparência e o compromisso proposto no PPA Participativo 2014-2017 com a comunidade canoense, foram realizadas durante o mês de abril quatro assembleias públicas, uma em cada quadrante da cidade, garantindo à população, através da votação, a priorização e a ordem dos investimentos para os quadrantes e para a cidade de Canoas.

O PPA encaminhado a Câmara de Vereadores apresenta os programas em nível hierárquico de programação mais elevado do que os órgãos executores. As ações foram concentradas em 10 programas estratégicos, eliminando-se áreas de sobreamento e ajustando-se o foco da atuação governamental, sem prejuízos para quaisquer dos setores ou dos segmentos de público atendidos. A premissa básica deste modelo de gestão assegura:

- a transversalidade, que articula a integração de várias secretarias e órgãos na execução das ações de cada programa;
- a territorialidade, que leva em conta, nas execuções das ações, os quadrantes e suas regiões; e
- a transparência, que permite a todos os cidadãos acompanhar através do portal que está sendo criado o andamento dos programas e os resultados gerados.

Neste contexto, a formatação do PPA está estruturada de acordo com o programa de governo que estabelece 4 áreas temáticas e 10 dimensões. As áreas temáticas representam a visão sistêmica de governo em torno das necessidades e aspirações individuais e coletivas das pessoas que compõem a cidade de Canoas. As 10 dimensões direcionam as ações de acordo com objetivos e prioridades da administração pública, agregando serviços e qualidade de vida ao cidadão e representam no PPA os 10 programas estratégicos – Mais Confiante no Futuro, Mais Saudável, Mais Protegida, Mais Reconhecida, Mais Desenvolvida, Mais Inclusiva, Mais Acolhedora, Mais Conectada, Mais Participativa e Mais Transparente.

O PPA 2014-2017, aprovado pela Lei Municipal nº 5.755, de 1º de julho de 2013, garantirá os percentuais constitucionais destinados à área da saúde, a qual está

[Digite texto]

inserida no programa Mais Saudável, perfazendo um montante de R\$ 1.321.040.389,00, distribuídos conforme quadro abaixo.

Tabela 114– Série histórica de custo da ação em Reais e fonte de recurso, Canoas, RS.

ANO	CUSTO DA AÇÃO (EM R\$) / FONTES DE RECURSO										TOTAL
	CORRENTE					CAPITAL					
	LIVRE	VINCULADA	MDE	ASPS	FUNDEB	LIVRE	VINCULADA	MDE	ASPS	FUNDEB	
2014	53.354.387,00	187.282.344,00	0,00	44.758.448,00	0,00	1.003.495,00	12.795.362,00	0,00	1.250.000,00	0,00	300.424.036,00
2015	60.025.848,00	195.982.212,00	0,00	52.453.162,00	0,00	1.182.646,00	9.194.891,00	0,00	1.132.500,00	0,00	319.951.059,00
2016	65.803.488,00	205.439.446,00	0,00	59.558.618,00	0,00	1.214.277,00	6.969.485,00	0,00	1.043.025,00	0,00	340.028.339,00
2017	72.069.818,00	211.634.415,00	0,00	66.857.488,00	0,00	1.271.835,00	7.614.019,00	0,00	1.189.580,00	0,00	360.636.955,00
TOTAL	251.253.541,00	800.318.417,00	0,00	223.627.716,00	0,00	4.652.053,00	36.573.557,00	0,00	4.615.105,00	0,00	1.321.040.389,00

Fonte: PPA, Canoas, RS 2014 – 2017, p. 120.

Tabela115 – Despesas previstas no Plano Plurianual, 2014-2017, Canoas, RS.

FONTE	VALOR (R\$)		
	DESPESA CORRENTE	DESPESA CAPITAL	TOTAL
LIVRE	251.253.541,00	4.652.053,00	255.905.594,00
VINCULADA	800.318.417,00	36.573.557,00	836.891.974,00
MDE	0,00	0,00	0,00
ASPS	223.627.716,00	4.615.105,00	228.242.821,00
FUNDEB	0,00	0,00	0,00
TOTAL GERAL	1.275.199.674,00	45.840.715,00	1.321.040.389,00

Fonte: PPA, Canoas, RS 2014 – 2017, p. 120.

O Plano Plurianual 2014-2017 do Município pode ser acessado na íntegra através do link:

http://www.canoas.rs.gov.br/uploads/paginadinamica/326037/Plano_Plurianual_PPA_2014_2017.pdf

Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO

A LDO deve conter as diretrizes gerais, metas e prioridades da área pública, que servirão para orientar a elaboração e execução da Lei Orçamentária Anual (LOA), objetivando maior integração entre estas e o planejamento de longo prazo. Igualmente, deve dispor sobre alterações na legislação tributária; fixar limites para os orçamentos dos Poderes Executivo e Legislativo Municipal dispendo sobre os gastos com pessoal, entre outras aplicações. Com a edição da Lei de Responsabilidade Fiscal, a LDO assume, também, outros temas importantes,

[Digite texto]

devendo conter a política fiscal, o contingenciamento dos gastos e as transferências de recursos para entidades públicas e privadas.

A LDO 2014 do Município está disciplinada na Constituição Federal, na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), na Portaria nº 407/2011 da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), e na Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, na Lei Orgânica Municipal e na Lei nº 5.755, de 1º de julho de 2013 (PPA/2014-2017).

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2014 foi aprovada pela Câmara de Vereadores de Canoas em 12 de setembro de 2013. O orçamento previsto para a Saúde em 2014 é de R\$ 288.915.875,00.

A LDO 2014 pode ser acessada na íntegra através do link:

http://www.canoas.rs.gov.br/uploads/paginadinamica/325960/LDO_2014_Projeto_de_Lei.pdf

Lei Orçamentária Anual - LOA

A Lei Orçamentária Anual (LOA) estima a receita e fixa a despesa da administração pública municipal de acordo com a previsão de arrecadação. Esta Lei aloca os montantes orçamentários necessários para dar cumprimento às políticas públicas, a partir das diretrizes do orçamento do Município, identificando os valores referentes a cada despesa do Governo, inclusive a de pessoal e seguridade. Trata-se, pois, de instrumento de gestão pública, especialmente no planejamento e execução de curto prazo. O orçamento anual, portanto, visa à concretização dos objetivos e metas propostas no Plano Plurianual, segundo as orientações estabelecidas pela Lei de Diretrizes Orçamentárias. A LOA possui vigência de um ano.

A LOA 2014 deverá ser entregue ao Poder Legislativo, obrigatoriamente, até 30 de setembro do corrente exercício, conforme disposto no artigo 137, inciso III, da Lei Orgânica Municipal.

[Digite texto]

Educação Permanente

Diante dos novos desafios e transformações sociais e tecnológicas, os conhecimentos tornam-se obsoletos num curto espaço de tempo levando à necessidade da área da saúde constituir e efetivar espaços de educação que vão além da atualização.

Emerge neste contexto a educação permanente como uma concepção estratégica porque busca incidir: na qualificação dos atuais profissionais da saúde; na transformação no modelo de atenção; na formação dos futuros profissionais; na transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho; na mudança a partir de um processo crítico do próprio trabalho; como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.

As atividades devem ser comuns a secretaria e específicas em seus setores, neste caso deve haver um setor que centralize e compartilhe com os setores as suas necessidades com um olhar ampliado para toda a Secretaria, assim como deve existir espaços apropriados dentro da secretaria e nos serviços que garantam estas atividades de educação permanente. (Meta 113)

A forma organizativa proposta para os municípios darem conta dessa necessidade é o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC). O processo de discussão para efetivar essa estrutura já foi iniciado mas ainda não foi concluído. A meta é prosseguir concluindo as etapas de formalização. (Metas 103, 112, 113, 114, 115 e 116)

Uma estratégia cada vez mais implementada no SUS, e especialmente na Atenção Básica, como forma de reflexão sobre os processos de trabalho tem sido o apoio institucional. Este se dá através de profissionais que detenham um bom conhecimento do serviço e também da gestão de saúde do município. Tal estratégia tem se mostrado um importante catalisador de mudanças nos processos de trabalho gerando melhorias no atendimento à população e fomentado a educação permanente através da discussão dos problemas do dia-a-dia dos profissionais.

Dentro das instituições formadoras os modelos curriculares observados na área das ciências da saúde ainda apresentam uma desarticulação interna: áreas

[Digite texto]

básicas e clínicas, práticas e estágios. De outro lado, a instância serviço é identificada como o local da má prática e inadequado para o processo de formação de um bom profissional. A formação para as categorias de nível técnico e auxiliar esta sob a formação do setor privado, pouco regulado pelo setor educacional e que utiliza os serviços públicos de saúde para fazer cumprir a carga horária de prática, sob a forma de estágios que, em sua maioria dispersos sem uma normativa interna ou setor que oriente e fiscalize estas atividades. (Meta 113)

A SMS, no que tange ao seu papel de responsabilidade enquanto espaço de formação para o SUS, identifica problemas como: ausência de integração ensino/serviço, conflitos de interesse entre o sistema de saúde, o sistema formador e necessidade social, ausência de legislação/normatização administrativa nos processos de qualificação, educação permanente e pesquisas dentro da secretaria. (Meta 113)

Na área de pesquisa cabe salientar a ausência de um comitê de ética em pesquisa com seres humanos na SMS, demonstrando uma fragilidade da instituição em permitir qualquer tipo de pesquisa sem uma validação ética e que estejam em consonância com as diretrizes apontadas nos planos de saúde. (Meta 114)

Gestão do Trabalho

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, aprovou o Sistema Único de Saúde (SUS), e apresentou um conjunto articulado de formulações para a área de recursos humanos, consolidados na Constituição de 1988 e homologados na Lei 8080/90. Posteriormente muito se tem discutido mas pouco se tem avançado em relação ao tema. A municipalização da saúde, com a transferência de responsabilidades que muitas vezes ultrapassam a possibilidade de solução a nível de gestão municipal.

Talvez entre todos os temas a questão dos recursos humanos tem sido a mais crítica. Os municípios têm buscado soluções mas esbarram na insuficiência financeira ou de recursos humanos disponíveis para atender as necessidades em saúde. Plano de carreira, isonomia, valorização dos profissionais são temas que são discutidos desde a concepção do SUS, sem grandes avanços. Recentemente o MS

[Digite texto]

tomou a iniciativa de intervir criando o programa Mais Médicos que, embora enfrentando muitas resistências, tem contribuído principalmente com pequenos municípios.

Canoas também aderiu ao programa. Essa iniciativa dá um bom indicativo de que medidas mais estruturantes nessa área tem que ser tomadas pelo governo federal. O gestor municipal não tem êxito. Está sempre à mercê do mercado. A rotatividade é alta pois se um município consegue eventualmente aumentar os salários, os vizinhos perdem seus profissionais. Assim é o círculo vicioso que se estabelece dificultando a continuidade dos serviços à população.

Outro aspectos são as cargas horárias extensas que os profissionais da saúde trabalham somando diferentes empregos. Além de afetar a qualidade de vida dos mesmos, sem dúvida afeta o desempenho e dificulta o contínuo e necessário aperfeiçoamento e atualização.

A gestão do trabalho em saúde se distingue por sua especificidade e coloca o desafio de uma mudança que incorpore qualificação, competência e responsabilização. Um conjunto vasto de indicativos para a área de formação e gestão de recursos humanos aproximaria de uma melhor eficiência dos serviços prestados.

Dentre deles: a integração entre instituições formadoras de recursos humanas e prestadoras de serviços de saúde, incluindo-se nesse processo os conselhos de saúde, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação; revisão dos currículos de formação, para a construção de um modelo assistencial referenciado à epidemiologia e às ciências sociais; obrigatoriedade, para as instituições privadas vinculadas ao SUS, de terem um plano de qualificação profissional para os seus trabalhadores e garantia de profissionalização de trabalhadores sem qualificação específica; criação de estruturas de desenvolvimento de recursos nas secretarias municipais.

Entenda-se aqui que consideramos trabalhador do SUS todos os trabalhadores vinculados a serviços próprios e conveniados. (Metas 113 e 114)

A participação do trabalhador é fundamental para a eficiência do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, entender o trabalhador da saúde como um sujeito e agente transformador de seu ambiente, é um desafio a ser vencido na gestão da Política

[Digite texto]

Publica de Saúde. Nessa abordagem, o trabalho deve ser visto como um processo de trocas, de criatividade, coparticipação, corresponsabilização, enriquecimento e comprometimento mútuos. (Meta 103)

As definições que ainda orientam as discussões na busca de uma consolidação da gestão do trabalho dentro do SUS incluem a questão de contratos e vínculos de trabalho, plano de carreira, a educação permanente e continuada, papel dos trabalhadores como formadores, a participação social, o caráter multidisciplinar na atenção á saúde e as relações do setor público com as instituições de ensino dentre outros.

Atualmente a SMS não possui um setor de recursos humanos. A unidade atua apenas administrativamente, não possuindo uma política de desenvolvimento efetiva dos trabalhadores e da gestão do trabalho. (Meta 113)

As atividades como: processos de recrutamento, seleção e admissão, planos de cargos e salários ainda não estão fortemente estabelecidas nem possuem responsabilidades definidas dentro do organograma do DTA.

Para a realização das suas atividades envolvendo áreas meio e áreas fim da SMS apresenta uma força de trabalho composta por servidores efetivos municipais, estaduais e federais, cargos em comissão, servidores com contrato temporário (nos termos da Lei Municipal 7.770/96) funcionários celetistas e adidos. Conta, ainda, com postos de trabalhos terceirizados, na sua maioria trabalhadores de área-meio (portaria, limpeza, vigilância, motoristas e recepção) são contratados mediante a realização de processo licitatório e com postos de trabalho gerenciados por prestadores de serviços de saúde contratualizados.

Com os vínculos apontados, a SMS conta com uma força de trabalho de aproximadamente 966 trabalhadores envolvidos com atenção básica e nos ambulatórios especializados do DPAS, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Avaliando-se o quadro de trabalhadores de saúde do município cadastrados encontramos diversos erros, impossibilitando uma análise. Há de ser considerada a possibilidade de subnotificação ou supernotificação dos cadastros de profissionais atuantes no SUS e nos serviços contratualizados, pois não há um monitoramento, utilizando ferramentas de checagem, inclusão ou retirada das informações no sistema. Essa afirmação suscita para a necessidade de

[Digite texto]

qualificação nas formas de registro e monitoramento do CNES, para que reflita um panorama real da força de trabalho em saúde no município. (Meta 102)

Um dos aspectos que tem chamado, particularmente, a atenção dos gestores e pesquisadores é a questão dos recursos humanos, considerada um dos nós críticos do processo de mudança da gestão e da atenção à saúde no país. De fato, a escassez de quadros qualificados para o exercício da gestão dos sistemas e serviços, além da precarização das relações de trabalho, somadas à inadequação dos perfis e ausência de compromisso de grande parte dos profissionais e trabalhadores de saúde para com o SUS, constituem, hoje, um dos grandes desafios à sua consolidação.

O enfrentamento dessas dificuldades vem gerando a elaboração de várias propostas de soluções e arranjos para a gestão dos trabalhadores da saúde, especificamente no âmbito estadual e municipal, por conta do processo de descentralização. Se, por um lado, isso facilita a definição de propostas mais adequadas à problemática regional e local, por outro, tem evidenciado a existência de problemas estruturais e conjunturais, que repercutem na capacidade de gestão de muitas secretarias de estado e municípios na área de gestão do trabalho e da educação em saúde. (Meta 115)

Nesta perspectiva a estrutura de gestão de recursos humanos da SMS reflete a dicotomia entre organizar uma resposta para atender as demandas internas, com espaços de autonomia e seguir a política de RH válida para toda a PM.

Neste contexto encontramos as seguintes aspectos que permeiam o cotidiano da história da SMS: O perfil de gestores de saúde pouco preparados para responder às complexas exigências do cargo, destacando-se a precária formação, a pouca ou nenhuma experiência para o exercício da gestão municipal de saúde e a baixa autonomia política administrativa e gestores e trabalhadores de vários níveis ainda persistem em agir pressionados por demandas político-partidárias para alocações sem exigência de formação, experiência e capacidade para o exercício do trabalho no SUS. (Meta 113)

No caso de contratação de empresas privadas para a operacionalização da assistência nos aparelhos públicos existentes, evidencia-se a necessidade do desenvolvimento de ferramentas e mecanismos de monitoramento e avaliação

[Digite texto]

constante da prestação do serviço em acordo com os contratos e rigorosamente dentro dos preceitos do SUS.

Nesse sentido, estas realidades apontam para a necessidade de se enfrentar os problemas relacionados à gestão de recursos humanos na SMS desde a formação do perfil dos profissionais priorizando a autonomia e a capacidade de transformar a realidade até a regulação do vínculo de trabalho. Torna-se premente, desta feita, o estabelecimento de um diálogo transparente nos diferentes níveis de gestão da SMS, de modo a se construir pactos de atuação conjunta, visando à contratação de profissionais capazes de responder, efetivamente, às demandas impostas à coletividade e com vínculo estatutário.

Ponto importante a ser destacado é a necessidade de se padronizar os modos de gerenciar, permitindo ao quadro de recursos humanos da SMS a participação como sujeitos ativos evitando que a instituição fique à mercê das diversas corporações profissionais e dos escusos interesses político-partidários e clientelísticos. O trabalho dos profissionais de saúde demanda mais coordenação, avaliação externa e supervisão para indicar eventuais correções de rumo. Só nessas situações é viável obter serviços eficientes e profissionais motivados e criativos, mas isso só é possível em condições adequadas de trabalho.

Dessa forma, a expectativa é que novos rumos e contornos sejam dados à gestão de recursos humanos na prática da SMS, e que os trabalhadores da saúde possam exercer sua profissão com dignidade, o que seguramente resultaria em benefícios para todo o sistema sanitário.

O Processo de trabalho em saúde tem como finalidade a prestação, com qualidade, do cuidado à população. Dentre os elementos que compõem o processo de trabalho em saúde, o trabalhador pode ser considerado como um dos principais. Esse sujeito deve estar consciente de sua prática para, coletivamente, propor intervenções que possibilitem o desenvolvimento de estratégias de suporte a própria equipe de saúde do SUS, de modo a considerar seu processo de trabalho, a organização e as condições de trabalho e a situação de saúde, criando espaços que permitam intervenções e melhorias no ambiente e das relações de trabalho. (Meta 113)

[Digite texto]

A coordenação dos assuntos relacionados a gestão do trabalho dos servidores em saúde está sob responsabilidade da Diretoria de Recursos Humanos na Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão.

Para fins de auxiliar os tramites de documentação, tais como, cartão ponto, efetividade, rancho básico, foi criada dentro da Secretaria Municipal da Saúde a Unidade Controle de Rotinas e Gestão de Pessoas.

O quadro de servidores estatutários da Secretaria da Saúde é insuficiente para a prestação dos serviços disponibilizados a população canoense, assim, a SMS firma contratos com instituições que proveem profissionais para atendimento. Atualmente a Prefeitura Municipal de Saúde possui dois editais de recrutamento e seleção N.º 01/2010 e N.º 01/2011 para contratação de agentes comunitários de saúde.

Para o desenvolvimento das ações de saúde a SMS conta com um quadro de profissionais, abaixo especificado:

Tabela 116 - Quadro de trabalhadores da SMS, Canoas, RS.

Forma de Contratação	Número de Profissionais
Estatutários	453
CC	26
Agentes Comunitários de Saúde (CLT)	183
Agentes de Endemias (CLT)	49
Adidos	14
Cedidos Federais	13
Cedidos Estaduais	18
Médicos Contratados	10
Farmacêuticos contratados	04
Estagiários	97
Contratação Terceira	
Cooperativa Equipe*	337
Saudex*	273
Rio Grande Emergências Médicas*	280
AESC HPSC e UPA Caçapava	629
AESC UPA Rio Branco	103
AESC Hospital Universitário	1.037
HNSG UPA Guajuviras	80
HNSG Farmácias Básicas	32
Gussil	60
GSH	90

Fonte: DTA, SMS, 2013

[Digite texto]

Dimensionamento de Pessoal

Inexiste dimensionamento de pessoal específico para as áreas de atuação na SMS, com exceção das equipes da Estratégia Saúde da Família cujo dimensionamento é estabelecido pelo.

Verifica-se a necessidade de estabelecimento de uma diretriz e metas visando estruturar a gestão do trabalho e regular o dimensionamento, lotação e realocação de pessoal conforme as necessidades baseadas em critérios técnicos e epidemiológicos, bem como a definição do incentivo à qualidade na prestação dos serviços e das estratégias de humanização e de saúde do trabalhador.

Entre os principais desafios para a gestão do trabalho no SUS está também o absenteísmo, que é um termo utilizado para designar todas as ausências dos trabalhadores no processo de trabalho.

A inexistência de um processo validado e instituído de avaliação, diagnóstico e acompanhamento de saúde dos trabalhadores leva a diferentes condutas na tentativa de enfrentar os problemas de descontinuidade dos serviços.

Tabela 117 - Número de Atestados Por profissional de Agosto 2012 a Julho 2013, Canoas, RS.

Profissional	Nº de atestados
ACS	300
Ag. de endemias	442
As. administrativo	41
Aux. de enfermagem	194
CC	1
Enfermeiro	62
Eng. sanitaria	1
Médico	128
Motorista	13
Operário	13
Pedreiro	16
Professora	19
Servente	36
Tec de enfermagem	5

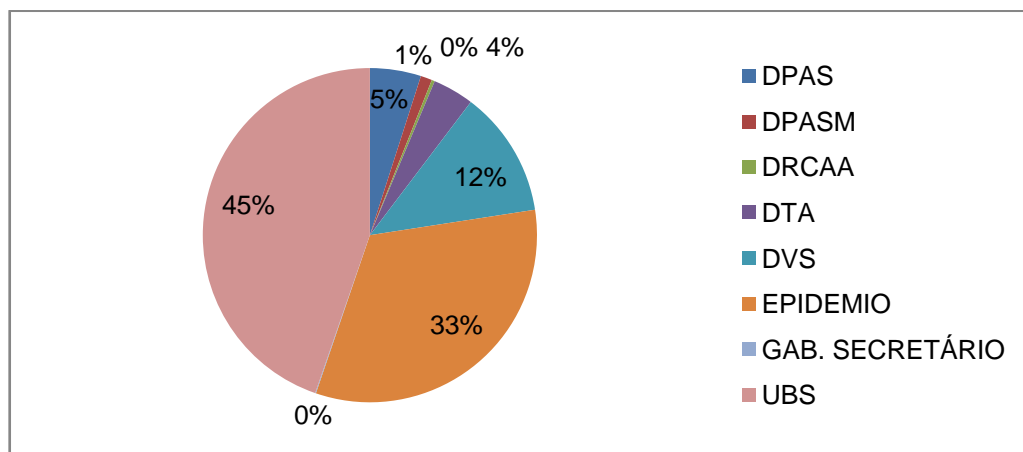
[Digite texto]

Ag. Apoio edu inf.	22
Aux. Serv. Div	13
Fiscal meio amb	7
Odonto	6
Educador social	7
Psicologo	2
Adida	5
Carpinteiro	3
Encanador	8
Farmacêutico	2
Sota-capataz	8
Veterinário	1
Guarda	1
Ass. Social	1
Total	1357

Fonte – DTA, SMS, Canoas.

Este gráfico não considera o tempo de atestado, somente o número de atestados por profissional, sendo difícil avaliar o impacto sobre o trabalho. Sequer é possível saber se está dentro de um limite aceitável ou não. É necessário organizar formas de avaliação e acompanhamento das causas destes afastamentos e indicar soluções.

Gráfico 81 – Proporção de atestados médicos com afastamentos por Setor da SMS, Canoas, RS



Fonte: DTA, SMS

[Digite texto]

Cabe destacar que a maior proporção de atestados ocorre nas UBS e se referem aos ACS e, no setor de epidemiologia, aos agentes de endemias.

A implantação do registro eletrônico de efetividade, iniciada em julho de 2013, modificou o cotidiano dos trabalhadores e exige uma nova relação de trabalho para gestores e trabalhadores. Como ferramenta de gestão contribui no controle da frequência dos servidores públicos no trabalho.

Humanização em Saúde

O Ministério da Saúde tem reafirmado desde 2003 a Política Nacional de Humanização – PNH - como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, compreendendo os diferentes níveis de dimensões da atenção e da gestão.

A Política Nacional de Humanização e Gestão da Atenção do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde, bem como nos modos de gerir os processos de trabalho, entre a atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividades.

Buscando efetivar a PNH, o município realizou três Seminários de Humanização. O I Seminário de Humanização da Saúde ocorreu em 26 de novembro de 2009; o II Seminário de Humanização de Canoas, em 04 de novembro de 2010, com o apoio da Prefeitura Municipal de Canoas e da Secretaria Estadual de Saúde através da Escola de Saúde Pública/RS; e, o III Seminário de Humanização de Canoas ocorreu nos dias 22 e 23 de agosto de 2011.

Em 02 de junho de 2010 ocorreu o primeiro encontro do Comitê Municipal de Humanização, sendo legitimado através do Decreto 649, em 05 de agosto de 2010, denominando-se, Comitê Municipal de Humanização da Atenção a Saúde. Dentre os membros para compor o Comitê foram elencados representantes da Diretoria de Políticas e Ações em Saúde – DPAS, Diretoria da Vigilância em Saúde, representantes da Comissão de Saúde da Câmara Municipal de Vereadores de Canoas e Hospital de Pronto Socorro Deputado Nelson Marchezan. Após esta data outras entidades do município como hospitais, prestadores de serviços, Conselho Municipal de Saúde fizeram parte do Comitê.

[Digite texto]

Também no ano de 2011, foram instituídos Grupos de Trabalho de Humanização – GTH – na SMS e nas seguintes UBS: Boa Saúde, Igara, Matias velho, CONCOBAN, José Veríssimo, SAE/CTA, Santo Operário, Fátima, Cerne, Centro de Saúde, União.

Na ocasião, foi elaborado um instrumento de avaliação aplicado aos integrantes dos GTH, no sentido de pensar o processo de trabalho das UBS quanto ao acolhimento.

Apesar dos inúmeros avanços no campo da saúde, ainda convive-se com problemas de diversas ordens, como a fragmentação, e a verticalização dos processos de trabalho que obstrui as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários, o trabalho em equipe, bem como o despreparo para gerenciar as dimensões sociais e subjetivas presentes no cotidiano das práticas de atenção em saúde.

Tematizar e retomar a PNH, na Secretaria Municipal de Saúde, fazem-se urgente, e não de modo vago, associado a ações humanitárias, mas sim em seu caráter precípuo enquanto direito constitucional.

Nesse sentido, propõe-se a retomada coletiva da PNH em nosso município integrando as diversas Diretorias desta Secretaria. (Metas 123 e 124)

O Acolhimento com Identificação de Necessidades, nas Unidades de Saúde, inserido como uma das bases da Política Nacional de Humanização, pode ser caracterizado como um grande movimento de reorganização do processo de trabalho, visando garantir um atendimento de qualidade ao usuário, com melhoria no acesso e maior resolutividade dos problemas sendo uma alternativa além do Teleatendimento.

