



MUNICÍPIO DE
VENÂNCIO AIRES
Capital Nacional do Chimarrão

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2022 A 2025

Janeiro 2021

PREFEITO MUNICIPAL

Jarbas Daniel da Rosa

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua General Osório, 1515- Bairro Centro - CEP 95800-000 – Venâncio Aires – RS – Brasil
Telefones: (0xx51)3983-1040 / (0xx51)3983-1041 – e-mail: saude@venancioaires.rs.gov.br

SECRETARIO MUNICIPAL DA SAUDE

Jarbas Daniel da Rosa

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO:

Rosane Inês Bourscheidt da Rosa

Rosangela Menzel Ellert

Samuel Bittencourt da Luz

Daniela Wolschick – psicóloga Residente da Escola de Saúde Pública

Raquel Silveira Vieira – nutricionista da Escola de Saúde Pública

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	6
2. HISTÓRICO.....	6
3. ANÁLISE SITUACIONAL.....	8
3.1 Aspectos Geográficos.....	8
3.2 Aspectos Demográficos.....	9
3.3 Aspectos Socioeconômicos.....	10
3.4 Estrutura do SUS no Município.....	13
3.4.1 Estabelecimentos de Saúde.....	13
4 CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	16
4.1 Perfil Epidemiológico de Mortalidade.....	16
4.2 Natalidade.....	17
4.3 Internações.....	19
5.0 GESTÃO DA SAÚDE.....	20
5.1 Administração Municipal.....	20
5.2 Organização do Sistema de Saúde do Município.....	21
5.3 Planejamento em Saúde.....	23
5.4 Descentralização e regionalização.....	23
5.5 Financiamento.....	24
5.6 Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria.....	25
5.7 Participação e Controle Social.....	25
5.8 Gestão do Trabalho em Saúde.....	26
5.9 Educação Permanente em Saúde.....	27
5.10 Residência Integrada em Saúde.....	27
5.11 Informatização na Saúde.....	28
5.12 Infraestrutura.....	29
6 AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	30
6.1 Modelo e níveis de Atenção.....	30
6.1.1 Níveis de Atenção à Saúde.....	31
6.1.2 Processo de Regionalização da Saúde.....	32
6.2 Rede de Atenção à Saúde.....	32
6.2.1 Elementos da Rede de Atenção à Saúde.....	33
6.2.1.1 Unidades Básicas de Saúde.....	35

6.2.1.2	Unidade Móvel de Saúde.....	37
6.2.1.3	Saúde Bucal.....	37
6.2.1.4	Assistência Farmacêutica.....	40
6.2.1.5	Vigilância em Saúde.....	41
6.2.1.5.1	Vigilância Epidemiológica.....	42
6.2.1.5.2	Vigilância Ambiental.....	43
6.2.1.5.3	Vigilância Sanitária.....	43
6.2.1.5.4	Vigilância em Saúde do Trabalhador.....	44
6.3	Ações Desenvolvidas na Atenção Básica.....	45
6.3.1	Saúde da Criança.....	45
6.3.2	Saúde da Adolescente e do Adolescente.....	48
6.3.3	Saúde do Adulto.....	48
6.3.4	Saúde da Mulher.....	49
6.3.5	Saúde do Homem.....	52
6.3.6	Saúde do Idoso.....	53
6.4	Outras Políticas e Programas realizados na Atenção Básica.....	54
6.4.1	Programa Saúde na Escola.....	54
6.4.2	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.....	55
6.4.3	Programa Bolsa Família.....	56
6.4.4	Programa de Carência Alimentar e Nutricional.....	57
6.4.5	Rede Amamenta Alimenta.....	57
6.4.6	Programa Nacional de Suplementação de Ferro.....	58
6.4.7	Linha de Cuidado Sobrepeso e Obesidade.....	59
6.4.8	Práticas Integrativas e Complementares.....	60
6.4.9	Saúde Prisional.....	61
6.4.10	Centro Oftalmológico.....	62
6.4.11	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.....	62
6.5	Atenção Especializada.....	62
6.5.1	Saúde mental.....	62
6.5.1.1	CAPS II.....	65
6.5.1.2	CAPS AD.....	65
6.5.1.3	CAPSia.....	65
6.5.2	Oficinas Terapêuticas.....	65
6.6	Outros serviços de Saúde.....	66
6.6.1	Programa de Atendimento Domiciliar.....	66

6.6.2	Centro de Atenção à Doenças Infecciosas.....	67
6.6.3	Centro Integrado de Educação em Saúde.....	68
6.7	Atenção Hospitalar.....	68
6.7.1	Atendimentos Oncológicos.....	70
6.8	Serviço Móvel de Urgência.....	71
6.8.1	Unidade de Pronto Atendimento.....	76
7	OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS.....	77



1. APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Venâncio Aires apresenta as diretrizes para a gestão da saúde no período de 2022 a 2025 tendo como base as orientações que estabelecem o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). O município tem a atribuição de coordenar a política municipal de saúde em consonância com as diretrizes definidas pelo SUS e explicitadas na Lei Orgânica do Município.

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas, tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde. O PMS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual, se consolidando como um instrumento fundamental de planejamento.

Esse PMS apresenta breve análise situacional do município proporcionando informações gerais das condições em que vive a população venâncio-airesense. Essa situação está refletida na análise da saúde da população onde estão apresentados os principais indicadores de morbimortalidade.

Os serviços assistenciais de saúde estão apresentados pela forma como estão organizados partindo da base do sistema até os serviços mais complexos ofertados à população pelo SUS. Estão incluídos os serviços públicos e os contratados. Também estão contempladas as ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Na área de gestão da saúde estão apresentados os instrumentos de Planejamento, Controle e Avaliação, informações sobre o Financiamento da Saúde no município, questões do Trabalho e Educação em Saúde, Assistência Farmacêutica, Informações e Informática em Saúde e Participação Popular.

2. HISTÓRICO

Venâncio Aires teve seu povoamento a partir de 1800 por açorianos que, inicialmente, fixaram-se às margens do rio Taquari e dos Arroios Castelhana e Taquari-Mirim. Dedicaram-se primeiramente à pecuária, extração de madeira de lei e cultivo de erva-mate. Entre 1853 e



1856, os primeiros imigrantes alemães chegaram ao município, incentivados por José Bonifácio de Andrada e Silva e a Imperatriz Dona Leopoldina, fixaram-se no Vale do Arroio Sampaio e dedicaram-se à agricultura. Constituíram sociedades, hoje perto de 500