Considerando a atenção básica a principal porta de entrada das pessoas na rede de serviços de saúde, e uma porta sempre aberta para todas as situações e queixas. Mas sabemos que, frente às condições estressantes da vida moderna, em especial nas grandes cidades, a fragilização dos laços sociais e familiares, situações precárias de moradia, a medicalização e medicamentação do sofrimento, entre tantas outras situações adversas a que está exposta a população, há um aumento cada vez maior da cesta de necessidades que cada pessoa traz nas suas consultas nas unidades de saúde.

[Digite texto]

Por sua vez o serviço de saúde tem uma capacidade de resposta muito limitada a estas queixas se estiver preso ao paradigma queixa seria agendamento de consulta médica. A identificação de necessidades vem como uma proposta de aprofundamento da relação queixa-agendamento tentando uma melhor identificação do problema trazido e assim uma otimização da utilização dos serviços prestados pela rede de saúde. Ela traz também o uso mais racional da agenda dos profissionais, uma vez que o agendamento se dá com base, não mais na ordem de chegada, mas em três fatores principais:

- No grau de necessidade da situação (interação biopsicossocial);
- Na possibilidade de resposta da unidade de saúde naquele momento e;
- Na decisão conjunta entre profissional e usuário.

Apesar de parecer complexa, a identificação de necessidades deve se tornar algo natural na medida em que a equipe de saúde passa a seguir os atributos essenciais e derivados da atenção básica:

- O primeiro contato que caracteriza o vínculo da população com a equipe;
- A longitudinalidade que proporciona o conhecimento das pessoas e seus problemas;
- A integralidade que proporciona a visão biopsicossocial e aumenta a oferta do cuidado para além da consulta médica;
- A coordenação da atenção que reforça ainda mais o vínculo, e;
- A orientação familiar e comunitária e a competência cultural que facilitam o entendimento da gravidade de cada situação para cada indivíduo inserido no seu contexto.

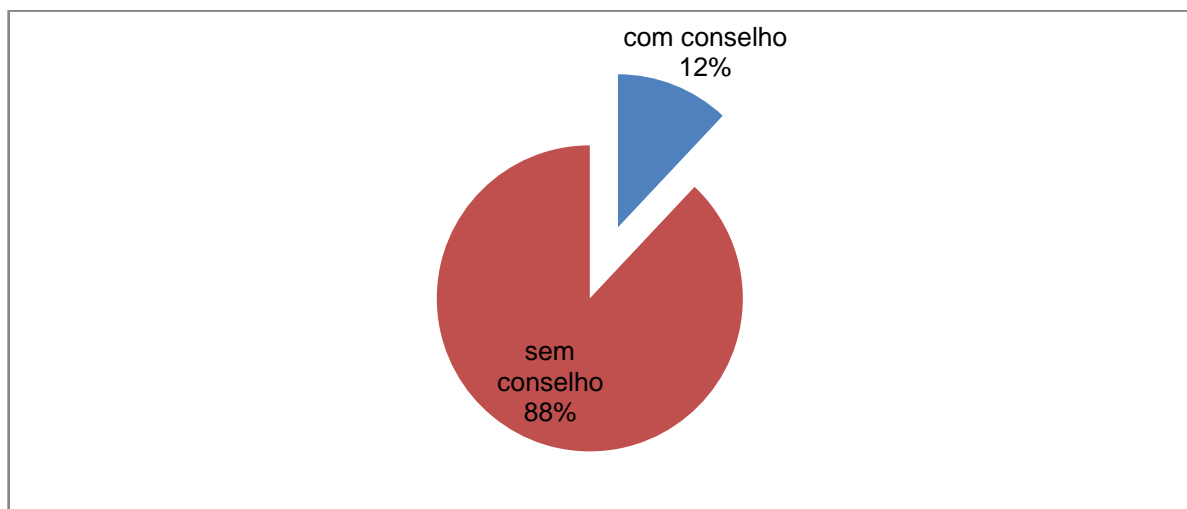
Ressalta-se que por conta desta complexidade entendesse que os protocolos de classificação de risco habitualmente utilizados nos serviços de urgência não atendem, na sua totalidade, a demanda das unidades de Atenção básica e não podem substituir o vínculo e o conhecimento da população que as equipes possuem.

A participação social através dos conselhos locais, conselhos gestores e conselhos municipais são essenciais a consolidação do SUS no município. Hoje observamos a ausência de espaços de conselhos locais e gestores no município. Atualmente 03 unidades possuem conselhos locais, UBS Guajuviras, UBS União e

[Digite texto]

UBS Santo Operário. Demonstrando pouca participação das comunidades junto ao planejamento das ações de saúde no serviço. (Meta 124)

Gráfico 82 – Percentual de UBS com e sem CLS, 2013, Canoas, RS.



Fonte: DPAS, SMS, Canoas

A SMS, também se faz representar no Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), ocupando a vaga da vice presidência atualmente. O COMEN, criado pela Lei Ordinária nº 2396/2009, está em processo de adequação de nomenclatura, quando passará a chamar-se COMAD. Este conselho é órgão normativo de deliberação coletiva, com a finalidade de auxiliar o Executivo Municipal nas políticas públicas atinentes à prevenção, à repressão e redução do consumo de álcool e drogas; ao acolhimento, tratamento e reinserção social de dependentes químicos.

O representante dessa SMS tem, entre outras ações, mantido o conselho atualizado em relação as pactuações do Programa Crack é Possível Vencer.

Comunicação e Relacionamento com a Comunidade

Desde o princípio dos tempos, a comunicação foi de importância vital para a humanidade. É uma ferramenta de integração, instrução e de troca mútua. O processo de comunicação consiste na transmissão de informação entre um emissor e um receptor que decodifica (interpreta), uma determinada mensagem.

Reiteradas vezes surge outro elemento no processo comunicativo que é o ruído, que se caracteriza por tudo aquilo que afeta o canal, perturbando a perfeita

[Digite texto]

captação da mensagem. Quando a comunicação se realiza por meio da linguagem falada ou escrita, denomina-se comunicação verbal. É uma forma de comunicação exclusiva dos seres humanos.

Em relação à comunicação do SUS, como organização pública, existem imagens-conceitos diferenciadas. O SUS por meio de sua comunicação procura passar o conceito de uma instituição pública que é de todos os brasileiros e que todos têm direito ao acesso de maneira universal, gratuita.

Internamente, o SUS tem dificuldades na comunicação ao tratar muitas vezes de maneira nacional as questões regionais, fazendo uma comunicação geral, não observando as peculiaridades de cada região. Cada localidade possui sua cultura, repertórios e processos históricos diferenciados, cabendo à comunicação do SUS mapear e planejar de forma diferenciada. Da mesma forma, a comunicação da SMS a nível municipal, deve ser qualificada para atender tanto os aspectos cultural e geográfico, como a complexidade dos fluxos internos a rede de saúde.

Na SMS se estabelecem vários canais de comunicação interna, entre os seus serviços, e externa com a comunidade. A estrutura é ampla e diversa e, para que efetivamente ocorra a comunicação, a mensagem deve ser clara e objetiva. Além disso, para que a comunicação ocorra, deve haver a preocupação de como a mensagem será interpretada pelo receptor.

Verifica-se que a comunicação interna e externa na SMS, apresenta vários nós críticos tanto de emissão como de recepção de mensagens. Os fluxos de informações, quando existem, são pouco conhecidos dos trabalhadores e da comunidade. Constata-se frequentemente que a falta de informação ou informações distorcidas causam transtornos nos serviços, descrédito no sistema e, finalmente, prejuízo ao usuário.

Os planos de comunicação e divulgação, até o momento são fragmentados por segmentos e não dão conta de comunicar correta e suficientemente o funcionamento da rede de saúde municipal, sendo ela ainda uma incógnita para muitos.

Até então a SMS não definiu um setor responsável para pensar a comunicação, a relação com a imprensa (que se dá em cima de respostas a problemas pontuais), o planejamento em comunicação com foco em agendas positivas e visibilidade das ações e da rede de assistência à saúde.

[Digite texto]

A maneira como um serviço aparece aos olhos dos consumidores e como se comunica com eles reflete muito de sua personalidade. Por isso é fundamental atribuir personalidade a nossa rede através de uma política de comunicação eficiente que englobe as diferentes formas de comunicação. Faz-se necessário, por exemplo, a padronização visual e uma sinalização adequada dos serviços e melhorar a comunicação das unidades com a população.

O desconhecimento dos recursos e do funcionamento do serviço do território por parte do usuário, geralmente leva a busca de serviços em unidades distantes gerando deslocamentos desnecessários que oneram o usuário e sobrecarregam as unidades de pronto atendimento ou hospitais. Estratégias simples como Carteira de Serviços e cartão de visitas podem minimizar estes problemas. (Meta 104)

Ouvidoria

A busca pelos serviços públicos do SUS se constitui não só em uma necessidade mais também em um direito do cidadão. No município, a gestão pública é colocada constantemente em desafio, uma vez que as demandas são crescentes e ao mesmo tempo complexas. Pensar em acolhimento é pensar também em garantir o acesso de maneira qualificada e humanizada que vá ao encontro de respostas desejáveis e satisfatórias ao usuário do sistema municipal de saúde, SUS municipal, ocorrendo em tempo oportuno.

O Ministério da Saúde, institui pelo Decreto nº 4.726, em 09 de Junho de 2003 a ouvidoria geral do SUS, parte integrante da Secretaria de Gestão Estratégia e Participação (SGEP). Tem como principal objetivo o diálogo com a população, ouvindo, disseminando informações, registrando e articulando a relação entre o gestor e a sociedade.

No município, a ouvidoria do SUS foi aprovada pelo COGERE em 2009 e implantada em 2010. Em sua sede, no prédio central da SMS, recebe diariamente, usuários que busca informações, orientações ou para fazerem sugestões, elogios, solicitações, reclamações ou denúncias.

Além disso faz o gerenciamento de processos abertos por usuários que tramitam em módulos virtuais de processos (MVP).

[Digite texto]

Os procedimentos a serem adotados em relação ao fluxo das demandas via sistema Ouvidor SUS e MVP ainda estão sendo definidos a fim de possibilitar a troca de informações entre os órgãos. O ouvidor SUS é um sistema informatizado elaborado pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, onde estão incluídas demandas como, cartão SUS, denúncias de mau uso de verbas públicas, de problemas sanitários e de acesso à ações e serviços de saúde.

O sistema de ouvidoria oportuniza o acompanhamento dos problemas enfrentados pelos usuários, bem como respondendo a cada demanda. Acaba sendo mais uma fonte de informação sobre a qualidade do SUS.

Na organização da estrutura da SMS, criou-se a Diretoria de Relacionamento com o Cidadão (DRC), com a finalidade de aprofundar o diálogo permanente com os munícipes. É responsável pela escuta das demandas do cidadão, a assistência das necessidades específica de auxílio, pela resposta às demandas da participação popular, pelo transporte social de pacientes com algum grau de dependência e pela confecção dos cartões saúde Canoas e SUS.

Constitui um dos mais importantes desafios para essa diretoria, os recursos humanos. Hoje o setor é composto por servidores de diferentes vínculos empregatícios, sendo os terceirizados com contrato a ser extinto em Março 2014. A insuficiência de oferta de atendimento e a dificuldade dos usuários para acessarem as estruturas do complexo sistema, em tempo oportuno tem sido a maior causa de reclamações.

Agrega-se a isto a falta de fluxo e de critérios claros nos procedimentos de agendamento de consultas e exames. A interferência externa de outros poderes no processo de agendamento. O represamento de demandas da média complexidade (consultas e exames especializados), é causa de descontentamento da população. (Meta 82)

Assistência das Necessidades Específica de Auxílio

Embora não estejam explicitamente definidos na LOA, os benefícios eventuais constituem, na história da política social moderna, a distribuição pública de provisões materiais ou financeiras a grupos específicos que não podem, com

[Digite texto]

recursos próprios, satisfazer suas necessidades básicas. Trata-se de um instrumento protetor diferenciado sob a responsabilidade do estado que, nos termos da LOAS, não tem um fim em si mesmo, posto que inscreve em um espectro mais amplo duradouro de proteção social do qual constitui a providência urgente.

O município disponibiliza aos seus cidadãos auxílios garantidos através da lei municipal 4916/2004, denominada lei da hipossuficiência, regulamentada pelo Decreto 833/2004. Para ter acesso a este serviço é necessário uma solicitação formal do usuário, através da abertura de processo na central de atendimento ao cidadão (CAC), onde deve constar a documentação do requerente e a comprovação da necessidade tanto social como de saúde.

O serviço social fará uma avaliação técnica, através da documentação e ou por visita domiciliar. Após avaliação técnica inclui-se ou não, o usuário no programa. Caso o benefício não seja concedido, o requerente é comunicado via telefone. O usuário incluso no programa é cadastrado para o recebimento da assistência solicitado e será comunicado a UBS de referência para acompanhamento do usuário.

O auxílio será concedido mensalmente, conforme agendamento prévio do serviço social, sem ser necessária a abertura de novo processo. O usuário deverá apresentar trimestralmente ao serviço social, um relatório médico, atualizando sua situação. O período de permanência no programa será de 1 ano. Depois de decorrido esse período, o usuário que ainda necessitar, deverá abrir um processo para reavaliação. Caso o usuário não necessite mais do auxílio, o familiar ou responsável, deverá comunicar ao serviço social.

Os auxílios concedidos podem ser medicamentos (quando não fizerem parte da REMUME), exames laboratoriais ou de RX não cobertos pela tabela SUS, próteses, órteses, tratamentos especializados, passagens, transporte para atendimento médico especializado, fraldas descartáveis e sondas.

Durante a formulação desse PMS, fruto da discussão entre os diferentes setores envolvidos no atendimento desses usuários especiais, verificou-se que a melhor alternativa é a descentralização do fornecimento dos insumos para as UBS ou farmácias regionais para facilitar o acesso e associar o fornecimento dos benefícios ao cuidado continuado. (Metas 62, 63 e 93)

[Digite texto]

Demandas da Participação Popular

Tendo por finalidade qualificar a prestação dos serviços do SUS, a DRC, apoia o cidadão orientando os fluxos e processos mais adequados para cada situação.

O acesso ao serviço da DRC pode ser por telefone, e-mail, módulo virtual de processo, presencialmente em horário comercial ou através de espaços constituídos especialmente para ouvir a população como o *prefeitura na rua, prefeito na estação*, plenárias de serviços ou audiências públicas.

Nesses momentos acontece o acolhimento das manifestações cidadãs, a disseminação de informações, a interlocução, a mediação entre órgãos públicos e a comunidade.

Transporte social de pacientes com algum grau de dependência

O serviço de transporte social integra a unidade de assistência ao cidadão e é acessado através da Central de Atendimento ao Cidadão (CAC). Trata-se de transporte clínico de baixa complexidade, para tratamentos de fisioterapia, radioterapia, hemodiálise, altas hospitalares, quimioterapia e consultas especializadas para pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção. A concessão do serviço obedece a critérios como necessidade social e de saúde e é prestado somente para moradores do município. Não é usado para remoções em urgências, somente mediante agendamento prévio. (Meta 92)

Confecção do Cartão Canoas Saúde e Cartão SUS

Em 2011, foi implantado o sistema informatizado para marcação de consultas, exames e procedimentos de saúde. Para tanto, o usuário deve possuir o cartão SUS e o cartão Saúde Canoas. A confecção de ambos os cartões estão sob a responsabilidade da DRC. (Meta 109)

[Digite texto]

Infraestrutura e Apoio Logístico

A SMS possui uma rede de serviços espalhados por todo o município. Tanto os prédios como os equipamentos, materiais permanentes e mobiliário são usados com muita intensidade por isso a depreciação é acelerada.

Insumos e medicamentos são itens que não podem faltar. Quando faltam ou são insuficientes em quantidade ou qualidade causam descontinuidade no atendimento, descontentamento nos usuários e estresse nos servidores.

O transporte suficiente e adequado também faz parte dessa engrenagem que não pode parar durante as vinte e quatro horas de todos os dias do ano. Sem falar nos recursos humanos que já foi amplamente examinado anteriormente.

Essa complexa estrutura tem que funcionar satisfatoriamente sob pena de comprometer o bom atendimento à saúde dos canoenses.

A organização dos serviços próprios municipais da saúde conta com uma estrutura existente de 57 equipamentos de saúde, destes 27 unidades básicas, uma unidade móvel de saúde, seis farmácias básicas e cinco Unidades de Pronto Atendimento.

O município conta com estrutura própria do Hospital Municipal de Pronto Socorro. A SMS conta com aproximadamente 40% dos prédios locados e os prédios próprios estão necessitando reformas.

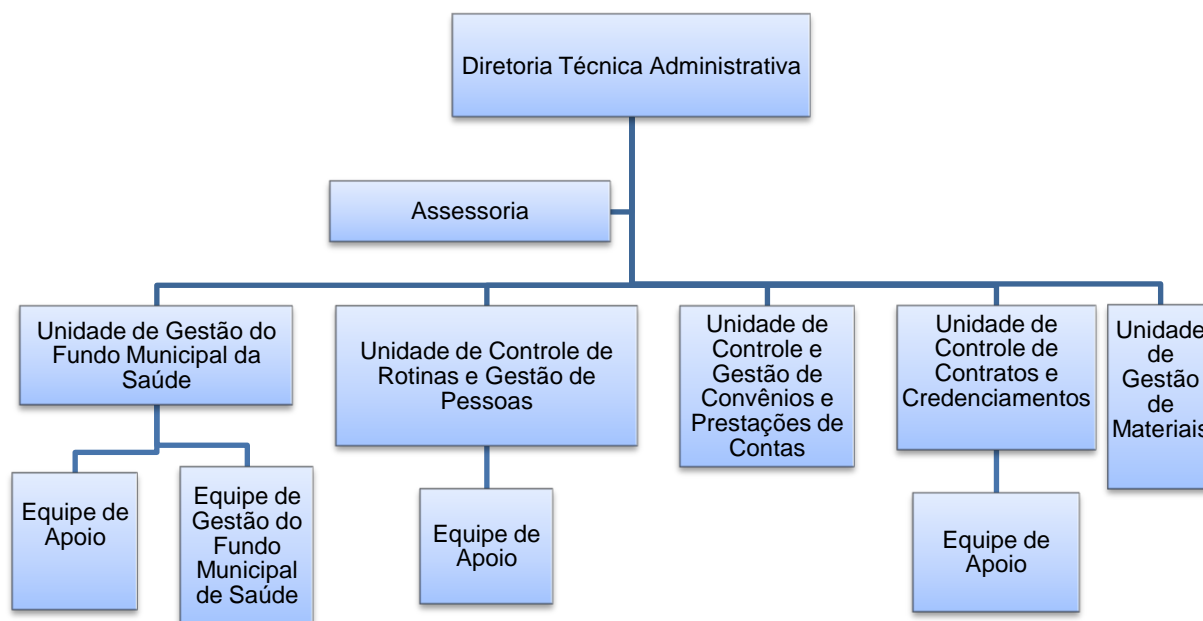
Estão em andamento às obras de construção de duas unidades básicas de saúde e outras cinco unidades em fase de contratação para construção. Outras quinze unidades estão cadastradas para receber reforma.

Além das unidades básicas o município conta com prédios para áreas de apoio como a Central de Distribuição/Almoxarifado, o prédio sede da Secretaria Municipal da Saúde e a capatazia da Saúde.

O controle de patrimônio da Secretaria Municipal da Saúde é realizado pela Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão.

No âmbito da SMS, a Diretoria Técnica Administrativa (DTA), é responsável por gerenciar esses aspectos para tanto está organizada nas seguintes unidades

Fig. 10 – Organograma do DTA, SMS, Canoas, RS



Fonte: DTA, SMS, Canoas, 2013

Compete à assessoria:

- Controle dos pontos dos funcionários do DTA
- Agendamento dos carros da SMS
- Controle e agendamento dos serviços da capatazia que é responsável pela manutenção predial. Verifica-se que esse setor não está conseguindo atender toda a demanda no tempo e com a qualidade esperada para que não haja prejuízo ao trabalho.

Unidade de Controle de Rotinas e Gestão de Pessoas (UCRGP)

- Manter o GS sempre informado dos tramites funcionais da SMS;
- Elo SMPG/DRH com SMS;
- Recebimento e controle da efetividade de toda SMS
- Controle dos Atestados e JMM dos funcionários SMS e devidos encaminhamento;
- Distribuição dos cartões ponto, Ticket rancho e contra cheques;

[Digite texto]

- Recebimento, análise e expedição de Memorando Virtual ou processo virtual, relativos aos funcionários da SMS;
- Elaboração de Memorandos Virtuais solicitando: férias, transferências, gratificações, desligamentos, horas extras, licenças;
- Cadastramento e atualização do dossiê dos funcionários da SMS;
- Encaminhamento dos estagiários remunerados aos locais de trabalho.
- Unidade de Gestão do Fundo Municipal da Saúde (UGFMS)
- Prestação de contas p/ União – SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) – período Bimestral publicado no link da PMC;
- Prestação de contas p/ Estado – MGS (Monitoramento da Gestão em Saúde) – período Quadrimestral;
- Elaboração de planilhas para apresentação no CMS (Conselho Municipal da Saúde) e apresentação na Câmara Municipal de Canoas – período Quadrimestral;
- Elaboração do Demonstrativo de Execução Orçamentária das Receitas e Despesas da SMS do Exercício anterior, o qual integra a Prestação de Contas do Município enviada ao TCE/RS – período Anual;
- Elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA);
- Elaboração de Relatórios Gerenciais (Receita e Custo);
- Indicação das Fontes de Recursos das Receitas recebidas do Estado e União enviadas pela SMF;
- Envio para o DPCO, do Saldo Positivo recebido da SMF e da contabilização dos avisos de créditos em seus elementos de despesa;
- Solicitação junto ao DPCO, a criação de Elementos de Despesa, suplementação e redução do Saldo Orçamentário, adiantamento de Receita e cancelamento de reserva. (Quadro de detalhamento da despesa – Execução orçamentária);
- Solicitação de abertura de Contas Bancária junto à SMF;
- Indicação de Dotações Orçamentárias;
- Análise de processos de pagamento de fatura de contratos e convênios:

[Digite texto]

1ª Etapa: Emissão de autorização de empenho (AE);

2ª Etapa: Envio do processo à SMF para empenho;

3ª Etapa: Conferência da nota de empenho e assinatura do ordenador de despesa;

4ª Etapa: Conferência da documentação exigida pelos contratos e convênios;

5ª Etapa: Análise financeira dos valores;

6ª Etapa: Envio do processo à SMF para pagamento.

Unidade de Controle de Contratos e Gestão de Convênios e Prestação de Contas (UCCGCPC)

- Plano de Aplicação (Elaboração de Plano de Aplicação dos Recursos fundo a fundo(Estado União), conforme Planejamento dos Departamentos e Plano Municipal de Saúde).
- Indicação de Compra (compatível com o planejamento – Plano de Aplicação e registro).
- Convênios com Estado e União (acompanhamento da execução do objeto conveniado, solicitação de prorrogação e reformulação).
- Relatório de Gestão (Anexo I – das ações, encaminhamentos aos departamentos, compilação das informações recebidas);
- Saldo Positivo/Aviso Créditos (encaminhamentos aos departamentos e registro para controle).
- Atestado de Pleno e Regular Funcionamento (elaboração e emissão do atestado).
- Atestado de Capacidade Técnica (elaboração e emissão do atestado).
- Termos de Seção de Uso (elaboração, encaminhamentos e prorrogação).
- Prorrogações Recursos Fundo a Fundo (Recursos do Fundo estadual de Saúde).
- Convênios com entidades (HNSG/HU/ULBRA).

Unidade de Gestão de Materiais (UGM)

- Recebimento das requisições internas.
- Análise da solicitação:
- Compras por Registro de Preço. Se não existir Registro de Preços encaminha-se para os Orçamentos, onde são coletados no mínimo 03 orçamentos válidos para se fazer a média de preços e solicitar a indicação da dotação orçamentária com o Financeiro.
- Confecção do PA e justificativa (devem ser assinados pela diretora DTA e pelo ordenador de despesas). Após o PA estar com as devidas assinaturas, é feita a digitalização de todos os documentos para abertura do processo virtual pelo MVP que é encaminhado à SMPG (Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão) para prosseguimento. Quando finalizado os trâmites externos o processo volta à UGFMS com os empenhos dos materiais, bens ou serviços. É feita a conferência da Autorização de Empenho e da Nota de Empenho para que sejam encaminhadas aos fornecedores. Os fornecedores entregam o material no local de entrega descrito no empenho (geralmente no depósito da saúde CDL – Central de Distribuição e Logística), localizado na Rua Boqueirão 1031, Igara. A Nota Fiscal é conferida pelo responsável em receber os materiais no depósito e posteriormente encaminhados à Unidade de Liquidação /SMF para ser anexada ao processo com seu respectivo empenho.
 1. Abre-se um processo físico para pagamento, anexando as Autorizações de Empenho (AES) e as Notas de Empenho (NES), e a Nota fiscal.
 2. A NF deverá ser assinada no verso: a certificação pelo funcionário responsável pelo trâmite do processo e o pague-se pelo Ordenador de despesas da SMS.
 3. O pagamento deve ser identificado como total ou parcial. Quanto total, esgota o valor da NE e o processo é finalizado e arquivado, quanto parcial a NE retorna para recebimento do restante dos materiais.
- Gerenciar o Centro de Distribuição Logística (CDL)

[Digite texto]

- Fazer controle de estoque do CDL

Unidade de Ordens Judiciais (UOJ)

- Recebimento dos mandados judiciais.
- Análise dos mandados para encaminhamentos:
- Parecer técnico da farmacêutica e consulta à administração de medicamentos (AME), no caso de medicamentos;
- Encaminhamento ao setor responsável pela marcação, no caso de consultas, exames, cirurgias, disponibilização de ambulância e aquisição de passagens.
- Encaminhamento para parecer da CMADAS (Comissão de avaliação das demandas judiciais de assistência à saúde).
- Encaminhamento à PGM (Procuradoria Geral do Município) após a juntada dos pareceres já citados e intranet informando o setor responsável no caso de marcação de consultas, cirurgias, exames e ambulância, para análise e manifestação.
- Recebimento do despacho da PGM orientando sobre os procedimentos a serem adotados:
 1. Se o despacho não for favorável à dispensação dos medicamentos, arquiva-se o processo até novas orientações.
 2. Se o despacho for favorável à dispensação dos medicamentos, inicia-se o processo de compra.
- Processo de compra:
 1. Verifica-se a disponibilidade dos medicamentos no Registro de Preços da PMC.
 2. Encaminha-se para orçamento (no mínimo 03) as medicações que não constem no RP.
 3. Apura-se o menor preço e encaminha-se para reserva de dotação orçamentária e posterior confecção do Pedido e Autorização (PA).
 4. Após aprovação do PA, é aberto o processo virtual para aquisição dos produtos.

[Digite texto]

5. Após a emissão do empenho, é acionado o fornecedor para entrega dos produtos. Os produtos são entregues na farmácia das ordens judiciais, conferidos e organizados, separados por paciente, para dispensação aos requerentes pela farmacêutica. A farmacêutica observa o armazenamento adequado dos produtos, confere a necessidade de receituário controlado, bem como presta orientação aos requerentes. Mantêm-se a tabela de controle, via sistema, de compra e entrega de produtos, atualizada sistematicamente, conforme a dispensação. Mantêm-se arquivo de todos os documentos inerentes ao processo judicial (mandado judicial, recibos de entrega, processos de compra), em meio físico, atualizado sistematicamente.

Assessoria de Expediente

- Recebimento de documentos oriundos da Prefeitura de Canoas, Poder Judiciário ou Policial
- Confecção de Ofícios e Memorandos
- Responsável pela numeração e elaboração de documentos oficiais da secretaria conforme Manual Oficial de Redação do Município
- Correspondências a serem postadas
- Encaminhar as demandas provenientes das Prefeituras na Rua, Audiência Pública e Prefeito na Estação.
- Encaminhar demandas de providências e informações da Câmara de Vereadores.

Unidade de Assessoria Técnica (UAT)

- Auditorias (Acompanhamentos, encaminhamentos e elaboração de relatórios das Auditorias – Estado, DENASUS/MS, MPF, CGU, CGM, TCU e outras).
- Publicações - Diário oficial e jornal local.
- Inscrições em cursos, diárias e passagens;

[Digite texto]

- Solicitação junto a SMF dos depósitos nas contas de adiantamento das diretorias;
- Controle das contas compulsórias: água, luz telefone e aluguéis da SMS
- PROJETOS (elaboração, análise, cadastramento e prestação de contas projetos SICONV e FNS).
- SISPACTO (pactuação dos indicadores de saúde do município, estadual e federal).

Unidade de Assessoria de Infra estrutura (informática)

- Manutenção e configuração dos equipamentos da SMS: Micros e impressoras
- Instalação de sistemas
- Suporte aos usuários da SMS
- Suporte ao sistema do Ministério da saúde
- Suporte ao Tele agendamento
- Controle do estoque dos materiais de informática

Transporte

A frota disponível é de 58 veículos, próprios e locados. A maioria composta por veículos tipo passeio e utilitários, além das ambulâncias, motos, camioneta, ônibus e caminhão.

A DTA dispõe de quatro veículos e um caminhão para atender a distribuição de materiais/medicamentos, bem como os deslocamentos para manutenção da rede de informática, para uso das diversas diretorias e para transporte do pessoal da capatazia. O Gabinete do Secretário conta como apoio de dois veículos.

Enfrenta-se grande dificuldade de manutenção e reposição de peças nos veículos próprios, em virtude da demora no trâmite para compra.

[Digite texto]

A Central de Ambulância e transporte social, com oito veículos próprios tipo ambulância e quatro vans locadas, está sob responsabilidade da DRC.

A DVS conta com três veículos próprios e oito locados para realização de suas atividades externas.

O SAMU possui 10 ambulâncias e duas motolâncias.

Objetivos, Diretrizes, Metas e Ações

O referencial teórico adotado pelo Ministério da Saúde considera que:

- Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados;
- As diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva – sob a forma de um enunciado síntese e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde;
- As metas são expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam ‘o que’, ‘para quem’ e ‘quando’. Precisam ter fórmula para cálculo de indicador definida e fonte de informação identificada.
- As ações que será o detalhamento (com prazos, responsáveis e recursos) de como serão atingidas as metas. Essas serão expressas na Programação Anual de Saúde (PAS), que será feita após a aprovação do Plano. Algumas ações que foram sugeridas durante o processo de elaboração do PMS já foram elencadas neste documento para que os propositores possam identificá-las.

Seguindo essa orientação, temos:

1º Objetivo: Promover a saúde e prevenir as doenças e agravos, proteger a população de exposições nocivas e riscos à saúde

1ª Diretriz – Reduzir riscos, exposições nocivas e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância em saúde, prevenção e controle de doenças transmissíveis e outros agravos, com o desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde

Meta 1 – Identificar 100% os estabelecimentos e estabelecer uma classificação conforme grau de complexidade à saúde.

Ações:

[Digite texto]

1. Normatizar em nível do município o ranqueamento dos estabelecimentos conforme risco sanitário;
2. Publicar a relação dos tipos de estabelecimentos conforme a classificação
3. Buscar as informações junto a outros setores da Prefeitura e fazer busca ativa dos clandestinos;
4. Efetuar licenciamento administrativo para os estabelecimentos de baixa complexidade (com baixo risco sanitário).

Meta 2 – Realizar pelo menos uma inspeção sanitária anual em 80% do total dos serviços e produtos de média complexidade.

Ação:

1. Buscar as informações junto a outros setores da Prefeitura e fazer busca ativa dos clandestinos, fiscalizando 100%.

Meta 3 – Realizar pelo menos uma inspeção sanitária anual em 100% do total dos serviços e produtos, licenciados, de alta complexidade.

Ação:

1. Buscar as informações junto a outros setores da Prefeitura e fazer busca ativa dos clandestinos, fiscalizando 100%.

Meta 4 – Atender 100%, denúncias e reclamações relacionadas a risco sanitário e sujeitos à legislação sanitária vigente em até 10 dias, priorizando os de maior o risco sanitário.

Ações:

1. Implantar sistema informatizado de controle dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária;
2. Estruturar o setor da infraestrutura necessária.

META 5 – Elaborar legislações sanitárias municipais específicas para as necessidades locais de regramento.

Ações:

1. Criar um grupo de trabalho para elaboração das legislações sanitárias específicas para as necessidades locais;

[Digite texto]

2. Manter infraestrutura adequada para execução dos trabalhos.

META 6 – Implantar a comissão de análise e julgamento do processo administrativo sanitário.

Ações:

1. Criar a comissão de análise e julgamento do processo administrativo sanitário através de Decreto Municipal, com servidores estatutários e com conhecimento pleno em legislação sanitária;
2. Manter os servidores permanentemente capacitados;
3. Criar infraestrutura adequada para operacionalização dos julgamentos dos processos;
4. Manter fluxo adequado de trâmite dos processos administrativos sanitário.

Meta 7 - Manter em zero o número de casos autóctones da dengue no município.

Ações:

1. Realizar quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue em 80% dos imóveis no município, conforme legislação do programa;
2. Realizar semanalmente ações de campo para o controle vetorial da dengue;
3. Reduzir o índice de pendências (imóveis fechados e recusados);
4. Realizar bloqueio e ou pesquisa vetorial especial em 100% dos casos notificados e confirmados de dengue;
5. Promover ações de educação em saúde na rede municipal de ensino, de 1ª a 4ª séries, das escolas de ensino fundamental do município;
6. Realizar ações educativas para a população em geral;
7. Confeccionar e distribuir materiais educativos para profissionais de saúde e população em geral;
8. Fornecer repelentes para as pessoas com suspeita de dengue;
9. Atualizar anualmente o plano de contingência da dengue;
10. Fornecer equipamentos de proteção individual para os agentes de endemias;
11. Readequar o número de agentes de endemias conforme legislação vigente;

[Digite texto]

12. Manter infraestrutura adequada para a execução dos trabalhos de controle da dengue.

Meta 8 – Manter e ampliar o programa de controle de leptospirose e roedores no município.

Ações:

1. Manter o monitoramento dos sítios de roedores já identificados e cadastrados;
2. Realizar o controle de roedores em casos de leptospirose humana notificados;
3. Realizar o controle de roedores em casos de leptospirose de animais notificados;
4. Realizar exame sorológico de cães e animais produção quando necessário em áreas de notificação de leptospirose;
5. Orientar permanentemente os trabalhadores em relação ao uso de produtos domissanitários, de EPI e de equipamentos de trabalho;
6. Manter equipe mínima para realizar as atividades do programa;
7. Manter infraestrutura adequada para a manutenção e efetivação do programa;
8. Reproduzir material informativo e de mídia de comunicação, objetivando informar a população a respeito do controle de roedores e a doença leptospirose;
9. Manter um banco de dados permanente e elaborar relatórios de produção e gerenciais do programa.

Meta 9 – Realizar o bloqueio vacinal para raiva animal em 100% dos casos positivos em conformidade com a orientação do Ministério da Saúde.

Meta 10 – Ranquear e certificar, com renovação anual, 100% dos serviços e produtos que atendem à legislação sanitária.

Ação:

1. Certificar todos os estabelecimentos que atendem à legislação sanitária e demonstrando atitudes de proteção à saúde.

[Digite texto]

Meta 11 – Notificar todos os agravos relacionados ao trabalho identificados nos serviços de saúde SUS.

Ação:

1. Elaborar linha de cuidado das doenças relacionadas ao trabalho prevalentes no município.

Meta 12 – Investigar 100% dos óbitos relacionados ao trabalho que porventura aconteçam no território do município.

Meta 13 – Reduzir os casos de incidência por doenças de veiculação hídrica no município (Principais doenças: Febre Tifoide, Febre Paratifoide, Shigeloses, Cólera, Hepatite A, Amebíase, Giardíase, Esquistossomose, Ascaridíase, leptospirose, diarreia).

Ações:

1. Coletar e analisar 100% amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de coliformes totais, cloro residual livre e turbidez;
2. Realizar a vigilância da qualidade da água para consumo humano (tratada ou não), para identificar os potenciais riscos à saúde relacionados e impedir o consumo de água fora dos padrões de potabilidade exigidos pela legislação vigente (SISÁGUA);
3. Cadastro das fontes de água, água mineral, poços, cisternas, entre outros de onde a população pode ingerir a água sem tratamento;
4. Identificar e comunicar ao órgão competente situações de esgoto a céu aberto, valas de drenagem com esgoto, incluir essa atividade na rotina de trabalho dos ACS;
5. Vacinar as populações expostas ao risco de Hepatite A;
6. Notificar todo caso de doença diarréica aguda (MDDA), nas unidades sentinelas (hoje são: toda as UPA, União e Cerne), possibilitando assim o conhecimento em tempo hábil da ocorrência de surto e tomada de decisão;
7. Definir duas unidades básicas sentinelas por quadrante, em áreas estratégicas em relação à exposição incluindo as unidades que atendem as seguintes áreas: Rua Berto Círio, Rua da Barca, Prainha de Paquetá;

[Digite texto]

8. Implantar ações de fiscalização das caixas d'água;

Meta 14 – Reduzir para zero o número de óbitos por influenza no município

Ações:

1. Implantar e alimentar o programa SISVET-GRIPAL nas unidades sentinelas;
2. Ampliar o acesso em tempo oportuno a medicamentos antiviral;
3. Manter ações de comunicação visando à prevenção;
4. Criar comitê técnico da influenza;
5. Manter informativo epidemiológico semanal;
6. Realizar coletas semanais de material de nasofaringe para pesquisa do vírus da influenza nas Unidades Sentinelas (UPA 24hs, HU e HNSG);
7. Implementar as 03 unidades sentinelas para coleta de material de nasofaringe para pesquisa do vírus da influenza;
8. Coletar amostras semanais em UPA 24h;
9. Coletar amostras de material de nasofaringe para pesquisa do vírus da influenza nos hospitais Nossa Senhora das Graças e Universitário Mãe de Deus, em todos os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave.

Meta 15 – Reduzir em 5% a taxa anual de incidência de desnutrição em crianças até 5 anos.

Ações:

1. Implantar no município a estratégia Amamenta Alimenta Brasil;
2. Implantar o SISVAN pelo sistema informatizado em todas as unidades de saúde;
3. Ampliar o programa de risco nutricional, direcionando para a nutrição da criança através de suplementação;
4. Grupos de gestantes que abordem sobre peso e obesidade – nutrição alimentação;
5. Criar um banco de leite humano.

Meta 16 – Reduzir a taxa de mortalidade prematura de idosos (menor de 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer,

[Digite texto]

diabetes e doenças respiratórias crônicas) em 2% ao ano (de 4,12/1.000 para 3,8/1.000), com o recorte raça/sexo/cor/etnia.

Ações:

1. Implantar e implementar o plano de controle das doenças crônicas e dos agravos não transmissíveis, em 100% dos serviços de saúde;
2. Construir e implementar ações intersetoriais envolvendo a comunidade que incidam sobre os fatores condicionantes e determinantes para DCNT (relativas à alimentação saudável, incluindo as cantinas escolares, exercícios físicos, combate ao tabagismo, diminuição da poluição ambiental e o estresse urbano, entre outras possibilidades);
3. Realizar e divulgar anualmente a análise de situação das doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias e neoplasias), no município;
4. Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa;
5. Estimular o envelhecimento ativo e fortalecer as ações de prevenção;
6. Incluir o tema envelhecimento saudável respeito à pessoa idosa no PSE;
7. Envolver a família, a comunidade no processo do cuidado da pessoa idosa;
8. Confecção e distribuição da cartilha da pessoa idosa;
9. Implantar o programa Envelhecer com Saúde e melhor idade;
10. Expandir o programa do controle de tabagismo, incluindo as UBS.

Meta 17 – Reduzir em 2% ao ano o número de internações hospitalares de pessoas com mais de 60 anos por quedas/fratura de fêmur com recorte raça/sexo/cor/etnia.

Ações:

1. Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa;
2. Estimular o envelhecimento ativo e fortalecer as ações de promoção e prevenção;
3. Implantar o programa de calçadas saudáveis;
4. Implantar a avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa nas UBS e ESF;
5. Capacitar os profissionais da saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa sobre iatrogenias, riscos em todos os níveis de atenção;

[Digite texto]

Meta 18 – Aumentar a cobertura vacinal do calendário básico de 80% para 95%.

Ações:

1. Informatizar e manter funcionando o SI-PNI em todas as salas de vacina;
2. Preparar as equipes para informar todas as doses de imunobiológicos aplicadas diretamente no sistema;
3. Acompanhar os indicadores por vacina desencadeando ações de acordo com as necessidades;
4. Investigar oportunamente todos os surtos de doenças transmissíveis e imunopreveníveis;
5. Manter o monitoramento dos serviços públicos de vacinação (sala de vacina) quanto às boas práticas de vacinação;
6. Manter a fiscalização nas clínicas privadas de vacinas quanto ao atendimento da legislação sanitária;
7. Manter as equipes de saúde atualizadas em relação ao calendário vacinal e boas práticas em vacinação e rede de frio;
8. Divulgar a importância das vacinas na comunidade, pelos veículos de comunicação;
9. Manter e qualificar a busca ativa de crianças com vacinas atrasadas de acordo com o calendário vacinal básico;

Meta 19 – Aumentar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera de 85% para 95% de pacientes que iniciarem tratamento com equidade raça/cor/sexo/etnia.

Ações:

1. Disponibilizar cultura nas amostras de escarro dos pacientes com HIV-AIDS e casos novos e retratamento de tuberculose pulmonar;
2. Organizar linha do cuidado da tuberculose atribuindo responsabilidades para todos os serviços de saúde SUS;
3. Ampliar coleta do escarro para todas as UBS;
4. Ampliar coleta do escarro para todos os serviços de saúde.

[Digite texto]

Meta 20 – Aumentar em 10% ao ano a taxa de cura de tuberculose, em pacientes coinfectados atendidos no município. Em 2012 é de 53,03%.

Ações:

1. Realizar consultas de apoio individuais e ou em grupo estimulando a adesão do tratamento;
2. Ofertar tratamento diretamente observado – TDO – nos casos de Tuberculose Pulmonar (novos e retratamento) em todas as UBS.

Meta 21 – Reduzir o abandono de tratamento da Tuberculose de 11% dos casos novos bacilíferos para 5%.

Ações:

1. Ofertar tratamento diretamente observado – TDO – nos casos de tuberculose pulmonar (novos e retratamento), em todos os serviços de saúde ou em todas as unidades básicas de saúde;
2. Implantar sistema de alerta e desencadear busca ativa quando o paciente não retornar ao tratamento ou para buscar os medicamentos.

Meta 22 – Manter a realização de exame anti-HIV nos casos novos de tuberculose para 100%.

Ações:

1. Disponibilizar o teste rápido para HIV em todas as UBS, hospitais e serviço de tisiologia;
2. Criar um dispositivo legal obrigando a utilização do teste rápido como primeira etapa do diagnóstico.

Meta 23 – Reduzir a taxa de óbito por tuberculose em coinfectado HIV de 19,7% em 2012 para 15%, com equidade raça/cor/etnia/sexo.

Ações:

1. Disponibilizar exame cultural de escarro dos pacientes com HIV-AIDS e casos novos e retratamento de tuberculose pulmonar;
2. Disponibilizar suporte nutricional ao paciente com Tb, no ambulatório de tisiologia, evitando deslocamento e facilitando o acesso e acompanhamento dos usuários;

[Digite texto]

3. Fazer o atendimento destes pacientes junto ao SAE.

Meta 24 – Investigar 100% dos óbitos por causa mal definida conforme manual para Investigação do Óbito por Causa Mal definida do Ministério da Saúde.

Meta 25 – Manter em 100% o encerramento em até 60 dias, a contar do dia da notificação, os casos de notificação compulsória imediata (DNCI).

Ações:

1. Manter atualizadas as informações no sistema nacional de agravos de notificação (SINAN), os agravos de notificação compulsória, observando o prazo de encerramento previsto pelo Ministério da Saúde;
2. Investigar e encerrar oportunamente os casos de doenças transmissíveis de acordo com o prazo de encerramento para cada agravo registrado no SINAN;
3. Desenvolver ações de vigilância epidemiológica nas emergências hospitalares e pronto atendimentos objetivando medidas de controle e preventivas imediatas.

Meta 26 – Aumentar a realização de testes sorológicos anti-hcv em +10% ao ano (em 2012 foram 6.996).

Ações:

1. Incentivar a testagem para diagnóstico precoce;
2. Capacitar os profissionais da saúde que atuam em serviços municipais de assistência;
3. Desenvolver estratégias de ampliação de oferta para diagnóstico para hepatite C, através de reprodução de material informativo: cartazes, flyers, faixas entre outros, para o desenvolvimento de campanhas informativas;
4. Implantar e implementar o centro de aplicação e monitorização em medicações injetáveis (CAMMI).

Meta 27 – Manter a cura da em 100% dos novos casos de hanseníase diagnosticados no período dois anos de tratamento e encerramento do caso no SINAN.

Ações:

[Digite texto]

1. Ofertar tratamento poliquimioterápico supervisionando a dose mensal e monitorando a dose autoadministrada;
2. Capacitar as equipes para a detecção precoce e tratamento adequado e oportuno dos casos identificados;
3. Manter atualizado o SINAN/Hanseníase, informando permanentemente as equipes de saúde e a comunidade sobre a situação;
4. Examinar 100% dos contatos de casos novos de hanseníase.

Meta 28 – Investigar 100% das notificações de surtos de doenças de transmissão alimentar notificadas, de acordo com as orientações do MS.

Meta 29 – Realizar avaliação antropométrica anual de 22,9 % para 100% dos alunos das escolas públicas do ensino infantil, fundamental e médio.

Ação:

1. Ampliar PSE para todas as escolas públicas.

Meta 30 – Realizar avaliação antropométrica anual em 100% dos alunos jovens e adultos (EJA), das escolas públicas.

Meta 31 – Realizar triagem da acuidade visual de 22,9% em 100% dos alunos da pré-escola até o ensino fundamental das escolas públicas onde possui PSE.

Meta 32 – Realizar triagem da acuidade visual em 100% dos alunos jovens e adultos (EJA) das escolas públicas.

Meta 33 – Aumentar a razão de CP em mulheres de 25 a 64 anos, a cada 3 anos, de 0,40 para 0,75.

Ações:

1. Incluir a exigência nos serviços privados de alimentação do sistema;
2. Ampliar o acesso aos exames preventivos de câncer de colo;
3. Encaminhar SMS a todas as mulheres da faixa etária lembrete para a realização do CP;
4. Busca ativa das identificadas como faltosas nos territórios que tem ESF;

[Digite texto]

5. Incluir coleta de CP como rotina das consultas médicas e de enfermagem de rotina nas UBS e na Saúde da Mulher;
6. Oferecer a testagem rápida para HIV-Sífilis na rotina da unidade;
7. Ampliar horário de atendimento para além do horário comercial em serviços estratégicos;
8. Divulgar e sensibilizar as mulheres em todas as oportunidades para a necessidade de fazer o CP;
9. Participar de iniciativas intersetoriais que contribuam para o aumento da sensibilização para a realização do CP;
10. Enviar mensagem via telefone ou outro tipo de alerta às mulheres do grupo etário prioritário, pelo menos uma vez por ano, sobre a necessidade de realizar o exame, escalonando no calendário para não haver sobrecarga no sistema (no mês do aniversário da mulher, por exemplo).

Meta 34 – Realizar o seguimento (acompanhar e tratar) de 100% das mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau e câncer do colo de útero.

Ação:

1. Definir fluxo e responsabilidades para o seguimento dos casos.

Meta 35 – Aumentar a razão de mamografia em mulheres a partir de 40 anos, a cada ano, de 0,1 (2012) para 0,75 de 40 anos.

Meta 36 – Aumentar a razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos, de 0,27(2012) para 0,35 (meta Brasil).

Ações:

1. Disponibilizar exames de acordo com a estimativa de necessidades;
2. Incluir a solicitação do exame na rotina da atenção à saúde da mulher em todas as UBS;
3. Enviar mensagem via telefone ou outro tipo de alerta às mulheres do grupo etário prioritário, pelo menos uma vez por ano, sobre a necessidade de realizar o exame, escalonando no calendário para não haver sobrecarga no sistema (no mês do aniversário da mulher, por exemplo).

[Digite texto]

Meta 37 – Disponibilizar exames complementares para 100% das mulheres com mamografias alteradas.

Ações:

1. Definir linha do cuidado e fluxos;
2. Inserção de todos os procedimentos no sistema informatizado;
3. Incluir o exame clínico de mamas na consulta médica e de enfermagem.

Meta 38 – Erradicar a ocorrência de sífilis congênita (43 NV em 2012).

Ações:

1. Ofertar testagem rápida para sífilis a 100% das gestantes que realizam pré-natal no município;
2. Detectar e tratar precocemente à sífilis na gestante e parceiro(s) sexual, no pré-natal;
3. Acompanhar da criança conforme protocolos do MS;
4. Realizar dois testes para detecção de sífilis na gestação (1º e 3º trimestre);
5. Aumentar a testagem de sífilis durante o período gestacional;
6. Incluir no sis prenatal no sistema informatizado;
7. Adequar o registros dos código no BPA.

Meta 39 – Erradicar a transmissão vertical do HIV (transmissão do vírus da AIDS durante a gestação, de mãe para filho).

Ações:

1. Ampliar a oferta da testagem rápida de HIV/Sífilis para todos os serviços de saúde municipais;
2. Indicar a testagem rápida para HIV a 100% das gestantes que realizam pré-natal no município visando à detecção e tratamento, durante o pré-natal;
3. Ofertar tratamento especializado para as gestantes HIV+;
4. Disponibilizar na maternidade o tratamento com AZT injetável para a gestante e AZT xarope para o RN;
5. Facilitar o acesso da gestante e RN para continuidade do tratamento no SAE.

[Digite texto]

Meta 40 – Diminuir os casos novos de AIDS em crianças com menos de 5 anos em 10% ao ano (Em 2012 foi 1 caso).

Ações:

1. Ofertar teste rápido para HIV no pré-natal em 100% das gestantes;
2. Sensibilizar os profissionais para a notificação da infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas;
3. Facilitar o acesso da gestante para o tratamento, descentralizando o pré-natal das gestantes HIV+;
4. Preparar as equipes para acompanhar as crianças através de protocolos assistenciais;
5. Descentralizar a entrega de fórmula infantil no primeiro ano de vida (leites especiais) para as farmácias, facilitando o acesso e que chegue ao paciente até no máximo 15 dias.

Meta 41 – Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos de 63,56/100.000 para 55/100.000 habitantes, com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo.

Ações:

1. Manter quimioprofilaxia nas emergências (UPA e hospitais) para os casos de violência sexual e acidentes;
2. Incentivar o paciente na adesão ao tratamento;
3. Manter o horário de atendimento do SAE e dispensação de medicação antiretroviral até às 22h, facilitando acesso aos trabalhadores;
4. Descentralizar o acompanhamento do paciente HIV+, sem AIDS, para as Unidades Básicas de Saúde, facilitando o acesso aos exames laboratoriais periódicos previsto no protocolo do Ministério da Saúde;
5. Disponibilizar medicação contra infecções oportunistas para os pacientes com AIDS
6. Capacitar as UPAS e a rede hospitalar para o atendimento do paciente com AIDS e com intercorrências clínicas;
7. Intensificar as ações intersetoriais de prevenção

Meta 42 – Diminuir o percentual de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200cel/mm³ em -10% ao ano (Pacientes com maior risco de agravar a doença)

[Digite texto]

Ações:

1. Incentivar o paciente na Adesão ao tratamento;
2. Ofertar aconselhamento e testagem rápida para HIV nas Unidades Básicas de Saúde e CTA;
3. Manter o horário de atendimento do SAE e dispensação de medicamentos antirretrovirais até às 22h, como medida para facilitar o acesso.

Meta 43 – Reduzir a mortalidade geral por AIDS de 22,35/100.000 para 20/100.000 habitantes com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo.

Ações:

1. Incentivar o paciente na adesão ao tratamento;
2. Manter o horário de atendimento do SAE e dispensação de medicação antiretroviral até às 22h, facilitando acesso aos trabalhadores;
3. Descentralizar o acompanhamento do paciente HIV+, sem AIDS, para as Unidades Básicas de Saúde, facilitando o acesso aos exames laboratoriais periódicos previstos no protocolo do Ministério da Saúde;
4. Disponibilizar medicação contra infecções oportunistas para os pacientes com AIDS;
5. Capacitar as UPAS e a rede hospitalar para o atendimento do paciente com AIDS e com intercorrências clínicas;
6. Incluir a testagem do HIV-Sífilis e Hepatites no cuidado da pessoa idosa.

Meta 44 – Implantar, no âmbito da saúde, um comitê de prevenção de acidentes e violências e redução de danos ocasionados por esses agravos.

Ações:

1. Constituir um observatório ativo (ver definição) de agravos causados por acidentes e violências atendidos na rede de saúde SUS;
2. Identificar tipos de acidentes e violências por prevalência e gravidade, atendidos na rede de serviços SUS;
3. Identificar e registrar a localização dos eventos na cidade (onde e como ocorrem os acidentes);
4. Analisar 100% os acidentes ocorridos nos serviços da rede SUS;

[Digite texto]

5. Identificar os grupos mais vulneráveis associando aos tipos e localização dos eventos;
6. Manter o SINAN atualizado com os casos de acidentes e violências atendidos na rede SUS;
7. Emitir instantaneamente informações aos responsáveis por intervir nas causas/fontes os atendimentos de traumatismos na rede SUS;
8. Emitir informações consolidadas sobre o fenômeno da violência na cidade identificando grupos mais vulneráveis, visando sensibilizar a comunidade;
9. Colaborar com as ações de EP e na organização de eventos relativos ao tema;
10. Colaborar com mapa georreferenciado, repassando as informações sobre agravos causados por violências para os responsáveis pela atualização do mesmo;
11. Propor e contribuir para a elaboração do mapa georreferenciado da rede municipal de proteção às vítimas de violências (mapa de proteção);
12. Comunicar os casos notificados aos setores responsáveis por intervir nas causas/fontes de violência quebrando os ciclos repetitivos.

Meta 45 – Implantar a linha de cuidado da criança, adolescentes, mulheres e idosos vítimas de violência em toda a rede SUS, no município.

Ações:

1. Preparar os profissionais de saúde para o adequado acolhimento, tratamento e notificação dos casos identificados (RINAV);
2. Disponibilizar quimioprofilaxia e prevenção de gravidez indesejada em casos de violência sexual na rede de saúde SUS.

Meta 46 – Aumentar as ações educativas em saúde bucal incluindo a escovação supervisionada em alunos do 1º e 8º ano do ensino fundamental, das escolas públicas das áreas de abrangência das Unidades de Saúde para 90%.

Ação:

1. Implantar a avaliação da saúde bucal em idosos e pessoas com deficiência, como prioridade.

[Digite texto]

Meta 47 – Aumentar a escovação supervisionada na população em geral de 1,2% para 3,5%.

Ações:

1. Aumentar o número de grupos de SB;
2. Adequar à área física com a inclusão de escovódromos;
3. Acrescentar entre as ações em saúde bucal o cuidado com as próteses dentárias, em especial das pessoas idosas e as deficientes;
4. Fornecer escovas de dente para os alunos das escolas públicas municipais.

Meta 48 – Diminuir a proporção de exodontias em relação ao número total de procedimentos odontológicos de 3,2% para no máximo 2,8%.

Ações:

1. Incluir no cuidado em saúde da pessoa idosa exame visando o diagnóstico precoce do câncer bucal;
2. Incluir os idosos das instituições de longa permanência na atenção à saúde bucal realizada pela equipe do território.

Meta 49 – Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 7,15 para 7 por mil nascidos vivos.

Meta 50 – Reduzir em 5% a taxa anual de incidência de baixo peso ao nascer.

Meta 51 – Reduzir a taxa de mortalidade materna de 115 (em 2012) para 35 por 100.000 NV.

Meta 52 – Investigar 100% os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF).

Meta 53 – Investigar 100% os óbitos maternos.

Ações:

1. Manter ativos o comitê de mortalidade maternal;
2. Incluir a participação das coordenações das unidades básicas na análise dos óbitos que ocorreram em seus territórios;
3. Publicar os resultados a cada semestre nos boletim epidemiológico.

[Digite texto]

Meta 54 – Reduzir a taxa em 1% ao ano da ocorrência de gravidez na adolescência (em 2012 foi de 13,5).

Meta 55 – Investigar 100% os óbitos fetal e infantil.

Ações:

1. Manter ativos o comitê de mortalidade infantil;
2. Incluir a participação das coordenações das unidades básicas na análise dos óbitos que ocorreram em seus territórios;
3. Publicar os resultados a cada semestre nos Boletim Epidemiológico.

Meta 56 – Realizar triagem auditiva (Teste da Orelhinha), em 100% dos nascidos vivos no município.

Meta 57 – Oferecer os exames de seguimento para 100% das crianças que tiverem alterações na triagem auditiva (Teste da Orelhinha)

Ações:

1. Definir fluxo de informações;
2. Incluir no sistema informatizado - prontuário da criança – campo para registrar a informação;
3. Elaborar e adotar a linha de cuidado para os que apresentarem falha.

Meta 58 – Realizar Teste do Olhinho em 100% dos nascidos vivos no município.

Meta 59 – Realizar o teste do pezinho em 90% dos nascidos vivos atendidos na rede SUS, no município, em até 5 dias.

Ações:

1. Criar agenda de teste do pezinho no Sistema em todas as UBS;
2. Revisar e adequar a logística para transporte das amostras;
3. Articular o fluxo de retorno do binômio mãe/bebê para a rede de canoas, dos nascidos em maternidades de Porto Alegre.

[Digite texto]

Meta 60 – Aumentar para 100% a cobertura pelas ações do PIM para crianças até 3 anos de idade das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Ação:

1. Prover o PIM de recursos humanos suficientes e adequados que assegurem a qualidade e continuidade de suas ações.

Meta 61 – Acompanhar as condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família.

Ações:

1. Descentralizar o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família inclusive o acesso ao Portal do Bolsa Família e alimentação do sistema nas UBS (através do sistema informatizado);
2. Programas a busca ativa das famílias do programa que não estejam comparecendo aos serviços de saúde para avaliação;
3. Identificar famílias que atendem critérios para inclusão no Programa Bolsa Família e encaminhar para inclusão;
4. Incluir no cadastro da saúde a informação de que a pessoa é beneficiária do Programa Bolsa Família.

2º Objetivo: Qualificar o acesso universal a ações e serviços no Sistema Único de Saúde.

2ª Diretriz – Fortalecer e ampliar a atenção básica em saúde.

Meta 62 – Aumentar a cobertura da população por equipes da Atenção Básica de 60% para 75%.

Ações:

1. Expandir cobertura de ESF nos quadrantes Sudeste e Nordeste de zero para 75%;
2. Completar as atuais equipes de ESF e manter completas;
3. Meta - Aumentar a taxa de cobertura de primeiras consultas odontológicas de 5,9 para 10% da população em geral;

[Digite texto]

4. Incluir fornecimento de próteses dentárias como parte da assistência em saúde bucal;
5. Criar NASF na proporção de um para cada 9 equipes de saúde da família;
6. Ação de construção de unidade a cada 2.000 unidades residenciais.

Meta 63 – Implantar fluxos visando à ampliação do acesso na APS.

Ações:

1. Ampliar o horário de atendimento nas unidades;
2. Ampliar a oferta de consultas médicas na atenção básica;
3. Ampliar a capacidade de atendimento do programa saúde em casa para 100% dos pacientes acamados;
4. Criação do cadastro provisório ao canoas saúde.

Meta 64 – Agregar novas tecnologias em saúde que permitam aumentar o monitoramento de agravos crônicos, vulnerabilidades específicas e o diagnóstico precoce de doenças, aumentando a capacidade resolutiva da rede de atenção básica, em 100% dos serviços públicos.

Ações:

1. Informatizar as UBS;
2. Criar protocolos para solicitação de exames com acesso pela atenção básica, de acordo com as evidências científicas incorporando o conceito da prevenção quaternária;
3. Agregar equipamentos e tecnologias para diagnóstico precoce na APS.

Meta 65 – Diminuir as internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) de 30% para 25%.

Meta 66 – Aumentar a taxa de gestantes com pelo menos 7 consultas de pré-natal de 58,19% (2012) para 70%.

Ações:

1. Implantar o Programa Nascer Canoas em todos os serviços de saúde;
2. Identificar na carteira de gestantes a presença da doença falciforme.

[Digite texto]

Meta 67 – Aumentar a cobertura de primeiras consultas odontológicas em gestantes, nas equipes ESF que possuem ESB de 8,7 para 100%.

Ações:

1. Incluir a consulta odontológica como parte do cuidado pré-natal;
2. Monitorar as informações;
3. Promover EP para as equipes;
4. Incluir orientações sobre saúde bucal da gestante e do RN e triagem odontológica nos grupos, como parte do cuidado integral em saúde;
5. Aumentar a cobertura de atenção á saúde bucal de gestantes nas equipes que possuem ESB.

Meta 68 – Ofertar consultas para acompanhamento de recém-nascido para 70% dos NV no município, entre o 3º e 5º dia de vida.

Ações:

1. Manter agenda nas UBS acessível ao HU para agendamento da consulta de retorno da mãe e do RN;
2. Monitorar alta de RN do HU;
3. Monitorar agenda pelo sistema informatizado;
4. Busca ativa dos faltosos.

Meta 69 – Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo até 4 meses de vida de 75% (2012) para 90% (indicador da ESF).

Ações:

1. Implantar no município a estratégia Amamenta Alimenta Brasil;
2. Monitorar as ações junto ao alojamento conjunto do HU em relação ao incentivo ao aleitamento materno;
3. Criar critérios para o fornecimento de fórmulas infantis;
4. Visitar 100% das gestantes e puérperas;
5. Manter agenda das UBS acessível ao HU para agendamento da consulta de retorno da mãe e do RN;
6. Monitorar alta de RN do HU;
7. Monitorar agenda pelo sistema informatizado;
8. Busca ativa dos faltosos.

[Digite texto]

Meta 70 – Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida de 47% para 70% (indicador das UBS).

Ações:

1. Implantar no município a estratégia Amamenta Alimenta Brasil;
2. Monitorar as ações junto ao alojamento conjunto do HU em relação ao incentivo ao aleitamento materno;
3. Criar critérios para o fornecimento de fórmulas infantis;
4. Manter agenda das UBS acessível ao HU para agendamento da consulta de retorno da mãe e do RN;
5. Monitorar alta de RN do HU;
6. Monitorar agenda pelo sistema informatizado;
7. Busca ativa dos faltosos.

Meta 71 – Ampliar e qualificar as ações de planejamento familiar em todas as UBS e no Centro de Referência da Saúde da Mulher.

Ações:

1. Qualificar as equipes;
2. Utilizar o matriciamento como ferramenta de apoio às equipes;
3. Disponibilizar os métodos contraceptivos nas UBS.

Meta 72 – Realizar atendimento integral de atenção à saúde para 100% da população privada de liberdade.

Ação:

1. Atender à saúde dos apenados do presídio semiaberto na rede pública.

Meta 73 – Implantar o plano de atenção à saúde da pessoa com deficiência no município.

Ações:

1. Incluir no cadastro (cartão saúde) a obrigatoriedade do registro de informação sobre a presença de deficiência conforme critérios de necessidades em saúde e não conforme a autodeclaração;
2. Incorporar o conceito de acessibilidade em todos os prédios de saúde;

[Digite texto]

3. Qualificar os profissionais da saúde para o atendimento a pessoas com deficiência;
4. Criar um grupo de inclusão, desde a internação até a alta, apoiando a família, envolvendo as entidades e o serviço público.

Meta 74 – Aumentar a taxa de consultas de homens de 20 a 59 anos nos serviços de saúde de 35% acrescentando 10% ao ano.

Ações:

1. Implantar a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem (PMAISH);
2. Qualificar serviços de saúde para o atendimento dos agravos específicos do sexo masculino;
3. Implantar protocolos de diagnóstico precoce do câncer de próstata;
4. Estabelecer fluxo do cuidado do diagnóstico de câncer conforme a lei;
5. Estabelecer fluxo para tratamento de doenças de maior prevalência no sexo masculino (DST, alcoolismo, tabagismo e outras drogas, doenças mentais, tuberculose, DPOC, Cardiovasculares, HAS, doenças do trabalho);
6. Implantar horários de atendimento estendido (após as 17h) nas UBS, conforme necessidades sociais em saúde com ações direcionadas aos homens;
7. Implantar agenda de consulta de enfermagem do homem;
8. Utilizar os indicadores referentes à população masculina existente, para monitorar os o impacto das ações de saúde;
9. Incentivar junto à rede educacional municipal ações educativas que visem à saúde do homem;
10. Promover a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da política de saúde do homem;
11. Promover ações de educação em saúde para os homens adolescentes e adultos, em locais com grande concentração de homens (locais de trabalho, de lazer, escolas, em eventos culturais, entre outros, indo ao encontro desse público);
12. Incentivar as ações em saúde bucal para atenção da população masculina;

[Digite texto]

13. Avaliar e monitorar os atendimentos realizados junto aos serviços de emergência.

Meta 75 – Implantar no município práticas integrativas e complementares de acordo com a política nacional – PMPIC.

Meta 76 – Realizar atendimento integral à saúde população negra atendendo suas especificidades.

Ações:

1. Incluir a obrigatoriedade do registro o quesito raça/cor/etnia em todos os documentos cadastrais da saúde;
2. Preparar os profissionais da rede de saúde do SUS para a identificação e atenção à doença falciforme;
3. Realizar busca ativa e mapeamento das pessoas portadoras da doença falciforme;
4. Incluir nas unidades básicas um programa de atenção à doença falciforme seguindo protocolos estabelecidos;
5. Definir referencia para atenção especializada aos portadores da doença falciforme;
6. Preparar os serviços de urgência e emergência da cidade para atendimento para os casos de agudização de doença falciforme;
7. Elencar e disponibilizar medicamentos necessários para portadores de doença falciforme.

Meta 77 – Implantar a atenção integral à saúde da população de rua.

Ações:

1. Criar um consultório na rua conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
2. Atender a população de rua nos territórios das UBS incentivando o vínculo;
3. Articular as ações intersetoriais para potencializar as ações de saúde e proteção;
4. Fazer um diagnóstico epidemiológico da população de rua.

[Digite texto]

3ª Diretriz - Ampliação do acesso e aperfeiçoamento da assistência ambulatorial especializada, do transporte social, das urgências e atenção hospitalar.

Meta 78 – Expandir de 1,23 para 1,54 e qualificar a rede de atenção psicossocial (CAPS) (para reduzir as necessidades de internações hospitalares).

Ações

1. Qualificar um CAPS ad II (Travessia) para CAPS ad III (24 horas);
2. Habilitar um CAPS III (Rio Branco) e habilitar um CAPS ad III (Nordeste);
3. Implantar uma unidade de acolhimento infanto-juvenil (UAI) para usuários de álcool e drogas de 12 a 18 anos;
4. Estimular a participação das famílias no tratamento dos pacientes.

Meta 79 – Contratualizar leitos em saúde mental, em hospital geral no município, para crianças na proporção de 1 leito saúde mental para cada 10 leitos pediátricos geral.

Meta 80 – Contratualizar 3 leitos em saúde mental em hospital geral no município para adolescentes.

Meta 81 – Estabelecer atendimento pré-hospitalar móvel para pacientes de saúde mental em crise.

Ação:

1. Estabelecer protocolo de assistência de pacientes em crise de agitação psicomotora.

Meta 82 – Reduzir o tempo de espera para consulta eletiva com especialistas para um período não superior a 90 dias, a partir da solicitação.

Ações:

1. Aumentar a disponibilidade de oferta de fonoaudiologia, psicologia; ambulatorial, fisioterapia e consultas com neuropediatras;
2. Facilitar o acesso aos exames de alto custo;
3. Criar mecanismos de monitoramento sobre a qualidade de prestação de serviços em fisioterapia.

[Digite texto]

Meta 83 – Organizar o fluxo a fim de iniciar, em 100% dos casos, o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso, no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012).

Meta 84 – Organizar o fluxo a fim de que 100% dos pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos (Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012).

Meta 85 – Manter a cobertura por SAMU em 100% do município.

Meta 86 – Manter o tempo de espera para atendimento dos usuários classificados como verdes nas emergências para até 2 horas.

Meta 87 – Diminuir o percentual de óbitos por infarto agudo do miocárdio (IAM) em - 10% ao ano.

Meta 88 – Reduzir até 24 horas o tempo de permanência de pacientes que necessitem internação, em salas de observação nas emergências.

Meta 89 – Ampliar a oferta de consulta oftalmológica para crianças escolares, a partir da triagem visual.

Meta 90 – Disponibilizar óculos para as crianças que necessitem através da adesão ao programa Olhar Brasil.

Meta 91 – Implementar a assistência farmacêutica em 100% dos serviços da rede de saúde pública, considerando as especificidades locais.

[Digite texto]

Ações:

1. Criar condições para o atendimento individualizado ao usuário em todas as farmácias;
2. Revisar anualmente a REMUME contemplando a participação dos prescritores e farmacêuticos na escolha dos medicamentos, incluir Respiridona;
3. Descentralizar o programa de suplementação de vitamina A e ferro para as unidades básicas;
4. Manter farmácia básica em finais de semana;
5. Garantir o fornecimento de medicamentos.

Meta 92 – Diminuir a diferença entre a demanda e oferta por transporte de baixa complexidade em 10%.

Ações:

1. Definir critérios de transporte de baixa complexidade;
2. Regular, de acordo com os critérios estabelecidos, todas as solicitações.

Meta 93 – Implantar o Centro de Oncologia no HNSG.

Ações:

1. Habilitar junto ao Ministério da Saúde;
2. Implantar linha de cuidado em oncologia;
3. Implantar critérios de acesso na regulação.

Meta 94 – Criar um centro de atenção especializada para a população LGBT com, pelo menos, os seguintes profissionais: ginecologista para transexuais e lésbicas, urologista para travestis e homossexuais e endocrinologista para tratamentos hormonais.

Ação:

1. Incluir no sistema informatizado o quesito 'gênero autodeclarado'.

Meta 95 – Contratualizar vagas hospitalares para procedimentos odontológicos sob anestesia geral para pessoas com deficiência, quando indicado.

[Digite texto]

Meta 96 – Modernizar a gestão através da análise e redesenho de pelo menos 4 processos de trabalho por ano.

Ações:

1. Contratar consultoria para analisar e propor fluxos;
2. Definir cronograma anual priorizando os processos estratégicos.

3º Objetivo: Qualificar a gestão para potencializar os resultados da atenção em saúde.

4ª Diretriz – Regular o sistema de saúde SUS no município e prover suficiência na contratação de serviços.

Meta 97 – Aprimorar e consolidar a regulação de todo o sistema municipal de saúde.

Ações:

1. Implantar as centrais de regulação para todo o sistema de saúde;
2. Aperfeiçoar os processos de contratualização, inclusive os emergenciais, tornando-os participativos e transparentes desde a sua elaboração até sua efetivação e prestação de contas;
3. Criar, manter ativas e publicizadas as comissões de fiscalização dos contratos, assegurando a participação do controle social;
4. Criar estrutura de fiscalização de contratos;
5. Criar instrumentos, fluxos e mecanismos e implementar o monitoramento da execução dos contratos;
6. Monitorar indicadores quantitativos e qualitativos em 100% dos serviços de saúde contratados pelo município;
7. Adequar e qualificar a estrutura e o processo de trabalho de habilitação dos serviços de saúde SUS;
8. Estruturar o serviço para tratar da confecção de contratos e termos aditivos;
9. Estruturar o serviço de faturamento, incluindo a conferência de faturas e contas de todos os prestadores, inclusive in loco conforme a necessidade;

[Digite texto]

10. Conciliar os dados de faturamento entre diferentes sistemas existentes dentro da SMS;
11. Estruturar o serviço de controle e avaliação dos serviços de saúde terceirizados;
12. Estruturar o serviço de auditoria interna e externa em saúde, inclusive criando cargos específicos;
13. Identificar e implementar mecanismos de ressarcimento ao FMS, por serviços de saúde prestados a outros municípios fora da grade de referência;
14. Identificar e implementar mecanismos de ressarcimento ao FMS, pelos planos de saúde e seguradoras por serviços de saúde prestados a seus beneficiários pela rede pública municipal própria ou contratada;
15. Utilizar sistemas informatizados para controle, avaliação, processamento e faturamento;
16. Assegurar em contrato com os prestadores a exigência da integração de seus sistemas informatizados com os sistema da SMS;
17. Utilizar os sistemas/aplicativos do MS/DATASUS nos serviços de faturamento, processamento, controle, avaliação e auditoria;
18. Utilizar os sistemas/aplicativos do MS/DATASUS como ferramenta de gestão;
19. Atender a legislação do MS permanentemente atualizada;
20. Revisar a forma de agendamento de consultas no HU, possibilitando que o paciente retorne ao mesmo profissional para a continuidade do tratamento;
21. Agilizar o acesso às cirurgias, em especial às cirurgias vasculares.

Meta 98 – Processar o faturamento 100% dos serviços de saúde SUS próprios e terceiros.

Ações:

1. Estruturar o serviço de processamento;
2. Processar o faturamento de todos os serviços nos sistemas/aplicativos do MS/DATASUS.

Meta 99 – Processar o faturamento 100% dos serviços de saúde NÃO SUS dos prestadores de serviços SUS.

Ações:

[Digite texto]

1. Estruturar o serviço de processamento;
2. Processar o faturamento de todos os serviços nos sistemas/aplicativos do MS/DATASUS enquanto o prestador estiver atendendo o SUS;
3. Processar o faturamento de todos os serviços nos sistemas/aplicativos do MS/DATASUS das Instituições de saúde filantrópicas.

Meta 100 – Utilizar em 100% nos processamentos de faturamento dos serviços SUS e NÃO SUS os sistemas/aplicativos do MS/DATASUS.

Ações:

1. Estruturar o serviço de processamento;
2. Prover infraestrutura adequada;

Meta 101 – Manter a contratualização de 100% dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares no município.

Meta 102 – Atualizar regularmente, em 100%, a base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos e profissionais de saúde – CNES.

Ações:

1. Adequar a infraestrutura para manter o sistema atualizado;
2. Definir fluxo de informação para registro de todos os trabalhadores da saúde (estatutários e outros vínculos);
3. Definir um fluxo com a vigilância sanitária para associar o nº do CNES na liberação de alvará sanitário (novos e renovação).

Meta 103 – Manter espaços participativos permanentes de discussão e concertação de metas e ações da saúde com as comunidades e trabalhadores.

Ações:

1. Organizar seminários, reuniões, audiências, entre outras formas, divulgando amplamente entre trabalhadores e comunidade;
2. Descentralizar os debates sobre saúde através dos conselhos locais e municipal da saúde;
3. Intensificar e qualificar a participação da saúde nos espaços de ouvidoria comunitária e agendas já estabelecidas.

[Digite texto]

Meta 104 – Implementar, em conjunto com a SECOM, estratégias de comunicação com a comunidade interna e externa, em 100% das ações e projetos prioritários da Secretaria Municipal de Saúde.

Ações:

1. Criar e dinamizar um espaço de mídias sociais em relação à saúde;
2. Criar uma identidade visual e identificar 100% dos serviços da SMS (placas de identificação, cor, mapas padronizados dos territórios das UBS, carteira ou guia de serviços, cartão de visita do serviço);
3. Aperfeiçoar constantemente o serviço de ouvidoria em saúde;
4. Definir o padrão dos uniformes, inclusive dos serviços contratados, dando visibilidade ao SUS (algo como: a serviço do SUS) e uniformizar os trabalhadores;
5. Emitir boletins ou outra forma de comunicação com os trabalhadores e comunidade sobre a situação de saúde da cidade, utilizando inclusive o jornal da prefeitura;
6. Incluir na agenda da cidade os eventos da saúde;
7. Criar agendas positivas da saúde na mídia local (jornais, TV, rádio) e sociais;
8. Utilizar os aparelhos de TV dos espaços públicos para educação em saúde e qualidade de vida;
9. Divulgar os fluxos da saúde para a população;
10. Publicar cartilha para usuários com orientações de saúde.

5ª Diretriz - Adequar à capacidade instalada, os fluxos e os processos de trabalho visando qualificar o acesso universal dos usuários ao SUS.

Meta 105 - Adequar 100% dos prédios das unidades básicas atualizando em relação às necessidades emergentes e à legislação sanitária.

Ações:

1. Estabelecer modelo e padronizar os prédios das UBS a serem construídos ou ampliados;

[Digite texto]

2. Ampliar e reformar os prédios das unidades básicas de saúde instaladas em prédios próprios municipais adequando-os às normas vigentes e necessidades;
3. Construir prédios para instalar as unidades de saúde que hoje funcionam em prédios locados (10 em 2013) para zero;
4. Ação criação de espaços de multiatividades nas unidades e serviços de saúde.

Meta 106 – Informatizar 100% dos processos da rede de serviços públicos de saúde.

Ações:

1. Manter o teleagendamento como uma das ferramentas facilitando o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde;
2. Qualificar o Teleagendamento a partir de indicadores de qualidade da AB – PMAQ
3. Implantar o acolhimento em 100% nas unidades da rede de saúde, em conformidade Política Nacional de Humanização;
4. Implantar o prontuário eletrônico em 100% dos serviços;
5. Qualificar os módulos de exames e consultas especializadas do sistema de informatização com a implantação de protocolos;
6. Estruturar e implantar a Central de Leitos;
7. Regular 100% o acesso aos leitos nos hospitais de Canoas;
8. Adequar o Teleagendamento, considerando as necessidades específicas das pessoas idosas e deficiente;
9. Agendar as consultas nas UBS do território onde a pessoa mora;
10. Possibilitar a marcação de retornos diretamente nas UBS sem a necessidade de passar novamente pelo Teleagendamento.

Meta 107 – Integrar os sistemas de informação em saúde em 100% dos serviços contratados.

Meta 108 – Ampliar a infraestrutura de tecnologia da informação para todos os serviços da SMS.

Ações:

[Digite texto]

1. Suprir e manter atualizado o parque tecnológico da SMS;
2. Pactuar protocolo de atendimento com o CANOASTEC visando o atendimento em prazo adequado as necessidade da SMS;
3. Manter estoque mínimo de equipamentos (backup) e insumos necessários para garantir a manutenção do sistema operando de forma rápida e efetiva.

Meta 109 – Passar de 60% para 90% da população canoense cadastrada no sistema de informação.

Ação:

1. Manter posto de cadastramento permanente em condições de infraestrutura e recursos humanos adequadas.

Meta 110 – Criar estrutura dentro do DTA capaz de apoiar os processos burocráticos (judiciais, de projetos, compras, contratos, obras).

Ações:

1. Definir a localização da estrutura, no organograma;
2. Prover a infraestrutura.

Meta 111 – Criar estrutura de assessoria de planejamento, monitoramento e informações em saúde.

Ações:

1. Definir a localização da estrutura, no organograma;
2. Prover a infraestrutura;
3. Definir as funções dessa estrutura, incluindo: o monitoramento e avaliação dos bancos de dados de todos os sistemas de informações utilizados na SMS; a elaboração e monitoramento da Programação Anual de Saúde; produção de relatórios de gestão; avaliação de todos os projetos elaborados por todos os setores da SMS quanto à relevância, exequibilidade, monitorando-o até a prestação de contas; assessoramento e atendimento às demandas sobre todas as informações em saúde na SMS e no município.

Meta 112 – Manter avaliação constante da qualidade da atenção básica em 100% dos serviços.

[Digite texto]

Ações:

1. Ampliar a adesão das unidades de saúde ao PMAQ;
2. Utilizar os indicadores do PMAQ como ferramentas de planejamento no nível da gestão centralizada e local;
3. Incluir as metas do PMS como indicadores no PMAQ.

6ª Diretriz – Contribuir, como campo de práticas, para a adequada formação e aperfeiçoamento de recursos humanos do SUS.

Meta 113 – Criar estrutura responsável por implementar a educação permanente e continuada dos trabalhadores e por fazer a interface da SMS com as instituições de ensino e pesquisa em saúde.

Ações:

1. Criação oficial do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) como órgão responsável pela implementação das políticas e das ações educação permanente;
2. Promover a integração ensino, pesquisa, assistência incluindo todos os atores e o controle social;
3. Elaborar um plano de educação permanente em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) e implementar em 100% dos serviços da SMS;
4. Elaborar calendário anual unificado das ações de educação permanente e eventos da saúde;
5. Articular as propostas de ações de ensino, pesquisa, assistência de acordo com o plano municipal de saúde, incluindo devolução dos dados na forma estabelecida pelo NUMESC;
6. Formalizar os processos de cooperação entre instituições de ensino e a SMS;
7. Definir critérios e conferir agilidade nas tomadas de decisões acerca da participação de servidores em eventos e ou ações de educação continuada e permanente;

[Digite texto]

8. Propor e identificar rubricas específicas para ações de educação permanente, continuada e organização e ou participação em eventos;
9. Ministras cursos introdutórios para todos os trabalhadores que ingressarem no sistema público de saúde;
10. Utilizar todas as formas disponíveis para facilitar o acesso dos trabalhadores às ações de educação permanente e informações em saúde, inclusive utilizando tecnologias de educação à distância;
11. Consolidar o apoio institucional como estratégia de discussão dos processos de trabalho e indutor da educação permanente na atenção básica e saúde mental;
12. Implantar a proporção de pontos do Telessaúde Brasil de 18% para 100% dos serviços da atenção básica;
13. Ação incluir a violência nas pautas de pesquisas junto às instituições de ensino;
14. Ampliar a residência multiprofissional na rede SUS.

Meta 114 – Criar e manter em funcionamento o Comitê de Ética e Pesquisa em saúde.

7ª Diretriz – Valorizar os trabalhadores do SUS para diminuir a precarização, investir na democratização das relações de trabalho e na adequada alocação, a fim de fixar e qualificar os recursos humanos no SUS.

Meta 115 – Aumentar a proporção de trabalhadores no SUS com vínculos protegidos de 80,21% para 100%.

Ações:

1. Contratar os trabalhadores por concurso público através da Fundação Municipal de Saúde de Canoas (FMSC);
2. Prever a exigência de vínculos protegidos por lei com os seus trabalhadores, de acordo com a legislação trabalhista, em 100% dos contratos com prestadores de serviços ao SUS.

[Digite texto]

Meta 116 – Adequar o organograma da SMS de acordo com as novas necessidades da saúde.

Ações:

1. Realizar dimensionamento de pessoal na SMS;
2. Alocar recursos humanos qualificado e infraestrutura adequada para o bom desempenho do trabalho nas áreas estratégicas;
3. Fortalecer a estrutura gestão de recursos humanos para que possa expandir suas atribuições incidindo de forma mais eficaz no controle, monitoramento, alocação e desenvolvimento dos recursos humanos da SMS;
4. Alocar recursos humanos de acordo com o local de moradia.

Meta 117 – Estruturar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Ações:

1. Adequar à localização do CEREST no organograma da SMS;
2. Prover a infraestrutura;
3. Definir plano de ação de âmbito regional e local.

8ª Diretriz – Fortalecer as ações intersetoriais na promoção da qualidade de vida e na prevenção de riscos e agravos à saúde, diminuindo as iniquidades em saúde e combatendo o preconceito e o racismo.

Meta 118 – Implantar o comitê técnico de saúde da população negra e implementar a política municipal de atenção à saúde dessa população.

Ação:

1. Implantar o comitê;
2. Criar a coordenação para implementar no âmbito da SMS da PNSPN.

Meta 119 – Participar ativamente da rede de prevenção à violência e cuidado e proteção às vítimas de violências no município.

Ações:

[Digite texto]

1. Participar ativamente do GGI-M;
2. Participar ativamente da construção de alternativas intersetoriais que visem à redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
3. Contribuir para a qualificação dos registros de pacientes acidentados atendidos na rede SUS Canoas, incluindo, entre outras, a informação do endereço de residência;
4. Participar e fortalecer as pactuações intersetoriais relativas ao cuidado integral às vítimas de violências, assumindo a execução das ações de responsabilidade da saúde e apoiando os demais componentes da rede de proteção;
5. Disseminar entre os trabalhadores da saúde e nas comunidades o conceito relativo aos direitos sexuais reprodutivos (direito sobre o seu próprio corpo) superando o conceito de planejamento familiar, através de ações de educação em saúde.

Meta 120 – Capacitar 10% da população do município para as primeiras ações em caso de acidentes, traumatismos e catástrofes.

Ação:

1. Organizar, em parceria com outros atores governamentais e não governamentais, o treinamento massivo de primeiros respondentes comunitários visando à atenção imediata e adequada na ocorrência de acidentes, traumatismos e catástrofes, diminuindo sequelas e o desenvolvimento de uma visão preventiva e de proteção comunitária.

Meta 121 – Reduzir a prevalência de excesso de peso na população do município:

Ações:

1. Ampliar os registros no SISVAN;
2. Integrar ações intersetoriais visando à qualidade de vida e prevenção de doenças crônicas e tratamentos;
3. Propor ampliar o acesso a produtos alimentares saudáveis (feiras de hortifrutigranjeiros com preços acessíveis nas periferias (direto produtor familiar/consumidor), feiras com produtos orgânicos) e hortas comunitárias;

[Digite texto]

4. Ampliar as ações conjuntas com a SMEL em todos os espaços públicos de esporte e lazer (programa saúde em movimento);
5. Propor as cantinas saudáveis em todas as escolas do município;
6. Implantar academias de saúde seguindo a lógica de proximidade com os serviços de saúde nos bairros e em crescente capilaridade e integração;
7. Propor ações de sensibilização da comunidade sobre alimentação saudável e prevenção da obesidade nas agendas da cidade;
8. Propor que haja cardápio adaptado para crianças com excesso de peso ou com doenças crônicas que necessitem dieta especial.

Meta 122 – Criar um programa de avaliação e monitoramento junto a SME das estruturas físicas das áreas de manipulação de alimentos, equipamentos, procedência de alimentos e manipuladores, objetivando manter os padrões de qualidade e identidade dos alimentos oferecidos à comunidade escolar.

Ação:

1. Ampliar o programa Escola Amiga da Epidemio inclusive ampliando o conceito para Escola Amiga da Saúde.

9ª Diretriz – Humanizar a atenção à saúde no SUS.

Meta 123 – Reativar e manter em funcionamento o Comitê de Humanização.

Meta 124 – Implantar pelo menos um GTH por quadrante e prever que essa estrutura abranja os serviços contratados pelo SUS.

Ações:

1. Implantar o acolhimento em 100% nas unidades da rede de saúde, em conformidade Política Nacional de Humanização;
2. Atender prioritariamente idosos, gestantes, pessoas com deficiências, nas UBS (fila depois da consulta);
3. Maior atenção por parte dos profissionais às queixas dos usuários.

10ª Diretriz – Fortalecer o controle social no SUS.

[Digite texto]

Meta 125 – Prover infraestrutura material e RH para apoiar o funcionamento do CMS

Ações:

1. Oferecer condições de participação em ações de educação e eventos que contribuam para o aperfeiçoamento dos conselheiros desde que estejam planejados com a antecedência e solicitados em tempo hábil para o trâmite burocrático necessário;
2. Dotar e proporcionar o Conselho Municipal de Saúde condições de pleno funcionamento e operacionalidade;
3. Custear as despesas dos conselheiros decorrentes do exercício de suas funções;
4. Prover transporte para as ações de fiscalizações do CMS.

Meta 126 – Constituir Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas em 100% dos serviços de saúde.

Ações:

1. Prever nos contratos dos prestadores de serviços de saúde pública, a formação e manutenção e divulgação instâncias de controle social, na forma prevista na lei dos Conselhos;
2. Desenvolver estratégias para mobilizar a comunidade para participar do processo;
3. Apoiar o processo de formação e manutenção dos conselhos locais;
4. Envolver os trabalhadores, gestores locais e coordenadores de unidade de saúde no processo de constituição dos conselhos, como parte do trabalho nos territórios;

Meta 127 – Convocar e apoiar a realização das Conferências Municipais de Saúde.

Ações:

1. Disponibilizar estrutura para a organização, operacionalização e instalação das pré conferências e da Conferência Municipal de Saúde;
2. Custear a parcela que compete ao município, o transporte, hospedagem e alimentação dos delegados às conferências estaduais e nacional de saúde.

[Digite texto]

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

AB: Atenção Básica
ADI: Associação Internacional da Doença de Alzheimer
AES: Autorizações de Empenho
AIH: Autorização de Internação Hospitalar
AME: Administração de Medicamentos
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC: Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
APAC-Mag: Aplicativo de Captação APAC Magnético
AVC: Acidente Vascular Cerebral
BDP/D: Boletim de Diferença de Pagamento/Debito
BPA: Boletim de Produção Ambulatorial
BPA-C: Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
BPA-I: Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
BSP: Boletins de Serviços Produzidos
CAC: Central de Atendimento ao Cidadão
CAPS I: Centro de Atendimento Psicossocial Infantil
CAPS: Centro de Atendimento Psicossocial
CBO: Classificação Brasileira de Ocupações
CEM: Centro de Especialidades Médicas
CEO: Centro Especializado de Odontologia
CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGSI: Coordenação-Geral de Sistemas de Informação
CIB: Comissão Intergestora Bipartite
CID: Código Internacional de Doenças
CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade
CIHA: Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial
CMADAS: Comissão de Avaliação das Demandas Judiciais de Assistência à Saúde
CNES: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNRAC: Central Nacional de Regulação
COGERE: Colegiado de Gestão Regional
COMAD: Conselho Municipal de Entorpecentes
COMEM: Conselho Municipal de Entorpecentes
CRAS: Centro de Referência de Assistência Social
CRS: Coordenadoria Regional de Saúde
CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento
DANT: Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATAPREV: Sistema de Informações da Previdência Social
DATASUS: Departamento de Informática do SUS
DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEPARA: Aplicativo de migração de dados de SCNES para SAI
DM: Diabetes Mellitus
DRAC: Departamento de Regulação, Avaliação e Controle.
DRCAA: A Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.
DST: Doenças sexualmente transmissíveis
ESB: Equipe Saúde Bucal
ESF: Estratégia Saúde da Família
FAEC: Fundo de Ações Estratégicas e Complementares

[Digite texto]

FCES: Ficha de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde
FNS: Fundo Nacional de Saúde
FPO: Ficha de Programação Físico-Orçamentária
FPO-Mag: Aplicativo para Programação Físico-Orçamentário Magnético
GAP: Guia de Autorização de Pagamento
GGI-M: Gabinete de Gestão Integrada da Segurança Pública Municipal
GTH: Grupos de Trabalho de Humanização
HIPERDIA: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HNSG: Hospital Nossa Senhora das Graças
HPS: Hospital Pronto Socorro
HU: Hospital Universitário
IAM: Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGD: Índice de Gestão Descentralizada
ILPI: Instituições de Longa Permanência para Idosos
INAMPS: Instituto Nacional de Previdência Social
JIIDOS: Jogos de Integração dos Idosos
LDO: Lei Diretrizes Orçamentárias
LI+T: Levantamento de Índice + Tratamento Dengue
LIRA: Levantamento Rápido do Índice de Infestação do Aedes aegypt
LOA: Lei Orçamentária Anual
MAC: Média e Alta Complexidade
MS: Ministério da Saúde
MVP: Módulos Virtuais de Processos
NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NES: Notas de Empenho
NOST: Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NOTIVISA: Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária
NUMESC: Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
OIT: Organização Internacional do Trabalho
OMS: Organização Mundial de Saúde
OPM: Órteses, Próteses e Materiais
PAB: Piso da Atenção Básica
PAC: Programa Assistência Complementar
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAEFI: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PGM: Procuradoria Geral do Município
PLANEJA SUS: Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PNH: Política Nacional de Humanização
PNI: Programa Nacional de Imunizações
PNSM: Política Nacional de Saúde Mental
PPA: Plano Plurianual
PPI: Programação Pactuada e Integrada
PSO: Programa Saúde Ocupacional
PTS: Plano Terapêutico Singular
PVE: Pesquisa Vetorial Especial
RAAS: Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

[Digite texto]

RAAS-AD: Registro das Ações da Atenção Domiciliar
RAAS-PSI: Registro das Ações da Atenção Psicossocial
RAPS: Rede de Atenção Psicossocial
RAS: Redes de Atenção à Saúde
REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENASES: Relação Nacional das Ações dos Serviços de Saúde
RENAST: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RINA: Relatório Individual de Notificação de Agravos
SAE: Serviço de Assistência Especializada
SAMHPS: Sistema de Assistência Médica Hospitalar da Previdência Social
SAS: Secretaria de Assistência à Saúde
SB: Saúde Bucal
SCNES: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SENAD: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SES: Secretaria de Estado da Saúde
SES: Secretaria Estadual da Saúde
SGAIH: Sistema de Gerenciamento da Autorização Hospitalar
SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais
SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica
SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SIH: Sistema de Informações Hospitalares
SIHD: Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado
SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SI-PNI: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIPS: Sistema de indicadores de Percepção Social
SISCOLO: Sistema de Informação do Controle do Câncer de Colo
SISGERF: Sistema de Gerenciamento Financeiro
SISMAC: Sistema de Média e Alta Complexidade
SISMAMA: Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama
SISRCA: Sistema de Regulação, Controle e Avaliação
SISREG: Sistema de Regulação
SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMDS: Secretária Municipal de Desenvolvimento Social
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
STN: Sistema Nacional de Trânsito
STO: Serviço de traumatologia e ortopedia
STOP: Serviço de traumatologia e ortopedia
STOU: Serviço de traumatologia e ortopedia de urgência
SUS: Sistema Único de Saúde
TABAWIN/TABNET: Instrumentos de Tabulação dos Dados do Ministério da Saúde
TM-MDR: Tuberculose Multi-Droga Resistente
TRANSMISSOR: Aplicativo de envio de bases de dados para o DATASUS
TRS: Terapia Renal Substitutiva
TUSS: Terminologia Unificada da Saúde Suplementada
UAI: Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil

[Digite texto]

UCAPAESI: Unidade de Controle de Aprovação de Projetos Arquitetônicos de Estabelecimentos de Saúde e Interesse À Saúde

UCAZ: Unidade de Controle e Animais e Zoonoses

UCI: Unidade de Cuidados Intermediários

UGFMS: Unidade de Gestão do Fundo Municipal da Saúde

UGM: Unidade de Gestão de Materiais

UNODC: Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime

UOJ: Unidade de Ordens Judiciais

USACAVV: Unidade Serviço Atendimento Criança Adolescente Vítima de Violência

UVAS: Unidade de Vigilância Ambiental em Saúde

VERSIA: Aplicativo de críticas e geração de remessa da produção ambulatorial

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

[Digite texto]

Índice de Figuras, Gráficos e Tabelas

Figuras

Fig. 1 – Homicídios segundo o local que ocorreram, primeiro semestre, 2013, Canoas, RS.

Fig. 2 – Mapa georreferenciado de acidentes com óbito entre 2007 e 2012, Canoas, RS.

Fig. 3 – Mapa de óbitos no trânsito de janeiro a maio de 2013 – Canoas, RS

Fig. 4 – Organograma da Diretoria de Vigilância em Saúde, SMS, Canoas, RS.

Fig. 5 – Organograma atual do DPAS, SMS, Canoas, RS.

Fig. 6 - Organograma dos serviços da DPAS, SMS, Canoas

Fig. 7 – Organograma da Diretoria de Políticas e Ações em Saúde Mental, Canoas, RS.

Fig 8. - Distribuição dos equipamentos de saúde e de esporte e lazer na cidade de Canoas, RS.

Fig. 9 – Organograma do DRCAA, SMS, Canoas, RS.

Fig. 10 – Organograma do DTA, SMS, Canoas, RS

Gráficos

Gráfico 1 – Evolução da população, segundo sexo, Canoas, RS

Gráfico 2 – Proporção de população residente, pro sexo, comparado país, estado e município, 2010.

Gráfico 3 –Proporção segundo sexo e raça cor, da população residente, 2010, Canoas, RS.

Gráfico 4 – Estrutura etária 2000 e 2010, Canoas, RS.

Gráfico 5 – Série histórica do índice de envelhecimento, Canoas, RS.

Gráfico 6 – Evolução numérica da população jovem e idosa, Canoas, RS.

Gráfico 7 – Pessoas de 15 anos ou mais de idade, segundo o nível de instrução (percentual), 2010.

Gráfico 8 – Proporção de pessoas de 15 anos ou mais, segundo o nível de instrução, por raça/cor, Canoas, RS.

[Digite texto]

Gráfico 9 – Taxa de fecundidade por nível de instrução, comparado país, estado e município, 2010.

Gráfico 10 – Série Histórico do PIB, Canoas, RS.

Gráfico 11 – Série histórica de mortes violentas, por semestre, Canoas, RS

Gráfico 12 - Série histórica de mortes violentas, por mês, Canoas, RS.

Gráfico 13 – Série histórica de mortes violentas, Canoas, RS.

Gráfico 14 - Série histórica do número absoluto de nascidos vivos, Canoas, RS.

Gráfico 15 - Série histórica da proporção de nascimentos segundo a idade da mãe, Canoas, RS

Gráfico 16 - Proporção de nascimentos segundo a idade gestacional, proporção de nascimentos segundo a idade gestacional, média da série histórica 2007-2012, Canoas, RS.

Gráfico 17 - Proporção de nascimentos segundo peso ao nascer, média série histórica 2007-2012, Canoas,

Gráfico 18 - Proporção de nascimentos em mães adolescentes, segundo raça/cor, média histórica 2007-2012, Canoas, RS.

Gráfico 19 - Série histórica da proporção de nascimentos em mães adolescentes, segundo anos de estudo da mãe, Canoas, RS.

Gráfico 20 - Série histórica de 2007 a 2012, da proporção de nascimentos em mães adolescentes, segundo número de consultas de pré-natal, Canoas, RS.

Gráfico 21 – Série histórica da proporção, segundo tipos de parto, Canoas, RS.

Gráfico 22 – Série histórica do percentual de nascidos vivos segundo a idade da mãe, Canoas, RS.

Gráfico 23 – Série histórica de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal, Canoas, RS

Gráfico 24 – Série histórica dos agravos imunopreveníveis, Canoas, RS.

Gráfico 25 – Série histórica da taxa de mortalidade infantil em Canoas e no RS.

Gráfico 26 – Série histórica da taxa de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias), Canoas, RS.

Gráfico 27 – Série histórica da taxa de mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias) em Canoas e no RS.

Gráfico 28 - Média série histórica 2007-2012, de óbitos infantis segundo evitabilidade (lista brasileira), Canoas, RS.

[Digite texto]

Gráfico 29 - Série histórica da taxa de mortalidade perinatal, Canoas, RS.

Gráfico 30 - Taxa das doenças imunopreveníveis (taxas/10.000 hab.), Canoas, RS.

Gráfico 31 - Série histórica da taxa de Incidência de AIDS na população de 1 a 4 anos, Canoas, RS.

Gráfico 32 - Série histórica da incidência de doenças imunopreveníveis em crianças de 5-9 anos, Canoas, RS.

Gráfico 33 - Série histórica da taxa de incidência de agravos imunopreveníveis, por 10.000 habitantes, Canoas, RS.

Gráfico 34 - Série histórica de morbidade por DST na faixa de 10 a 19 anos, Canoas, RS.

Gráfico 35 - Morbidade por causas externas (10 a 19 anos) taxas de incidência por 10.000 habitantes

Gráfico 36 – Série histórica das doenças imunopreveníveis em pessoas de 20 a 39 anos, Canoas, RS.

Gráfico 37 – Série histórica das doenças imunopreveníveis em pessoas de 40 a 59 anos, Canoas, RS.

Gráfico 38 – Série histórica de DST, entre 20 a 39 anos, Canoas, RS

Gráfico 39 – Série histórica de DST, entre 40 a 59 anos, Canoas, RS

Gráfico 40 - Proporção de gastos com internações por tipo de DCNT em relação ao total de crônicas, 2012, Canoas, RS

Gráfico 41 – Série histórica da taxa de internações hospitalares por doenças crônicas selecionadas, Canoas, RS.

Gráfico 42 - Percentual de pacientes cadastrados no HIPERDIA, por patologia de 01/01/2003 à 30/06/2013, Canoas, RS

Gráfico 43 - Cadastrados no HIPERDIA, por região e patologia, 2013, Canoas, RS.

Gráfico 44 – Série histórica da proporção de mortalidade por tipo de DCNT, Canoas, RS.

Gráfico 45 - Taxa de mortalidade por câncer no sexo masculino, de 20 a 59 anos, a cada 100.000 habitantes em Canoas, RS.

Gráfico 46 – Série histórica da taxa de mortalidade por câncer no sexo feminino a cada 100.000 mulheres de 20 a 59 anos, Canoas, RS.

Gráfico 47 - Óbitos por câncer de colo de útero em mulheres entre 20 e 59 anos (taxas/100.000 mulheres), Canoas, RS.

[Digite texto]

Gráfico 48 – Série histórica da mortalidade materna, Canoas, RS.

Gráfico 49 – Série histórica da taxa de incidência/10.000 hab., de doenças imunopreveníveis em pessoas acima de 60 anos, Canoas, RS.

Gráfico 50 – Série histórica de DST em pessoas idosas, Canoas, RS.

Gráfico 51 - Série histórica de casos de câncer de boca detectados no CEO, em pessoas acima de 60 anos, Canoas, RS.

Gráfico 52 - Proporção de câncer bucal, segundo o sexo, em pacientes atendidos no CEO, Canoas, RS.

Gráfico 53 - Proporção de fumantes e não fumantes, com diagnóstico de câncer de boca, entre 2007 e 2013, Canoas.

Gráfico 54 – Pessoas com deficiência visual, segundo o sexo, em Canoas, RS.

Gráfico 55 – Pessoas com deficiência auditiva, segundo sexo, Canoas, RS.

Gráfico 56 – Pessoas com deficiência física, segundo sexo, Canoas, RS.

Gráfico 57 – Pessoas com deficiência mental/intelectual, por sexo, Canoas, RS.

Gráfico 58 – Proporção de unidades da atenção básica, segundo o tipo SMS, Canoas, RS.

Gráfico 59 - Cobertura ESF por Quadrantes, Canoas, RS.

Gráfico 60 - Cobertura da Atenção Básica conforme carga horária médica, Canoas, RS.

Gráfico 61 - Comparativo de carga horária médica por quadrante, 2013, Canoas, RS.

Gráfico 62 - Comparativo de CH Dentista por Quadrante, Canoas, RS.

Gráfico 63 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Sudoeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.

Gráfico 64 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Sudeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.

Gráfico 65 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Noroeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.

Gráfico 66 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Nordeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.

Gráfico 67 - Atendimento SAMU, Segundo tipo de ocorrência, 2011, Canoas, RS.

Gráfico 68 - Atendimento SAMU, Segundo tipo de ocorrência, 2012, Canoas, RS.

Gráfico 69 - Série histórica demonstrativa de recursos por esfera governamental, Canoas, RS.

[Digite texto]

Gráfico 70 - Série histórica demonstrativo de despesas dos recursos por esfera governamental, na Secretaria de Saúde de Canoas, RS.

Gráfico 71 – Demonstrativo de despesas com saúde em 2009, Canoas, RS

Gráfico 72 - Percentual de investimentos em saúde, por ente federado, 2010, Canoas, RS.

Gráfico 73 - Demonstrativo de despesas, 2010, Canoas RS.

Gráfico 74 - Percentual de investimentos em saúde, por ente federado, 2011, Canoas, RS.

Gráfico 75 - Demonstrativo de despesas com saúde, por ente federado, 2011, Canoas, RS.

Gráfico 76 - Percentual investimentos em saúde, por ente federado, 2012, Canoas, RS.

Gráfico 77 - Série histórica de investimentos em saúde, Canoas, RS.

Gráfico 78 - Série histórica de investimentos e despesas com o setor saúde, em reais, Canoas, RS.

Gráfico 79 – Série histórica de investimentos municipais em Saúde, Canoas, RS.

Gráfico 80 – Série histórica demonstrativa de investimentos em saúde pelo município, Canoas, RS.

Gráfico 81 – Proporção de atestados médicos com afastamentos por Setor da SMS, Canoas, RS

Gráfico 82 – Percentual de UBS com e sem CLS, 2013, Canoas, RS.

Tabelas

Tabela 1 – Série histórica de população estimada do município, comparada com estado e país.

Tabela 2 – População geral de Canoas, estratificada segundo sexo, 2013

Tabela 3 - Distribuição da população do município, por bairro e idade, 2010 Canoas, RS.

Tabela 4 – Características da população do quadrante Nordeste segundo sexo, idade, etnia e escolaridade, Canoas, RS.

Tabela 5 – Características da população do quadrante Nordeste segundo sexo, idade e renda, Canoas, RS.

[Digite texto]

Tabela 6 – Características da população do quadrante Sudeste segundo sexo, idade, etnia e escolaridade, Canoas, RS.

Tabela 7 – Características da população do quadrante Sudeste segundo sexo, idade e renda, Canoas, RS.

Tabela 8 – Características da população do quadrante Sudoeste segundo sexo idade, etnia e escolaridade, Canoas, RS

Tabela 9 - População do quadrante sudoeste, segundo sexo, idade e renda, Canoas, RS.

Tabela 10 – População do quadrante Noroeste, segundo sexo idade, etnia e escolaridade, Canoas, RS.

Tabela 11 – População do quadrante Noroeste, segundo sexo idade e renda, Canoas, RS.

Tabela 12 – Série histórica do IDH, Canoas, RS.

Tabela 13 - Nascidos vivos em 2012, segundo o bairro de residência da mãe, Canoas, RS

Tabela 14 – Gestantes atendidas nas ESF, 2012, Canoas, RS.

Tabela 15 – Nascidos vivos em 2012, residentes no município, por tipo e local de parto, Canoas, RS.

Tabela 16 - Metas da OMS e resultados observados em Canoas e no Brasil em relação à proporção de cárie dentária aos 05 anos de idade.

Tabela 17 – Série histórica da incidência de sífilis congênita no Brasil, estado e município.

Tabela 18 – Série histórica de notificações de atendimento antirrábico e violências, Canoas, RS

Tabela 19 – Média histórica da proporção de mortalidade de crianças, por grupos de causas, Canoas, RS.

Tabela 20 - Média da série histórica de 2007 a 2012, da mortalidade entre 10 e 19 anos, proporção dos principais grupos de causas, Canoas, RS.

Tabela 21 – Valores e percentual gastos com internações de DCNT e não DCNT em Canoas.

Tabela 22 – Proporção de óbitos, segundo Cap. de Causas da CID-10, por faixa etária, média da série histórica 2007-2010, Canoas, RS.

[Digite texto]

Tabela 23 - Série histórica da proporção de óbitos segundo tipo de câncer, por sexo, entre 20 a 59 anos, Canoas, RS.

Tabela 24 – Série histórica da proporção de óbitos segundo tipo de câncer, por sexo, entre 20 a 59 anos, Canoas, RS.

Tabela 25 - Série histórica da proporção de óbitos por causas externas, segundo o sexo, entre 20 a 59 anos, Canoas, RS

Tabela 26 – Série histórica da mortalidade materna, Canoas, RS.

Tabela 27 - Causas dos óbitos maternos durante a gravidez, residentes em Canoas, 2012

Tabela 28 - Causas dos óbitos maternos no puerpério até 42 dias, residentes em Canoas, RS.

Tabela 29 - Série histórica de mortalidade materna segundo raça cor, Canoas, RS.

Tabela 30 - Delitos cometidos contra mulheres, em números absolutos no RS.

Tabela 31 - Número de atendimentos realizados entre setembro de 2011 a agosto de 2013, pelos equipamentos públicos da Rede de Atendimento e Proteção à Mulher, Canoas.

Tabela 32 – Série histórica de casos notificados de tuberculose pulmonar, em pessoas idosas,

Tabela 33 - Casos Notificados de AIDS, com 60 anos ou mais, Canoas, RS.

Tabela 34 – Agravos que determinaram internações hospitalares de pessoas idosas, em 2012, Canoas, RS.

Tabela 35 - Mortalidade por DNCT, entre pessoas idosas, 2012, Canoas, RS.

Tabela 36 - Série histórica de internações por fratura de Fêmur em idosos, 2008-2012, Canoas, RS.

Tabela 37 - Série histórica de morbidade por violências notificadas, contra idosos residentes em Canoas.

Tabela 38 - Número de casos de câncer de boca, diagnosticados pelo CEO, em pessoas idosas, de 2007 à ago 2013, Canoas, RS.

Tabela 39 – Homens e mulheres com deficiências em Canoas

Tabela 40 - Pessoas atendidas em serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para a faixa etária 0 a 17 anos incompletos, Canoas, RS.

Tabela 41 - Pessoas atendidas em serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para pessoas de 60 anos e mais, Canoas, RS.

[Digite texto]

Tabela 42 - Pessoas atendidas em serviços de proteção social no domicílio para pessoas com deficiências e com 60 anos e mais, Canoas, RS.

Tabela 43 - Pessoas atendidas por serviços de proteção social básica por visitas domiciliares, Canoas, RS.

Tabela 44 - Pessoas atendidas por serviços de proteção social básica no Centro de Convivência do Idoso (CCI), Canoas, RS.

Tabela 45 - Pessoas atendidas por serviços de proteção social especial de média complexidades oferecida pelo CREAS, Canoas, RS.

Tabela 46 - Pessoas atendidas por serviços de acolhimento institucional na modalidade casa de passagem para adultos, Canoas, RS.

Tabela 47 - Pessoas atendidas por serviços de acolhimento institucional na modalidade abrigo institucional para crianças, Canoas, RS.

Tabela 48 - Serviços de acolhimento em república e em família acolhedora para crianças, Canoas, RS.

Tabela 49 - Pessoas atendidas pela casa abrigo e centro de referência para mulheres vítimas de violência, Canoas, RS.

Tabela 50 - Pessoas atendidas pelo serviço de acolhimento institucional para idosos – ILPI, Canoas, RS.

Tabela 51 - Acesso a primeira consulta até 19 anos, 2012, Canoas, RS.

Tabela 52 - Acesso a primeira consulta, adultos, 2012, Canoas, RS.

Tabela 53 - Proporção de gestantes que tiveram acesso ao atendimento odontológico, 2012, Canoas, RS.

Tabela 54 - Acesso a primeira consulta odontológica entre idosos, 2012, Canoas, RS.

Tabela 55 - Total de alunos cujas famílias recebem Bolsa Família, Canoas, RS.

Tabela 55 – Proporção de alunos cujas famílias recebem Bolsa Família, Canoas, RS.

Tabela 56 – Cobertura de atenção básica no quadrante Nordeste, Canoas, RS.

Tabela 57 – Cobertura por médicos e dentistas na atenção básica no quadrante Nordeste, Canoas, RS.

Tabela 58 – Situação predial e infraestrutura atenção básica no quadrante Nordeste, Canoas, RS.

[Digite texto]

Tabela 59 – Cobertura de atenção básica no quadrante Noroeste, Canoas, RS.

Tabela 59 – Cobertura por médicos e dentistas na atenção básica no quadrante Noroeste, Canoas, RS.

Tabela 60 – Situação predial e infraestrutura atenção básica no quadrante Noroeste, Canoas, RS.

Tabela 61 – Cobertura de atenção básica no quadrante Sudeste, Canoas, RS.

Tabela 62 – Cobertura por médicos e dentistas na atenção básica no quadrante Sudeste, Canoas, RS.

Tabela 63 – Situação predial e infraestrutura atenção básica no quadrante Sudeste, Canoas, RS.

Tabela 64 – Cobertura de atenção básica no quadrante Sudoeste, Canoas, RS.

Tabela 65 – Cobertura por médicos e dentistas na atenção básica no quadrante Sudoeste, Canoas, RS.

Tabela 66 – Situação predial e infraestrutura atenção básica no quadrante Sudoeste, Canoas, RS.

Tabela 67 - Série histórica da cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano, Canoas, RS.

Tabela 68 - Série histórica de cobertura vacinal em campanha contra Influenza em maiores de 60 anos, Canoas, RS.

Tabela 69 - Série histórica de produção de consultas e procedimentos pela rede de atenção básica do quadrante Nordeste, Canoas, RS.

Tabela 70 - Série histórica de produção de consultas e procedimentos pela rede de atenção básica do quadrante Noroeste, Canoas, RS.

Tabela 71 - Série histórica de produção de consultas e procedimentos pela rede de atenção básica do quadrante Sudeste, Canoas, RS.

Tabela 72 - Série histórica de produção de consultas e procedimentos pela rede de atenção básica do quadrante Sudoeste, Canoas, RS.

Tabela 73 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Sudoeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.

Tabela 74 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Sudeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.

Tabela 75 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Noroeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.

[Digite texto]

Tabela 76 – Série histórica de consultas médicas ofertadas no quadrante Nordeste comparada com a necessidade, Canoas, RS.

Tabela 77 - Consolidado do desempenho dos indicadores do PMAQ-AB, Canoas, RS

Tabela 78 – Desempenho nas dimensões avaliadas pelo PMAQ-AB, Canoas, RS.

Tabela 79 – Desempenho da avaliação das áreas estratégicas, PMAQ-AB, Canoas, RS.

Tabela 80 - Rede de Atenção à Saúde Mental, Canoas, RS.

Tabela 81 - Demanda reprimida para consulta com especialista, outubro de 2013, Canoas, RS.

Tabela 82 - Consultas especializadas e exames que não possuem demanda reprimida, outubro, 2013, Canoas, RS.

Tabela 83 - Série histórica de procedimentos ambulatoriais na atenção secundária, Canoas, RS.

Tabela 84 - Série histórica de procedimentos ambulatoriais na atenção secundária, Canoas, RS.

Tabela 85 - Unidades de Pronto Atendimento, Canoas, RS.

Tabela 86 - Cobertura do SAMU por USA, USB, UMT e VIR por Quadrantes, Canoas, RS.

Tabela 87 - Componente Hospitalar- Linhas de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC), Canoas, RS.

Tabela 88 - Componente Hospitalar Linhas de Cuidados do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Canoas, RS.

Tabela 89 - Série histórica de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pelo Sistema Único de Saúde, segundo o tipo de leito ou especialidade, Canoas, RS.

Tabela 90 - Série histórica de procedimentos realizados em pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde, Canoas, RS.

Tabela 91 - Série histórica de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) do Sistema Único de Saúde, segundo o Município de residência do paciente, Canoas, RS.

Tabela 92 - Série histórica demonstrativa de recursos por esfera governamental, Canoas, RS.

[Digite texto]

Tabela 93 - Série histórica demonstrativo de despesas dos recursos por esfera governamental, na Secretaria de Saúde de Canoas, RS.

Tabela 94 - Demonstrativo de despesas com saúde, 2009, Canoas, RS.

Tabela 95 - Investimentos em saúde, receitas municipais, 2009, Canoas, RS.

Tabela 96 - Investimentos em saúde, receitas estaduais, 2009, Canoas, RS

Tabela 97 - Investimentos em saúde, receitas federais, 2009, Canoas, RS.

Tabela 98 - Investimentos em saúde em 2010, por ente federado, Canoas, RS.

Tabela 99 - Investimentos em saúde receitas municipais, 2010, Canoas, RS.

Tabela 100 - Investimentos em saúde receitas estadual, 2010, Canoas, RS.

Tabela 101 - Investimentos em saúde receitas federal, 2010, Canoas, RS.

Tabela 102 - Demonstrativo de despesas, 2010, Canoas, RS.

Tabela 103- Investimentos em saúde receitas municipais, 2011, Canoas, RS.

Tabela 104 - Investimentos em saúde receitas federais, 2011, Canoas, RS.

Tabela 105 - Investimentos em saúde, por ente federado, 2011, Canoas, RS.

Tabela 106 - Proporção de investimentos em saúde, por ente federado, 2011, Canoas, RS

Tabela 107 - Investimentos em saúde, por ente federado, 2012, Canoas, RS.

Tabela 108 - Investimentos em saúde, receitas municipais, 2012, Canoas, RS.

Tabela 109 - investimentos em saúde receitas estaduais, 2012, Canoas, RS.

Tabela 110 - investimentos em saúde receitas federais, 2012, Canoas, RS.

Tabela 111 - Demonstrativo de despesas, 2012, Canoas, RS.

Tabela 112 - Série histórica de despesas com saúde em Reais, Canoas, RS.

Tabela 113 - Série histórica de investimentos e despesas com o setor saúde, em reais, Canoas, RS.

Tabela 114 – Série histórica de custo da ação em Reais e fonte de recurso, Canoas, RS.

Tabela 115 – Despesas previstas no Plano Plurianual, 2014-2017, Canoas, RS.

Tabela 116 - Quadro de trabalhadores da SMS, Canoas, RS.

Tabela 117 - Número de Atestados Por profissional - Agosto 2012 a julho 2013, Canoas, RS.

[Digite texto]

Referências

BERZINS, M. A. V. S. (Org.) . Políticas Públicas para um país que envelhece. 1. ed. São Paulo: Editora Martinari, 2011. v. 1. 304p .

Brasil, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

Brasil. Emenda Constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000. Assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 13 set. 2000. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/320/legislacao.html>>.

Brasil. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Seção 1, p. 1. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - CBCD.

Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasil. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>.

[Digite texto]

Brasil. Ministério da Saúde Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_SIA_2010.pdf

Brasil. Ministério da Saúde.

ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/Documentos/sia/Manual_Operacional_SIA_v_1.pdf

Brasil. Ministério da Saúde.

ftp://ftp.datasus.gov.br/siasus/Documentos/Manual_Operacional_RAS_V_1_3.pdf

Brasil. Ministério da Saúde.

ftp://ftp2.datasus.gov.br/pub/sistemas/tup///downloads//manual/sigtap_desktop_manual.pdf

Brasil. Ministério da Saúde.

<http://autorizador.datasus.gov.br/autorizador.php?area=10213A1B0C0D0E0F10213G1HIJd1L2M0N&VInclude=../site/texto.php>

Brasil. Ministério da Saúde. <http://ciha.datasus.gov.br/CIHA/index.php?area=01>

Brasil. Ministério da Saúde. <http://ciha.datasus.gov.br/CIHA/index.php?area=07>

Brasil. Ministério da Saúde. <http://cnes.datasus.gov.br/>

Brasil. Ministério da Saúde.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_SIA_2010.pdf

Brasil. Ministério da Saúde.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_SIA_2010.pdf

Brasil. Ministério da Saúde.

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040301>

[Digite texto]

Brasil. Ministério da Saúde.

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040303>

Brasil. Ministério da Saúde.

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040305>

Brasil. Ministério da Saúde. <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/institucional>

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009).

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2008-2011. Brasília, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):

Brasil. Portaria n.º 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF, 5 nov. 2002. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM_2048.htm>.

Brasil. Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2002. Seção 1, p. 36.

Brasil. Portaria nº 2.026, de 24 de Agosto de 2011. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. 193 Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 ago. 2011. Seção 1, p. 87.

Brasil. Portaria nº. 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga O Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e Aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis_gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

[Digite texto]

Brasil. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez. 2011. Seção 1, p. 40.

Camarano, Ana Amélia e EL GHAOURI, Solange Kanso. Idosos Brasileiros: Que dependência é essa? in: CAMARANO (org). Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros, IPEA, Rio de Janeiro, (1999), pp 281-306.

Campos, G.W.S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas. (3ª Conferência Estadual de Saúde, 2000).

Campos, GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores.

Colectiva, v. 2, p. 147-160, 2006. Vendramini, Silvia Helena Figueiredo Tuberculose no Idoso: Análise o Conceito - Silvia Helena Figueiredo - <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16565.pdf> -2003)

Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Frota, M. A.; Barroso, M. G. T. Repercussão da desnutrição infantil na família. Revista Latina-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 996-1000, 2005

Gadotti, M. A educação contra a educação. RJ: Paz e Terra, 1961.

Hucitec, 1997..Merhy, E.E. Saúde: Cartografia do Trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

In: SISLEX: Sistema de Legislação, Jurisprudência e Pareceres da Previdência e Assistência Social. [S.I.]: DATAPREV. Disponível em: <
<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=401>>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:

instrumentos básicos. 2 ed. Brasília: MS, 2009. 56 p. (Série Cadernos de Planejamento, v. 2).

[Digite texto]

Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY. Problemas de saúde mental das crianças: abordagem na atenção básica São Paulo: Anablume; 2005

Lucchesi, G., 2001. Globalização e Regulação Sanitária — Rumos da Vigilância Sanitária no Brasil. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Tese de doutorado.

Luchese, G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil. Luo, Z. C.; KALBERG, J. Critical growth phases for adult shortness. American Journal of Epidemiology, v. 152, n. 2, p. 125-31, 2000.

Marks, Dores Delia. Fracasso escolar: estudo com dependentes de substâncias psicoativas no CAPS AD Nordeste na cidade de Canoas. 2012.

Mendes, Eugênio Vilaça , As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 Ogden Et Al., 2002)

Merhy E.E.E & Onocko, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo:

Merhy, E. ; Feuerwerker, L.C.M.; Ceccim, R.B. . Educación Permanente en Salud. Salud

Merhy, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde in

Merhy, E.E. Em busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta

Minayo MCS - Violência contra o idoso: relevância para um velho problema. Cad Saúde Pública 2003 Jun; 19(3): 783-91.

Morin, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. SP: Cortez; Brasília; DF: UNESCO,2000.

OPAS/OMS. Saúde Mental: nova concepção, nova esperanças, Genebra: OMS; 2001

[Digite texto]

Palombini, Analice de Lima (et al). Acompanhamento. Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento. Porto. Alegre: Editora da UFRGS, 2004. 152p.

Pilz, E.M.L; Schermann, L.B. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (1): 181-90, 2007

Plano Estadual de Saúde (RS), 2012-2015. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2013.

Ramos, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas, EV. et AL (Eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002)

Revista da APS – Atenção básica à Saúde. Ano 2, nº 2, mar-jun/1999 – NATES/UF/JF. Saxena, S. et al. Ethnic group differences in overweight and obese children and young people in England: cross sectional survey. *Archives of Disease in Childhood*, v. 89, p. 30-6, 2004.

Wang, Y.; Monteiro, C.; Popkin, B. M. Trends Of Obesity And Underweight In Older Children And Adolescents In The United States, Brazil, China, And Russia. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, V. 75, N. 6, P. 971-7, 2002.

[Digite texto]

Anexos:

Prioridades estabelecidas pelas comunidades nas plenárias dos quadrantes:

Prioridades do quadrante: Sudoeste 29 10 13 por ordem de prioridade

Meta	NÚMERO DE ADESÕES
Meta 82 – Reduzir o tempo de espera para consulta eletiva com especialistas para um período não superior a 90 dias, a partir da solicitação.	49
Meta 126 – Constituir Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas em 100% dos serviços de saúde.	37
Meta 73 – Implantar o plano de atenção à saúde da pessoa com deficiência no município	31
Maior limpeza da cidade e fiscalização do lixo	30
Meta 118 – Implantar o comitê técnico de saúde da população negra e implementar a política municipal de atenção à saúde dessa população	27
Meta 37 – Disponibilizar exames complementares para 100% das mulheres com mamografias alteradas	23
Meta 13 – Reduzir os casos de incidência por doenças de veiculação hídrica no município	23
Meta 83 – Organizar o fluxo a fim de iniciar, em 100% dos casos, o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso, no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012).	22
Meta 62 – Aumentar a cobertura da população por equipes da Atenção Básica de 60% para 75%	22
Meta 106 – Informatizar 100% dos processos da rede de serviços públicos de saúde	19
Meta 8 – Manter e ampliar o programa de controle de leptospirose e roedores no município	19
Meta 113 – Criar estrutura responsável por implementar a educação permanente e continuada dos trabalhadores e por fazer a interface da SMS com as instituições de ensino e pesquisa em saúde	15
Meta 54 – Reduzir a taxa em 1% ao ano da ocorrência de gravidez na adolescência	14
Meta 7 - Manter em zero o número de casos autóctones da dengue no município	14
Meta 34 – Realizar o seguimento (acompanhar e tratar) de 100% das	13

[Digite texto]

mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau e câncer do colo de útero	
Meta 35 – Aumentar a razão de mamografia em mulheres a partir de 40 anos, a cada ano, de 0,1 (2012) para 0,75 de 40 anos.	13
Meta 120 – Capacitar 10% da população do município para as primeiras ações em caso de acidentes, traumatismos e catástrofes.	12
Meta 41 – Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos de 63,56/100.000 para 55/100.000 habitantes, com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo.	12
Meta 97 – Aprimorar e consolidar a regulação de todo o sistema municipal de saúde	11
Meta 49 – Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 7,15 para 7 por mil nascidos vivos	9
META 5 – Elaborar legislações sanitárias municipais específicas para as necessidades locais de regramento	9
Meta 111 – Criar estrutura de assessoria de planejamento, monitoramento e informações em saúde.	8
Meta 104 – Implementar, em conjunto com a SECOM, estratégias de comunicação com a comunidade interna e externa, em 100% das ações e projetos prioritários da Secretaria Municipal de Saúde.	8
Meta 89 – Ampliar a oferta de consulta oftalmológica para crianças escolares, a partir da triagem visual.	8
META 78 – Expandir de 1,23 para 1,54 e qualificar a rede de atenção psicossocial (CAPS)	8
Meta 45 – Implantar a linha de cuidado da criança, adolescentes e mulheres vítimas de violência conforme orientações do MS em toda a rede SUS, no município.	8
Meta 38 – Erradicar a ocorrência de sífilis congênita	8
Meta 36 – Aumentar a razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos, de 0,27(2012) para 0,35 (meta Brasil).	7
Meta 123 – Reativar e manter em funcionamento o Comitê de Humanização	7
Meta 85 – Manter a cobertura por SAMU em 100% do município	7
Meta 79 – Contratualizar leitos em saúde mental para crianças, em hospital geral no município, na proporção de 1 leito saúde mental para cada 10 leitos pediátricos geral.	7
Meta 71 – Ampliar e qualificar as ações de planejamento familiar em todas as UBS e no Centro de Referência da Saúde da Mulher	7
Meta 64 – Agregar novas tecnologias em saúde que permitam aumentar o monitoramento de agravos crônicos, vulnerabilidades específicas e o diagnóstico precoce de doenças, aumentando a capacidade resolutiva da rede de atenção básica, em 100% dos serviços públicos.	7
Meta 60 – Aumentar para 100% a cobertura pelas ações do PIM para crianças até 3 anos de idade das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	7
Meta 74 – Aumentar a taxa de consultas de homens de 20 a 59 anos nos serviços de saúde de 35% acrescentando 10% ao ano	6

[Digite texto]

Meta 18 – Aumentar a cobertura vicinal do calendário básico de 80% para 95%	6
Meta 67 – Aumentar a cobertura de primeiras consultas odontológicas em gestantes, nas equipes ESF que possuem ESB de 8,7 para 100%.	6
Meta 53 – Investigar 100% os óbitos maternos	6
Meta 40 – Diminuir os casos novos de AIDS em crianças com menos de 5 anos em 10% ao ano	6
Meta 39 – Erradicar a transmissão vertical do HIV	6
Meta 16 – Reduzir a taxa de mortalidade prematura de idosos (menor de 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) em 2% ao ano, com o recorte raça/sexo/cor/etnia (de 4,12/1.000 para 3,8/1.000).	6
Meta 4 – Atender 100%, denúncias e reclamações relacionadas a risco sanitário e sujeitos à legislação sanitária vigente em até 10 dias, priorizando os de maior o risco sanitário.	6
Meta 52 – Investigar 100% os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF)	6
Meta 124 – Implantar pelo menos um GTH por quadrante e prever que essa estrutura abranja os serviços contratados pelo SUS	5
Meta 115 – Aumentar a proporção de trabalhadores no SUS com vínculos protegidos de 80,21% para 100%	5
Meta 101 – Manter a contratualização de 100% dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares no município	5
Meta 98 – Processar o faturamento 100% dos serviços de saúde SUS próprios e terceiros	5
Meta 80 – Contratualizar 3 leitos em saúde mental em hospital geral no município para adolescentes	5
Meta 56 – Realizar triagem auditiva em 100% dos nascidos vivos no município	5
Meta 31 – Realizar triagem da acuidade visual de 22,9% em 100% dos alunos da pré escola até o ensino fundamental das escolas públicas onde possui PSE	5
Meta 26 – Aumentar a realização de testes sorológicos anti-hcv em +10% ao ano	5
Meta 17 – Reduzir em 2% ao ano o número de internações hospitalares de pessoas com mais de 60 anos por quedas/fratura de fêmur com recorte raça/sexo/cor/etnia	5
Meta 1 – Identificar 100% os estabelecimentos e estabelecer uma classificação conforme grau de complexidade à saúde	5
Meta 125 – Prover infraestrutura material e RH para apoiar o funcionamento do CMS	4
Meta 119 – Participar ativamente da rede de prevenção à violência e cuidado e proteção às vítimas de violências no município	4
Meta 116 – Adequar o organograma da SMS de acordo com as novas necessidades da saúde	4
Meta 21 – Reduzir o abandono de tratamento da Tuberculose de 11% dos casos novos bacilíferos para 5%.	4
Meta 15 – Reduzir em 5% a taxa anual de incidência de desnutrição em	4

[Digite texto]

crianças até 5 anos	
Meta 9 – Realizar o bloqueio vacinal para raiva animal em 100% dos casos positivos em conformidade com a orientação do Ministério da Saúde	4
META 6 – Implantar a comissão de análise e julgamento do processo administrativo sanitário	4
Meta 3 – Realizar pelo menos uma inspeção sanitária anual em 100% do total dos serviços e produtos, licenciados, de alta complexidade.	4
Meta 117 – Estruturar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	3
Meta 108 – Ampliar a infraestrutura de tecnologia da informação para todos os serviços da SMS	3
Meta 103 – Manter espaços participativos permanentes de discussão e concertação de metas e ações da saúde com as comunidades e trabalhadores	3
Meta 90 – Disponibilizar lentes/óculos para as que necessitem através da adesão ao programa Olhar Brasil	3
Meta 87 – Diminuir o percentual de óbitos por infarto agudo do miocárdio (IAM) em -10% ao ano	3
Meta 81 – Estabelecer atendimento pré-hospitalar móvel para pacientes de saúde mental em crise	3
Meta 77 – Implantar a atenção integral à saúde da população de rua	3
Meta 66 – Aumentar a taxa de gestantes com pelo menos 7 consultas de pré-natal de 58,19% (2012) para 70%	3
Meta 55 – Investigar 100% os óbitos fetal e infantil	3
Meta 46 – Aumentar as ações educativas em saúde bucal incluindo a escovação supervisionada em alunos do 1º e 8º ano do ensino fundamental, das escolas públicas das áreas de abrangência das Unidades de Saúde para 90%.	3
Meta 24 – Investigar 100% dos óbitos por causa mal definida conforme manual para Investigação do Óbito por Causa Mal definida do Ministério da Saúde	3
Meta 51 – Reduzir a taxa de mortalidade materna de 115 (em 2012) para 35 por 100.000 NV	2
Meta 127 – Convocar e apoiar a realização das Conferências Municipais de Saúde	2
Meta 122 – Criar um programa de avaliação e monitoramento junto a SME das estruturas físicas das áreas de manipulação de alimentos, equipamentos, procedência de alimentos e manipuladores, objetivando manter os padrões de qualidade e identidade dos alimentos oferecidos à comunidade escolar.	2
Meta 114 – Criar e manter em funcionamento o Comitê de Ética e Pesquisa em saúde	2
Meta 88 – Reduzir até 24 horas o tempo de permanência de pacientes que necessitem internação, em salas de observação nas emergências.	2
Meta 112 – Manter avaliação constante da qualidade da atenção básica em 100% dos serviços	2
Meta 105 - Adequar 100% dos prédios das unidades básicas	2

[Digite texto]

atualizando em relação às necessidades emergentes e à legislação sanitária	
Meta 102 – Atualizar regularmente, em 100%, a base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos e profissionais de saúde – CNES.	2
Meta 99 – Processar o faturamento 100% dos serviços de saúde NÃO SUS dos prestadores de serviços SUS	2
Meta 96 – Modernizar a gestão através da análise e redesenho de pelo menos 4 processos de trabalho por ano	2
Meta 93 – Implantar o Centro de Oncologia no HNSG	2
Meta 75 – Implantar no município práticas integrativas e complementares de acordo com a política nacional – PMPIC	2
Meta 72 – Realizar atendimento integral de atenção à saúde para 100% da população privada de liberdade	2
Meta 68 – Ofertar consultas para acompanhamento de recém-nascido para 70% dos NV no município, entre o 3º e 5º dia de vida.	2
Meta 63 – Implantar fluxos visando à ampliação do acesso na APS	2
Meta 61 – Acompanhar as condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família	2
Meta 59 – Realizar o teste do pezinho em 90% dos nascidos vivos atendidos na rede SUS, no município, em até 5 dias.	2
Meta 58 – Realizar Teste da Orelhinha em 100% dos nascidos vivos no município	2
Meta 44 – Implantar, no âmbito da saúde, um comitê de prevenção de acidentes e violências e redução de danos ocasionados por esses agravos.	2
Meta 23 – Reduzir a taxa de óbito por tuberculose em coinfectedo HIV de 19,7% em 2012 para 15%, com equidade raça/cor/etnia/sexo.	2
Meta 20 – Aumentar em 10% ao ano a taxa de cura de tuberculose, em pacientes coinfectedos atendidos no município. Em 2012 é de 53,03%	2
Meta 19 – Aumentar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera de 85% para 95% de pacientes que iniciarem tratamento com equidade raça/cor/sexo/etnia	2
Meta 11 – Notificar todos os agravos relacionados ao trabalho identificados nos serviços de saúde SUS	2
Meta 2 – Realizar pelo menos uma inspeção sanitária anual em 80% do total dos serviços e produtos de média complexidade	2
Meta 43 – Reduzir a mortalidade geral por AIDS de 22,35/100.000 para 20/100.000 habitantes com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo	2
Meta 25 – Manter em 100% o encerramento em até 60 dias, a contar do dia da notificação, os casos de notificação compulsória imediata (DNCI).	1
Meta 70 – Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida de 47% para 70%	1
Meta 69 – Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo até 4 meses de vida de 75% (2012) para 90%	1
Meta 65 – Diminuir as internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) de 30% para 25%	1

[Digite texto]

Meta 57 – Realizar Teste do Olhinho em 100% dos nascidos vivos no município	1
Meta 50 – Reduzir em 5% a taxa anual de incidência de baixo peso ao nascer	1
Meta 42 – Diminuir o percentual de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200cel/mm ³ em -10% ao ano	1
Meta 29 – Realizar avaliação antropométrica anual de 22,9 % para 100% dos alunos das escolas públicas do ensino infantil, fundamental e médio.	1
Meta 28 – Investigar 100% das notificações de surtos de doenças de transmissão alimentar notificadas, de acordo com as orientações do MS.	1
Meta 27 – Manter a cura da em 100% dos novos casos de hanseníase diagnosticados no período dois anos de tratamento e encerramento do caso no SINAN	1
Meta 12 – Investigar 100% dos óbitos relacionados ao trabalho que porventura aconteçam no território do município	1
Meta 10 – Ranquear e certificar, com renovação anual, 100% dos serviços e produtos que atendem à legislação sanitária.	1
Meta 33 – Aumentar a razão de CP em mulheres de 25 a 64 anos, a cada 3 anos, de 0,40 para 0,75.	0
Meta 121 – Reduzir a prevalência de excesso de peso na população do município	0
Meta 109 – Passar de 60% para 90% da população canoense cadastrada no sistema de informação	0
Meta 110 – Criar estrutura dentro do DTA capaz de apoiar os processos burocráticos (judiciais, de projetos, compras, contratos, obras).	00
Meta 107 – Integrar os sistemas de informação em saúde em 100% dos serviços contratados	0
Meta 100 – Utilizar em 100% nos processamentos de faturamento dos serviços SUS e NÃO SUS os sistemas/aplicativos do MS/DATASUS	0
Meta 95 – Contratualizar vagas hospitalares para procedimentos odontológicos sob anestesia geral para pessoas com deficiência, quando indicado.	0
Meta 94 – Criar um centro de atenção especializada para a população LGBT com, pelo menos, os seguintes profissionais: ginecologista para transexuais e lésbicas, urologista para travestis e homossexuais e endocrinologista para tratamentos hormonais.	0
Meta 91 – Implementar a assistência farmacêutica em 100% dos serviços da rede de saúde pública, considerando as especificidades locais.	0
Meta 92 – Diminuir a diferença entre a demanda e oferta por transporte de baixa complexidade em 10%	0
Meta 86 – Manter o tempo de espera para atendimento dos usuários classificados como verdes nas emergências para até 2 horas	0
Meta 84 – Organizar o fluxo a fim de que 100% dos pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia	0

[Digite texto]

maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos (Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012).	
Meta 76 – Realizar atendimento integral à saúde população negra atendendo suas especificidades	0
Meta 48 – Diminuir a proporção de exodontias em relação ao número total de procedimentos odontológicos de 3,2% para no máximo 2,8%	0
Meta 47 – Aumentar a escovação supervisionada na população em geral de 1,2% para 3,5%	0
Meta 32 – Realizar triagem da acuidade visual em 100% dos alunos jovens e adultos (EJA) das escolas públicas	0
Meta 30 – Realizar avaliação antropométrica anual em 100% dos alunos jovens e adultos (EJA), das escolas públicas.	0
Meta 22 – Manter a realização de exame anti-HIV nos casos novos de tuberculose para 100%	0
Meta 14 – Reduzir para zero o número de óbitos por influenza no município	0
Aumentar para 100% fiscalização estabelecimentos média complexidade	
Incluir índios (explicado para a proponente que não tem índios morando em Canoas)	
Garantir fornecimento de medicamentos	Ação
Incluir respiridona da REMUME	Ação

Prioridades do quadrante: Sudeste 30 10 13 por ordem de prioridade

Meta	NÚMERO DE ADESÕES
Meta 97 – Aprimorar e consolidar a regulação de todo o sistema municipal de saúde	29
Meta 37 – Disponibilizar exames complementares para 100% das mulheres com mamografias alteradas	29
Meta 82 – Reduzir o tempo de espera para consulta eletiva com especialistas para um período não superior a 90 dias, a partir da solicitação.	25
Meta 8 – Manter e ampliar o programa de controle de leptospirose e roedores no município	23
Meta 93 – Implantar o Centro de Oncologia no HNSG	22
Meta 73 – Implantar o plano de atenção à saúde da pessoa com deficiência no município	21
Meta 126 – Constituir Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas em 100% dos serviços de saúde.	18
Meta 13 – Reduzir os casos de incidência por doenças de veiculação hídrica no município	18
Meta 35 – Aumentar a razão de mamografia em mulheres a partir de 40 anos, a cada ano, de 0,1 (2012) para 0,75 de 40 anos.	17

[Digite texto]

Meta 79 – Contratualizar leitos em saúde mental para crianças, em hospital geral no município, na proporção de 1 leito saúde mental para cada 10 leitos pediátricos geral.	15
Meta 7 - Manter em zero o número de casos autóctones da dengue no município	15
Meta 16 – Reduzir a taxa de mortalidade prematura de idosos (menor de 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) em 2% ao ano, com o recorte raça/sexo/cor/etnia (de 4,12/1.000 para 3,8/1.000).	14
META 6 – Implantar a comissão de análise e julgamento do processo administrativo sanitário	14
Meta 110 – Criar estrutura dentro do DTA capaz de apoiar os processos burocráticos (judiciais, de projetos, compras, contratos, obras).	13
Meta 70 – Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida de 47% para 70%	12
Meta 15 – Reduzir em 5% a taxa anual de incidência de desnutrição em crianças até 5 anos	12
Meta 74 – Aumentar a taxa de consultas de homens de 20 a 59 anos nos serviços de saúde de 35% acrescentando 10% ao ano	11
Meta 118 – Implantar o comitê técnico de saúde da população negra e implementar a política municipal de atenção à saúde dessa população	11
Meta 113 – Criar estrutura responsável por implementar a educação permanente e continuada dos trabalhadores e por fazer a interface da SMS com as instituições de ensino e pesquisa em saúde	11
Meta 88 – Reduzir até 24 horas o tempo de permanência de pacientes que necessitem internação, em salas de observação nas emergências.	10
Meta 36 – Aumentar a razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos, de 0,27 (2012) para 0,35 (meta Brasil).	9
Meta 106 – Informatizar 100% dos processos da rede de serviços públicos de saúde	8
META 78 – Expandir de 1,23 para 1,54 e qualificar a rede de atenção psicossocial (CAPS)	8
Meta 66 – Aumentar a taxa de gestantes com pelo menos 7 consultas de pré-natal de 58,19% (2012) para 70%	8
Meta 124 – Implantar pelo menos um GTH por quadrante e prever que essa estrutura abranja os serviços contratados pelo SUS	7
Meta 123 – Reativar e manter em funcionamento o Comitê de Humanização	7
Meta 103 – Manter espaços participativos permanentes de discussão e concertação de metas e ações da saúde com as comunidades e trabalhadores	7
Meta 89 – Ampliar a oferta de consulta oftalmológica para crianças escolares, a partir da triagem visual.	7
Meta 80 – Contratualizar 3 leitos em saúde mental em hospital geral no município para adolescentes	7
META 5 – Elaborar legislações sanitárias municipais específicas para	7

[Digite texto]

as necessidades locais de regramento	
Meta 105 - Adequar 100% dos prédios das unidades básicas atualizando em relação às necessidades emergentes e à legislação sanitária	6
Meta 90 – Disponibilizar lentes/óculos para as que necessitem através da adesão ao programa Olhar Brasil	6
Meta 81 – Estabelecer atendimento pré-hospitalar móvel para pacientes de saúde mental em crise	6
Meta 76 – Realizar atendimento integral à saúde população negra atendendo suas especificidades	6
Meta 54 – Reduzir a taxa em 1% ao ano da ocorrência de gravidez na adolescência	6
Meta 45 – Implantar a linha de cuidado da criança, adolescentes e mulheres vítimas de violência conforme orientações do MS em toda a rede SUS, no município.	6
Meta 22 – Manter a realização de exame anti-HIV nos casos novos de tuberculose para 100%	6
Meta 51 – Reduzir a taxa de mortalidade materna de 115 (em 2012) para 35 por 100.000 NV	5
Meta 83 – Organizar o fluxo a fim de iniciar, em 100% dos casos, o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso, no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012).	5
Meta 49 – Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 7,15 para 7 por mil nascidos vivos	5
Meta 56 – Realizar triagem auditiva em 100% dos nascidos vivos no município	5
Meta 125 – Prover infraestrutura material e RH para apoiar o funcionamento do CMS	4
Meta 119 – Participar ativamente da rede de prevenção à violência e cuidado e proteção às vítimas de violências no município	4
Meta 115 – Aumentar a proporção de trabalhadores no SUS com vínculos protegidos de 80,21% para 100%	4
Meta 101 – Manter a contratualização de 100% dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares no município	4
Meta 98 – Processar o faturamento 100% dos serviços de saúde SUS próprios e terceiros	4
Meta 87 – Diminuir o percentual de óbitos por infarto agudo do miocárdio (IAM) em -10% ao ano	4
Meta 85 – Manter a cobertura por SAMU em 100% do município	4
Meta 62 – Aumentar a cobertura da população por equipes da Atenção Básica de 60% para 75%	4
Meta 30 – Realizar avaliação antropométrica anual em 100% dos alunos jovens e adultos (EJA), das escolas públicas.	4

[Digite texto]

Meta 9 – Realizar o bloqueio vacinal para raiva animal em 100% dos casos positivos em conformidade com a orientação do Ministério da Saúde	4
Meta 120 – Capacitar 10% da população do município para as primeiras ações em caso de acidentes, traumatismos e catástrofes.	3
Meta 112 – Manter avaliação constante da qualidade da atenção básica em 100% dos serviços	3
Meta 111 – Criar estrutura de assessoria de planejamento, monitoramento e informações em saúde.	3
Meta 99 – Processar o faturamento 100% dos serviços de saúde NÃO SUS dos prestadores de serviços SUS	3
Meta 71 – Ampliar e qualificar as ações de planejamento familiar em todas as UBS e no Centro de Referência da Saúde da Mulher	3
Meta 55 – Investigar 100% os óbitos fetal e infantil	3
Meta 47 – Aumentar a escovação supervisionada na população em geral de 1,2% para 3,5%	3
Meta 46 – Aumentar as ações educativas em saúde bucal incluindo a escovação supervisionada em alunos do 1º e 8º ano do ensino fundamental, das escolas públicas das áreas de abrangência das Unidades de Saúde para 90%.	3
Meta 34 – Realizar o seguimento (acompanhar e tratar) de 100% das mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau e câncer do colo de útero	3
Meta 29 – Realizar avaliação antropométrica anual de 22,9 % para 100% dos alunos das escolas públicas do ensino infantil, fundamental e médio.	3
Meta 4 – Atender 100%, denúncias e reclamações relacionadas a risco sanitário e sujeitos à legislação sanitária vigente em até 10 dias, priorizando os de maior o risco sanitário.	3
Meta 33 – Aumentar a razão de CP em mulheres de 25 a 64 anos, a cada 3 anos, de 0,40 para 0,75.	2
Meta 122 – Criar um programa de avaliação e monitoramento junto a SME das estruturas físicas das áreas de manipulação de alimentos, equipamentos, procedência de alimentos e manipuladores, objetivando manter os padrões de qualidade e identidade dos alimentos oferecidos à comunidade escolar.	2
Meta 121 – Reduzir a prevalência de excesso de peso na população do município	2
Meta 108 – Ampliar a infraestrutura de tecnologia da informação para todos os serviços da SMS	2
Meta 104 – Implementar, em conjunto com a SECOM, estratégias de comunicação com a comunidade interna e externa, em 100% das ações e projetos prioritários da Secretaria Municipal de Saúde.	2
Meta 95 – Contratualizar vagas hospitalares para procedimentos odontológicos sob anestesia geral para pessoas com deficiência, quando indicado.	2
Meta 86 – Manter o tempo de espera para atendimento dos usuários classificados como verdes nas emergências para até 2 horas	2

[Digite texto]

Meta 84 – Organizar o fluxo a fim de que 100% dos pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos (Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012).	2
Meta 68 – Ofertar consultas para acompanhamento de recém-nascido para 70% dos NV no município, entre o 3º e 5º dia de vida.	2
Meta 65 – Diminuir as internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) de 30% para 25%	2
Meta 63 – Implantar fluxos visando à ampliação do acesso na APS	2
Meta 60 – Aumentar para 100% a cobertura pelas ações do PIM para crianças até 3 anos de idade das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	2
Meta 59 – Realizar o teste do pezinho em 90% dos nascidos vivos atendidos na rede SUS, no município, em até 5 dias.	2
Meta 57 – Realizar Teste do Olhinho em 100% dos nascidos vivos no município	2
Meta 44 – Implantar, no âmbito da saúde, um comitê de prevenção de acidentes e violências e redução de danos ocasionados por esses agravos.	2
Meta 31 – Realizar triagem da acuidade visual de 22,9% em 100% dos alunos da pré escola até o ensino fundamental das escolas públicas onde possui PSE	2
Meta 2 – Realizar pelo menos uma inspeção sanitária anual em 80% do total dos serviços e produtos de média complexidade	2
Meta 41 – Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos de 63,56/100.000 para 55/100.000 habitantes, com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo.	1
Meta 116 – Adequar o organograma da SMS de acordo com as novas necessidades da saúde	1
Meta 114 – Criar e manter em funcionamento o Comitê de Ética e Pesquisa em saúde	1
Meta 109 – Passar de 60% para 90% da população canoense cadastrada no sistema de informação	1
Meta 107 – Integrar os sistemas de informação em saúde em 100% dos serviços contratados	1
Meta 102 – Atualizar regularmente, em 100%, a base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos e profissionais de saúde – CNES.	1
Meta 100 – Utilizar em 100% nos processamentos de faturamento dos serviços SUS e NÃO SUS os sistemas/aplicativos do MS/DATASUS	1
Meta 94 – Criar um centro de atenção especializada para a população LGBT com, pelo menos, os seguintes profissionais: ginecologista para transexuais e lésbicas, urologista para travestis e homossexuais e endocrinologista para tratamentos hormonais.	1
Meta 91 – Implementar a assistência farmacêutica em 100% dos serviços da rede de saúde pública, considerando as especificidades locais.	1

[Digite texto]

Meta 69 – Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo até 4 meses de vida de 75% (2012) para 90%	1
Meta 72 – Realizar atendimento integral de atenção à saúde para 100% da população privada de liberdade	1
Meta 58 – Realizar Teste da Orelhinha em 100% dos nascidos vivos no município	1
Meta 53 – Investigar 100% os óbitos maternos	1
Meta 50 – Reduzir em 5% a taxa anual de incidência de baixo peso ao nascer	1
Meta 32 – Realizar triagem da acuidade visual em 100% dos alunos jovens e adultos (EJA) das escolas públicas	1
Meta 20 – Aumentar em 10% ao ano a taxa de cura de tuberculose, em pacientes coinfetados atendidos no município. Me 2012 é de 53,03%	1
Meta 14 – Reduzir para zero o número de óbitos por influenza no município	1
Meta 3 – Realizar pelo menos uma inspeção sanitária anual em 100% do total dos serviços e produtos, licenciados, de alta complexidade	1
Meta 127 – Convocar e apoiar a realização das Conferências Municipais de Saúde	0
Meta 117 – Estruturar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	0
Meta 18 – Aumentar a cobertura vicinal do calendário básico de 80% para 95%	0
Meta 96 – Modernizar a gestão através da análise e redesenho de pelo menos 4 processos de trabalho por ano	0
Meta 92 – Diminuir a diferença entre a demanda e oferta por transporte de baixa complexidade em 10%	0
Meta 25 – Manter em 100% o encerramento em até 60 dias, a contar do dia da notificação, os casos de notificação compulsória imediata (DNCI)	0
Meta 77 – Implantar a atenção integral à saúde da população de rua	0
Meta 75 – Implantar no município práticas integrativas e complementares de acordo com a política nacional – PMPIC	0
Meta 67 – Aumentar a cobertura de primeiras consultas odontológicas em gestantes, nas equipes ESF que possuem ESB de 8,7 para 100%	0
Meta 64 – Agregar novas tecnologias em saúde que permitam aumentar o monitoramento de agravos crônicos, vulnerabilidades específicas e o diagnóstico precoce de doenças, aumentando a capacidade resolutiva da rede de atenção básica, em 100% dos serviços públicos	0
Meta 61 – Acompanhar as condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família	0
Meta 48 – Diminuir a proporção de exodontias em relação ao número total de procedimentos odontológicos de 3,2% para no máximo 2,8%	0
Meta 42 – Diminuir o percentual de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200cel/mm ³ em -10% ao ano	0
Meta 40 – Diminuir os casos novos de AIDS em crianças com menos	0

[Digite texto]

de 5 anos em 10% ao ano	
Meta 39 – Erradicar a transmissão vertical do HIV	0
Meta 38 – Erradicar a ocorrência de sífilis congênita	0
Meta 28 – Investigar 100% das notificações de surtos de doenças de transmissão alimentar notificadas, de acordo com as orientações do MS	0
Meta 27 – Manter a cura da em 100% dos novos casos de hanseníase diagnosticados no período dois anos de tratamento e encerramento do caso no SINAN	0
Meta 26 – Aumentar a realização de testes sorológicos anti-hcv em +10% ao ano	0
Meta 24 – Investigar 100% dos óbitos por causa mal definida conforme manual para Investigação do Óbito por Causa Mal definida do Ministério da Saúde	0
Meta 23 – Reduzir a taxa de óbito por tuberculose em coinfestado HIV de 19,7% em 2012 para 15%, com equidade raça/cor/etnia/sexo	0
Meta 21 – Reduzir o abandono de tratamento da Tuberculose de 11% dos casos novos bacilíferos para 5%.	0
Meta 19 – Aumentar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera de 85% para 95% de pacientes que iniciarem tratamento com equidade raça/cor/sexo/etnia	0
Meta 17 – Reduzir em 2% ao ano o número de internações hospitalares de pessoas com mais de 60 anos por quedas/fratura de fêmur com recorte raça/sexo/cor/etnia	0
Meta 12 – Investigar 100% dos óbitos relacionados ao trabalho que porventura aconteçam no território do município	0
Meta 10 – Ranquear e certificar, com renovação anual, 100% dos serviços e produtos que atendem à legislação sanitária	0
Meta 11 – Notificar todos os agravos relacionados ao trabalho identificados nos serviços de saúde SUS	0
Meta 1 – Identificar 100% os estabelecimentos e estabelecer uma classificação conforme grau de complexidade à saúde	0
Meta 43 – Reduzir a mortalidade geral por AIDS de 22,35/100.000 para 20/100.000 habitantes com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo	0
Meta 52 – Investigar 100% os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF)	0
Fornecer no prazo máximo de 15 dias os leites especiais	
Fornecer escova dental para os alunos das escolas públicas infantis, fundamental e médio	

[Digite texto]

Priorização quadrante Nordeste 06 11 13, em ordem de priorização

Meta	Priorização
Meta 37 – Disponibilizar exames complementares para 100% das mulheres com mamografias alteradas	73
Meta 45 – Implantar a linha de cuidado da criança, adolescentes e mulheres vítimas de violência conforme orientações do MS em toda a rede SUS, no município	67
Meta 82 – Reduzir o tempo de espera para consulta eletiva com especialistas para um período não superior a 90 dias, a partir da solicitação	65
Meta 62 – Aumentar a cobertura da população por equipes da Atenção Básica de 60% para 75%	56
Meta 13 – Reduzir os casos de incidência por doenças de veiculação hídrica no município	46
Meta 8 – Manter e ampliar o programa de controle de leptospirose e roedores no município	35
Meta 76 – Realizar atendimento integral à saúde população negra atendendo suas especificidades	34
Meta 83 – Organizar o fluxo a fim de iniciar, em 100% dos casos, o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso, no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012)	32
META 78 – Expandir de 1,23 para 1,54 e qualificar a rede de atenção psicossocial (CAPS)	29
Meta 126 – Constituir Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas em 100% dos serviços de saúde	29
Meta 73 – Implantar o plano de atenção à saúde da pessoa com deficiência no município	26
Meta 79 – Contratualizar leitos em saúde mental para crianças, em hospital geral no município, na proporção de 1 leito saúde mental para cada 10 leitos pediátricos geral	25
Meta 88 – Reduzir até 24 horas o tempo de permanência de pacientes que necessitem internação, em salas de observação nas emergências	25
Meta 97 – Aprimorar e consolidar a regulação de todo o sistema municipal de saúde	22
Meta 89 – Ampliar a oferta de consulta oftalmológica para crianças escolares, a partir da triagem visual	21
Meta 36 – Aumentar a razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos, de 0,27(2012) para 0,35 (meta Brasil)	19
Meta 71 – Ampliar e qualificar as ações de planejamento familiar em todas as UBS e no Centro de Referência da Saúde da Mulher	18
Meta 119 – Participar ativamente da rede de prevenção à violência e	18

[Digite texto]

cuidado e proteção às vítimas de violências no município	
Meta 90 – Disponibilizar lentes/óculos para as que necessitem através da adesão ao programa Olhar Brasil	15
Meta 110 – Criar estrutura dentro do DTA capaz de apoiar os processos burocráticos (judiciais, de projetos, compras, contratos, obras)	15
Meta 93 – Implantar o Centro de Oncologia no HNSG	14
Meta 35 – Aumentar a razão de mamografia em mulheres a partir de 40 anos, a cada ano, de 0,1 (2012) para 0,75 de 40 anos	13
Meta 105 - Adequar 100% dos prédios das unidades básicas atualizando em relação às necessidades emergentes e à legislação sanitária	13
Meta 6 – Implantar a comissão de análise e julgamento do processo administrativo sanitário	12
Meta 106 – Informatizar 100% dos processos da rede de serviços públicos de saúde	12
Meta 124 – Implantar pelo menos um GTH por quadrante e prever que essa estrutura abranja os serviços contratados pelo SUS	12
Meta 64 – Agregar novas tecnologias em saúde que permitam aumentar o monitoramento de agravos crônicos, vulnerabilidades específicas e o diagnóstico precoce de doenças, aumentando a capacidade resolutiva da rede de atenção básica, em 100% dos serviços públicos	11
Meta 77 – Implantar a atenção integral à saúde da população de rua	11
Meta 85 – Manter a cobertura por SAMU em 100% do município	11
Meta 103 – Manter espaços participativos permanentes de discussão e concertação de metas e ações da saúde com as comunidades e trabalhadores	11
Meta 113 – Criar estrutura responsável por implementar a educação permanente e continuada dos trabalhadores e por fazer a interface da SMS com as instituições de ensino e pesquisa em saúde	11
Meta 74 – Aumentar a taxa de consultas de homens de 20 a 59 anos nos serviços de saúde de 35% acrescentando 10% ao ano	10
Meta 68 – Ofertar consultas para acompanhamento de recém-nascido para 70% dos NV no município, entre o 3º e 5º dia de vida	9
Meta 108 – Ampliar a infraestrutura de tecnologia da informação para todos os serviços da SMS	9
Meta 127 – Convocar e apoiar a realização das Conferências Municipais de Saúde	9
Meta 80 – Contratualizar 3 leitos em saúde mental em hospital geral no município para adolescentes	8
Meta 94 – Criar um centro de atenção especializada para a população LGBT com, pelo menos, os seguintes profissionais: ginecologista para transexuais e lésbicas, urologista para travestis e homossexuais e endocrinologista para tratamentos hormonais	8
Meta 125 – Prover infraestrutura material e RH para apoiar o funcionamento do CMS	8
Meta 4 – Atender 100%, denúncias e reclamações relacionadas a	7

[Digite texto]

risco sanitário e sujeitos à legislação sanitária vigente em até 10 dias, priorizando os de maior o risco sanitário	
Meta 17 – Reduzir em 2% ao ano o número de internações hospitalares de pessoas com mais de 60 anos por quedas/fratura de fêmur com recorte raça/sexo/cor/etnia	6
Meta 57 – Realizar Teste do Olhinho em 100% dos nascidos vivos no município	6
Meta 95 – Contratualizar vagas hospitalares para procedimentos odontológicos sob anestesia geral para pessoas com deficiência, quando indicado	6
Meta 123 – Reativar e manter em funcionamento o Comitê de Humanização	6
Meta 34 – Realizar o seguimento (acompanhar e tratar) de 100% das mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau e câncer do colo de útero	5
Meta 50 – Reduzir em 5% a taxa anual de incidência de baixo peso ao nascer	5
Meta 59 – Realizar o teste do pezinho em 90% dos nascidos vivos atendidos na rede SUS, no município, em até 5 dias	5
Meta 61 – Acompanhar as condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família	5
Meta 66 – Aumentar a taxa de gestantes com pelo menos 7 consultas de pré-natal de 58,19% (2012) para 70%	5
Meta 81 – Estabelecer atendimento pré-hospitalar móvel para pacientes de saúde mental em crise	5
Meta 121 – Reduzir a prevalência de excesso de peso na população do município	5
Meta 7 - Manter em zero o número de casos autóctones da dengue no município	4
Meta 16 – Reduzir a taxa de mortalidade prematura de idosos (menor de 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) em 2% ao ano, com o recorte raça/sexo/cor/etnia (de 4,12/1.000 para 3,8/1.000)	4
Meta 18 – Aumentar a cobertura vicinal do calendário básico de 80% para 95%	4
Meta 58 – Realizar Teste da Orelhinha em 100% dos nascidos vivos no município	4
Meta 98 – Processar o faturamento 100% dos serviços de saúde SUS próprios e terceiros	4
Meta 111 – Criar estrutura de assessoria de planejamento, monitoramento e informações em saúde	4
Meta 112 – Manter avaliação constante da qualidade da atenção básica em 100% dos serviços	4
Meta 120 – Capacitar 10% da população do município para as primeiras ações em caso de acidentes, traumatismos e catástrofes	4
Meta 15 – Reduzir em 5% a taxa anual de incidência de desnutrição em crianças até 5 anos	3

[Digite texto]

Meta 32 – Realizar triagem da acuidade visual em 100% dos alunos jovens e adultos (EJA) das escolas públicas	3
Meta 33 – Aumentar a razão de CP em mulheres de 25 a 64 anos, a cada 3 anos, de 0,40 para 0,75	3
Meta 60 – Aumentar para 100% a cobertura pelas ações do PIM para crianças até 3 anos de idade das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	3
Meta 65 – Diminuir as internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) de 30% para 25%	3
Meta 69 – Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo até 4 meses de vida de 75% (2012) para 90%	3
Meta 102 – Atualizar regularmente, em 100%, a base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos e profissionais de saúde – CNES	3
Meta 114 – Criar e manter em funcionamento o Comitê de Ética e Pesquisa em saúde	3
Meta 117 – Estruturar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	3
Meta 22 – Manter a realização de exame anti-HIV nos casos novos de tuberculose para 100%	2
Meta 38 – Erradicar a ocorrência de sífilis congênita	2
Meta 40 – Diminuir os casos novos de AIDS em crianças com menos de 5 anos em 10% ao ano	2
Meta 43 – Reduzir a mortalidade geral por AIDS de 22,35/100.000 para 20/100.000 habitantes com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo	2
Meta 52 – Investigar 100% os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF)	2
Meta 53 – Investigar 100% os óbitos maternos	2
Meta 54 – Reduzir a taxa em 1% ao ano da ocorrência de gravidez na adolescência	2
Meta 63 – Implantar fluxos visando à ampliação do acesso na APS	2
Meta 91 – Implementar a assistência farmacêutica em 100% dos serviços da rede de saúde pública, considerando as especificidades locais	2
Meta 101 – Manter a contratualização de 100% dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares no município	2
Meta 107 – Integrar os sistemas de informação em saúde em 100% dos serviços contratados	2
Meta 2 – Realizar pelo menos uma inspeção sanitária anual em 80% do total dos serviços e produtos de média complexidade	1
Meta 9 – Realizar o bloqueio vacinal para raiva animal em 100% dos casos positivos em conformidade com a orientação do Ministério da Saúde	1
Meta 11 – Notificar todos os agravos relacionados ao trabalho identificados nos serviços de saúde SUS	1
Meta 14 – Reduzir para zero o número de óbitos por influenza no município	1
Meta 20 – Aumentar em 10% ao ano a taxa de cura de tuberculose,	1

[Digite texto]

em pacientes coinfectados atendidos no município. Em 2012 é de 53,03%	
Meta 21 – Reduzir o abandono de tratamento da Tuberculose de 11% dos casos novos bacilíferos para 5%.	1
Meta 24 – Investigar 100% dos óbitos por causa mal definida conforme manual para Investigação do Óbito por Causa Mal definida do Ministério da Saúde	1
Meta 39 – Erradicar a transmissão vertical do HIV	1
Meta 48 – Diminuir a proporção de exodontias em relação ao número total de procedimentos odontológicos de 3,2% para no máximo 2,8%	1
Meta 49 – Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 7,15 para 7 por mil nascidos vivos	1
Meta 55 – Investigar 100% os óbitos fetal e infantil	1
Meta 56 – Realizar triagem auditiva em 100% dos nascidos vivos no município	1
Meta 72 – Realizar atendimento integral de atenção à saúde para 100% da população privada de liberdade	1
Meta 75 – Implantar no município práticas integrativas e complementares de acordo com a política nacional – PMPIC	1
Meta 109 – Passar de 60% para 90% da população canoense cadastrada no sistema de informação	1
Meta 115 – Aumentar a proporção de trabalhadores no SUS com vínculos protegidos de 80,21% para 100%	1
Meta 1 – Identificar 100% os estabelecimentos e estabelecer uma classificação conforme grau de complexidade à saúde	0
Meta 3 – Realizar pelo menos uma inspeção sanitária anual em 100% do total dos serviços e produtos, licenciados, de alta complexidade	0
Meta 5 – Elaborar legislações sanitárias municipais específicas para as necessidades locais de regramento	0
Meta 10 – Ranquear e certificar, com renovação anual, 100% dos serviços e produtos que atendem à legislação sanitária	0
Meta 12 – Investigar 100% dos óbitos relacionados ao trabalho que porventura aconteçam no território do município	0
Meta 19 – Aumentar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera de 85% para 95% de pacientes que iniciarem tratamento com equidade raça/cor/sexo/etnia	0
Meta 23 – Reduzir a taxa de óbito por tuberculose em coinfectado HIV de 19,7% em 2012 para 15%, com equidade raça/cor/etnia/sexo	0
Meta 25 – Manter em 100% o encerramento em até 60 dias, a contar do dia da notificação, os casos de notificação compulsória imediata (DNCI)	0
Meta 26 – Aumentar a realização de testes sorológicos anti-hcv em +10% ao ano	0
Meta 27 – Manter a cura da em 100% dos novos casos de hanseníase diagnosticados no período dois anos de tratamento e encerramento do caso no SINAN	0
Meta 29 – Realizar avaliação antropométrica anual de 22,9 % para 100% dos alunos das escolas públicas do ensino infantil, fundamental	0

[Digite texto]

e médio	
Meta 30 – Realizar avaliação antropométrica anual em 100% dos alunos jovens e adultos (EJA), das escolas públicas	0
Meta 31 – Realizar triagem da acuidade visual de 22,9% em 100% dos alunos da pré escola até o ensino fundamental das escolas públicas onde possui PSE	0
Meta 41 – Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos de 63,56/100.000 para 55/100.000 habitantes, com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo	0
Meta 42 – Diminuir o percentual de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200cel/mm ³ em -10% ao ano	0
Meta 46 – Aumentar as ações educativas em saúde bucal incluindo a escovação supervisionada em alunos do 1º e 8º ano do ensino fundamental, das escolas públicas das áreas de abrangência das Unidades de Saúde para 90%	0
Meta 47 – Aumentar a escovação supervisionada na população em geral de 1,2% para 3,5%	0
Meta 51 – Reduzir a taxa de mortalidade materna de 115 (em 2012) para 35 por 100.000 NV	0
Meta 67 – Aumentar a cobertura de primeiras consultas odontológicas em gestantes, nas equipes ESF que possuem ESB de 8,7 para 100%	0
Meta 70 – Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida de 47% para 70%	0
Meta 84 – Organizar o fluxo a fim de que 100% dos pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos (Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012)	0
Meta 86 – Manter o tempo de espera para atendimento dos usuários classificados como verdes nas emergências para até 2 horas	0
Meta 87 – Diminuir o percentual de óbitos por infarto agudo do miocárdio (IAM) em -10% ao ano	0
Meta 92 – Diminuir a diferença entre a demanda e oferta por transporte de baixa complexidade em 10%	0
Meta 96 – Modernizar a gestão através da análise e redesenho de pelo menos 4 processos de trabalho por ano	0
Meta 99 – Processar o faturamento 100% dos serviços de saúde NÃO SUS dos prestadores de serviços SUS	0
Meta 100 – Utilizar em 100% nos processamentos de faturamento dos serviços SUS e NÃO SUS os sistemas/aplicativos do MS/DATASUS	0
Meta 104 – Implementar, em conjunto com a SECOM, estratégias de comunicação com a comunidade interna e externa, em 100% das ações e projetos prioritários da Secretaria Municipal de Saúde	0
Meta 116 – Adequar o organograma da SMS de acordo com as novas necessidades da saúde	0
Meta 122 – Criar um programa de avaliação e monitoramento junto a SME das estruturas físicas das áreas de manipulação de alimentos, equipamentos, procedência de alimentos e manipuladores,	0

[Digite texto]

objetivando manter os padrões de qualidade e identidade dos alimentos oferecidos à comunidade escolar	
Meta 28 – Investigar 100% das notificações de surtos de doenças de transmissão alimentar notificadas, de acordo com as orientações do MS	
Meta 44 – Implantar, no âmbito da saúde, um comitê de prevenção de acidentes e violências e redução de danos ocasionados por esses agravos	
Meta 118 – Implantar o comitê técnico de saúde da população negra e implementar a política municipal de atenção à saúde dessa população	
Solucionar os alagamentos na região	1
Contratar neuro pediatras	1
Atender prioritariamente as gestantes e idosos nas filas depois das consultas (para carimbar, pegar medicamentos, etc.)	1
Teleagendamento diferenciado para a terceira idade	2
Agendamento na UBS de referência conforme o endereço da pessoa (território)	2
Retorno não passar novamente pelo teleagendamento	2 + carta
Mais agilidade para as cirurgias	1
Mais agilidade para as cirurgias vascular	1
Acesso facilitado a especialista	1
Farmácia básica final de semana	Carta
Atendimento odontológico UPA	Carta
Maior atenção por parte dos médicos (nem tudo é depressão / virose)	Carta
Ampliar acesso a exames de alta complexidade	Carta
Melhorar a qualidade dos serviços de fisioterapia	carta
Mais estrutura nas UPA (citado RX para criança)	Carta
Maior atenção às doenças degenerativas e gestantes	Carta
Adotar a fitoterapia	Carta

Metas prioridades quadrante Noroeste 07 11 13, em ordem de priorização

Meta 82 – Reduzir o tempo de espera para consulta eletiva com especialistas para um período não superior a 90 dias, a partir da solicitação Agilidade na chamada para as cirurgias	73 +10
Meta 73 – Implantar o plano de atenção à saúde da pessoa com deficiência no município - Criar um grupo de inclusão, desde a internação até a alta, de pacientes com deficiência, apoiando a família e envolvendo as entidades e o serviço público	57 +21
Meta 37 – Disponibilizar exames complementares para 100% das mulheres com mamografias alteradas	50
Meta 8 – Manter e ampliar o programa de controle de leptospirose e roedores no município	47

[Digite texto]

Meta 45 – Implantar a linha de cuidado da criança, adolescentes e mulheres vítimas de violência conforme orientações do MS em toda a rede SUS, no município	42
- Deixar uma das farmácias básicas aberta nos finais de semana	42
Meta 35 – Aumentar a razão de mamografia em mulheres a partir de 40 anos, a cada ano, de 0,1 (2012) para 0,75 de 40 anos	38
- Qualificar o teleagendamento	38
Meta 13 – Reduzir os casos de incidência por doenças de veiculação hídrica no município	35
Meta 16 – Reduzir a taxa de mortalidade prematura de idosos (menor de 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) em 2% ao ano, com o recorte raça/sexo/cor/etnia (de 4,12/1.000 para 3,8/1.000)	31
Meta 83 – Organizar o fluxo a fim de iniciar, em 100% dos casos, o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso, no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012)	31
Meta 59 – Realizar o teste do pezinho em 90% dos nascidos vivos atendidos na rede SUS, no município, em até 5 dias	30
Meta 81 – Estabelecer atendimento pré-hospitalar móvel para pacientes de saúde mental em crise	28
- Dar a oportunidade de escolher o posto que quer consultar, sem precisar ser o posto de onde mora ()	26
Meta 93 – Implantar o Centro de Oncologia no HNSG	25
META 6 – Implantar a comissão de análise e julgamento do processo administrativo sanitário	23
Meta 79 – Contratualizar leitos em saúde mental para crianças, em hospital geral no município, na proporção de 1 leito saúde mental para cada 10 leitos pediátricos geral	23
Meta 97 – Aprimorar e consolidar a regulação de todo o sistema municipal de saúde	23
Meta 38 – Erradicar a ocorrência de sífilis congênita	22
Meta 85 – Manter a cobertura por SAMU em 100% do município	20
Meta 62 – Aumentar a cobertura da população por equipes da Atenção Básica de 60% para 75%	19
Meta 80 – Contratualizar 3 leitos em saúde mental em hospital geral no município para adolescentes	18
Meta 64 – Agregar novas tecnologias em saúde que permitam aumentar o monitoramento de agravos crônicos, vulnerabilidades específicas e o diagnóstico precoce de doenças, aumentando a capacidade resolutiva da rede de atenção básica, em 100% dos serviços públicos	16
Meta 88 – Reduzir até 24 horas o tempo de permanência de pacientes	16

[Digite texto]

que necessitem internação, em salas de observação nas Emergências	
Meta 126 – Constituir Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas em 100% dos serviços de saúde	16
META 78 – Expandir de 1,23 para 1,54 e qualificar a rede de atenção psicossocial (CAPS)	15
Meta 76 – Realizar atendimento integral à saúde população negra atendendo suas especificidades	14
Meta 33 – Aumentar a razão de CP em mulheres de 25 a 64 anos, a cada 3 anos, de 0,40 para 0,75	13
Meta 118 – Implantar o comitê técnico de saúde da população negra e implementar a política municipal de atenção à saúde dessa população	13
Meta 120 – Capacitar 10% da população do município para as primeiras ações em caso de acidentes, traumatismos e catástrofes	13
Meta 14 – Reduzir para zero o número de óbitos por influenza no município	12
Meta 17 – Reduzir em 2% ao ano o número de internações hospitalares de pessoas com mais de 60 anos por quedas/fratura de fêmur com recorte raça/sexo/cor/etnia	12
Meta 34 – Realizar o seguimento (acompanhar e tratar) de 100% das mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau e câncer do colo de útero	12
Meta 39 – Erradicar a transmissão vertical do HIV	11
Meta 87 – Diminuir o percentual de óbitos por infarto agudo do miocárdio (IAM) em -10% ao ano	11
Meta 49 – Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 7,15 para 7 por mil nascidos vivos	10
Meta 89 – Ampliar a oferta de consulta oftalmológica para crianças escolares, a partir da triagem visual	10
Meta 125 – Prover infraestrutura material e RH para apoiar o funcionamento do CMS	10
Meta 7 - Manter em zero o número de casos autóctones da dengue no município	09
Meta 40 – Diminuir os casos novos de AIDS em crianças com menos de 5 anos em 10% ao ano	09
Meta 90 – Disponibilizar lentes/óculos para as que necessitem através da adesão ao programa Olhar Brasil	09
Meta 106 – Informatizar 100% dos processos da rede de serviços públicos de saúde	09
Meta 123 – Reativar e manter em funcionamento o Comitê de Humanização	09
Meta 15 – Reduzir em 5% a taxa anual de incidência de desnutrição em crianças até 5 anos	08
Meta 60 – Aumentar para 100% a cobertura pelas ações do PIM para crianças até 3 anos de idade das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	08
Meta 74 – Aumentar a taxa de consultas de homens de 20 a 59 anos nos serviços de saúde de 35% acrescentando 10% ao ano	08

[Digite texto]

Meta 96 – Modernizar a gestão através da análise e redesenho de pelo menos 4 processos de trabalho por ano	08
- Garantir a conclusão dos tratamentos odontológicos	08
Meta 104 – Implementar, em conjunto com a SECOM, estratégias de comunicação com a comunidade interna e externa, em 100% das ações e projetos prioritários da Secretaria Municipal de Saúde	07
Meta 119 – Participar ativamente da rede de prevenção à violência e cuidado e proteção às vítimas de violências no município	07
Meta 46 – Aumentar as ações educativas em saúde bucal incluindo a escovação supervisionada em alunos do 1º e 8º ano do ensino fundamental, das escolas públicas das áreas de abrangência das Unidades de Saúde para 90%	06
Meta 86 – Manter o tempo de espera para atendimento dos usuários classificados com verdes nas emergências para até 2 horas	06
Meta 105 - Adequar 100% dos prédios das unidades básicas atualizando em relação às necessidades emergentes e à legislação sanitária	06
Meta 19 – Aumentar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera de 85% para 95% de pacientes que iniciarem tratamento com equidade raça/cor/sexo/etnia	05
Meta 22 – Manter a realização de exame anti-HIV nos casos novos de tuberculose para 100%	05
Meta 44 – Implantar, no âmbito da saúde, um comitê de prevenção de acidentes e violências e redução de danos ocasionados por esses agravos	05
Meta 47 – Aumentar a escovação supervisionada na população em geral de 1,2% para 3,5% - Levar equipe de saúde bucal nas longas permanências dos Idoso	05 +02
Meta 53 – Investigar 100% os óbitos maternos	05
Meta 54 – Reduzir a taxa em 1% ao ano da ocorrência de gravidez na adolescência	05
Meta 57 – Realizar Teste do Olhinho em 100% dos nascidos vivos no município	05
Meta 66 – Aumentar a taxa de gestantes com pelo menos 7 consultas de pré-natal de 58,19% (2012) para 70%	05
Meta 71 – Ampliar e qualificar as ações de planejamento familiar em todas as UBS e no Centro de Referência da Saúde da Mulher	05
Meta 77 – Implantar a atenção integral à saúde da população de rua	05
Meta 95 – Contratualizar vagas hospitalares para procedimentos odontológicos sob anestesia geral para pessoas com deficiência, quando indicado	05
Meta 112 – Manter avaliação constante da qualidade da atenção básica em 100% dos serviços	05
Meta 113 – Criar estrutura responsável por implementar a educação permanente e continuada dos trabalhadores e por fazer a interface da SMS com as instituições de ensino e pesquisa em saúde	05

[Digite texto]

Meta 114 – Criar e manter em funcionamento o Comitê de Ética e Pesquisa em saúde	05
Meta 121 – Reduzir a prevalência de excesso de peso na população do município	05
Meta 2 – Realizar pelo menos uma inspeção sanitária anual em 80% do total dos serviços e produtos de média complexidade	04
Meta 12 – Investigar 100% dos óbitos relacionados ao trabalho que porventura aconteçam no território do município	04
Meta 18 – Aumentar a cobertura vicinal do calendário básico de 80% para 95%	04
Meta 24 – Investigar 100% dos óbitos por causa mal definida conforme manual para Investigação do Óbito por Causa Mal definida do Ministério da Saúde	04
Meta 31 – Realizar triagem da acuidade visual de 22,9% em 100% dos alunos da pré escola até o ensino fundamental das escolas públicas onde possui PSE	04
Meta 63 – Implantar fluxos visando à ampliação do acesso na APS	04
Meta 68 – Ofertar consultas para acompanhamento de recém-nascido para 70% dos NV no município, entre o 3º e 5º dia de vida	04
Meta 72 – Realizar atendimento integral de atenção à saúde para 100% da população privada de liberdade	04
Meta 91 – Implementar a assistência farmacêutica em 100% dos serviços da rede de saúde pública, considerando as especificidades locais	04
Meta 92 – Diminuir a diferença entre a demanda e oferta por transporte de baixa complexidade em 10%	04
- Garantir o acesso às terapias complementares na MC (Fono, Psicólogo, Fisio)	04
Meta 1 – Identificar 100% os estabelecimentos e estabelecer uma classificação conforme grau de complexidade à saúde	03
Meta 4 – Atender 100%, denúncias e reclamações relacionadas a risco sanitário e sujeitos à legislação sanitária vigente em até 10 dias, priorizando os de maior o risco sanitário	03
Meta 55 – Investigar 100% os óbitos fetal e infantil	03
Meta 58 – Realizar Teste da Orelhinha em 100% dos nascidos vivos no município	03
Meta 61 – Acompanhar as condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família	03
Meta 84 – Organizar o fluxo a fim de que 100% dos pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos (Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012)	03
Meta 107 – Integrar os sistemas de informação em saúde em 100% dos serviços contratados	03
Meta 110 – Criar estrutura dentro do DTA capaz de apoiar os processos burocráticos (judiciais, de projetos, compras, contratos, obras)	03
Meta 111 – Criar estrutura de assessoria de planejamento,	03

[Digite texto]

monitoramento e informações em saúde	
Meta 122 – Criar um programa de avaliação e monitoramento junto a SME das estruturas físicas das áreas de manipulação de alimentos, equipamentos, procedência de alimentos e manipuladores, objetivando manter os padrões de qualidade e identidade dos alimentos oferecidos à comunidade escolar	03
Meta 124 – Implantar pelo menos um GTH por quadrante e prever que essa estrutura abranja os serviços contratados pelo SUS	03
Meta 3 – Realizar pelo menos uma inspeção sanitária anual em 100% do total dos serviços e produtos, licenciados, de alta complexidade	02
Meta 9 – Realizar o bloqueio vacinal para raiva animal em 100% dos casos positivos em conformidade com a orientação do Ministério da Saúde	02
Meta 10 – Ranquear e certificar, com renovação anual, 100% dos serviços e produtos que atendem à legislação sanitária	02
Meta 11 – Notificar todos os agravos relacionados ao trabalho identificados nos serviços de saúde SUS	02
Meta 21 – Reduzir o abandono de tratamento da Tuberculose de 11% dos casos novos bacilíferos para 5%.	02
Meta 26 – Aumentar a realização de testes sorológicos anti-hcv em +10% ao ano	02
Meta 32 – Realizar triagem da acuidade visual em 100% dos alunos jovens e adultos (EJA) das escolas públicas	02
Meta 36 – Aumentar a razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos, de 0,27(2012) para 0,35 (meta Brasil)	02
Meta 56 – Realizar triagem auditiva em 100% dos nascidos vivos no município	02
Meta 65 – Diminuir as internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) de 30% para 25%	02
Meta 67 – Aumentar a cobertura de primeiras consultas odontológicas em gestantes, nas equipes ESF que possuem ESB de 8,7 para 100%	02
- Criar banco de Leite humano – Conselho de Seg. Alimentar e Nutricional	02
Meta 69 – Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo até 4 meses de vida de 75% (2012) para 90%	02
Meta 75 – Implantar no município práticas integrativas e complementares de acordo com a política nacional – PMPIC	02
Meta 94 – Criar um centro de atenção especializada para a população LGBT com, pelo menos, os seguintes profissionais: ginecologista para transexuais e lésbicas, urologista para travestis e homossexuais e endocrinologista para tratamentos hormonais	02
Meta 98 – Processar o faturamento 100% dos serviços de saúde SUS próprios e terceiros	02
Meta 101 – Manter a contratualização de 100% dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares no município	02
Meta 116 – Adequar o organograma da SMS de acordo com as novas necessidades da saúde	02
- Qualificar o agendamento de consultas no HU –	02

[Digite texto]

consulta e retorno	
Meta 117 – Estruturar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	02
Meta 20 – Aumentar em 10% ao ano a taxa de cura de tuberculose, em pacientes coinfectados atendidos no município. Em 2012 é de 53,03%	01
Meta 23 – Reduzir a taxa de óbito por tuberculose em coinfectado HIV de 19,7% em 2012 para 15%, com equidade raça/cor/etnia/sexo	01
Meta 28 – Investigar 100% das notificações de surtos de doenças de transmissão alimentar notificadas, de acordo com as orientações do MS	01
Meta 29 – Realizar avaliação antropométrica anual de 22,9 % para 100% dos alunos das escolas públicas do ensino infantil, fundamental e médio	01
Meta 41 – Reduzir os casos de AIDS em maiores de 13 anos de 63,56/100.000 para 55/100.000 habitantes, com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo	01
Meta 42 – Diminuir o percentual de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200cel/mm ³ em -10% ao ano	01
Meta 43 – Reduzir a mortalidade geral por AIDS de 22,35/100.000 para 20/100.000 habitantes com equidade segundo raça/cor/etnia/sexo	01
Meta 99 – Processar o faturamento 100% dos serviços de saúde NÃO SUS dos prestadores de serviços SUS	01
Meta 103 – Manter espaços participativos permanentes de discussão e concertação de metas e ações da saúde com as comunidades e trabalhadores	01
Meta 108 – Ampliar a infraestrutura de tecnologia da informação para todos os serviços da SMS	01
Meta 115 – Aumentar a proporção de trabalhadores no SUS com vínculos protegidos de 80,21% para 100%	01
- Confecção de cartilha do usuário com orientações de saúde e os fluxos de serviços	01
Meta 127 – Convocar e apoiar a realização das Conferências Municipais de Saúde	01
META 5 – Elaborar legislações sanitárias municipais específicas para as necessidades locais de regramento	00
Meta 25 – Manter em 100% o encerramento em até 60 dias, a contar do dia da notificação, os casos de notificação compulsória imediata (DNCI)	00
Meta 27 – Manter a cura da em 100% dos novos casos de hanseníase diagnosticados no período dois anos de tratamento e encerramento do caso no SINAN	00
Meta 30 – Realizar avaliação antropométrica anual em 100% dos alunos jovens e adultos (EJA), das escolas públicas	00
Meta 48 – Diminuir a proporção de exodontias em relação ao número total de procedimentos odontológicos de 3,2% para no máximo 2,8%	00
Meta 50 – Reduzir em 5% a taxa anual de incidência de baixo peso ao nascer	00
Meta 51 – Reduzir a taxa de mortalidade materna de 115 (em 2012) para 35 por 100.000 NV	00
Meta 52 – Investigar 100% os óbitos de mulheres em idade fértil (MIF)	00

[Digite texto]

Meta 70 – Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida de 47% para 70%	00
Meta 100 – Utilizar em 100% nos processamentos de faturamento dos serviços SUS e NÃO SUS os sistemas/aplicativos do MS/DATASUS	00
Meta 102 – Atualizar regularmente, em 100%, a base de dados do cadastro nacional de estabelecimentos e profissionais de saúde – CNES	00
Meta 109 – Passar de 60% para 90% da população canoense cadastrada no sistema de informação	00

Conjunto de novas contribuições dos quadrantes

Propostas	Encaminhamentos
Dar a oportunidade de escolher o posto que quer consultar, sem precisar ser o posto de onde mora	É oposta a outra sugestão. Conversamos com a proponente e a mesma esclareceu que seria para os casos de urgência. Nesse caso está atendida pois urgência é porta aberta
Aumentar para 100% fiscalização estabelecimentos média complexidade	Fica 80% pq não tem justificativa e falta estrutura para tal
Confecção de cartilha do usuário com orientações de saúde e os com fluxos de serviços	Meta 104
Teleagendamento diferenciado para a terceira idade	Meta 106
Agendamento na UBS de referência conforme o endereço da pessoa (território)	Meta 106
Retorno não passar novamente pelo teleagendamento	Meta 106
Qualificar o agendamento de consultas no HU – consulta e retorno	Meta 106
Qualificar o teleagendamento	Meta 106
Atender prioritariamente as gestantes e idosos nas filas depois das consultas (para carimbar, pegar medicamentos, etc)	Meta 124
Maior atenção por parte dos médicos (nem tudo é depressão / virose)	Meta 124 Meta 112
Maior atenção às doenças degenerativas	Meta 16 e121

[Digite texto]

Fornecer no prazo máximo de 15 dias os leites especiais	Meta 40
Fornecer escova dental para os alunos das escolas públicas infantis, fundamental e médio	Meta 47
Levar equipe de saúde bucal nas instituições de longa permanência dos Idoso	Meta 48
Garantir a conclusão dos tratamentos odontológicos	Meta 62 e 48
Maior atenção às gestantes	Meta 66 e 67
Criar um grupo de inclusão, desde a internação até a alta, de pacientes com deficiência, apoiando a família e envolvendo as entidades e o serviço público	Meta 73
Adotar a fitoterapia	Meta 75
Garantir o acesso às terapias complementares na rede de média complexidade (Fono, Psicólogo, Fisio)	Meta 82
Contratar neuro pediatras	Meta 82
Acesso facilitado a especialista	Meta 82
Ampliar acesso a exames de alta complexidade	Meta 82
Melhorar a qualidade dos serviços de fisioterapia	Meta 82
Farmácia básica final de semana (3 vezes)	Meta 91
Garantir fornecimento de medicamentos	Meta 91
Incluir respiridona da REMUME	Meta 91
Mais agilidade para as cirurgias (2 vezes)	Meta 97
Mais agilidade para as cirurgias vascular	Meta 97
Incluir índios (explicado para a proponente que não tem índios morando em Canoas)	Não tem índio
Criar banco de Leite humano – Conselho de Seg. Alimentar e Nutricional	Nova: ou meta 15
Solucionar os alagamentos na região	Propor p SMO
Maior limpeza da cidade e fiscalização do lixo	Propor para SMSU
Atendimento odontológico UPA	Tem serviço de odonto urgência noturno das 18 às 22h de seg a sex. e HPS nos feriados e finais de semana. As UBS também atendem urgências
Mais estrutura nas UPA (citado RX para criança)	Terá até final de 2013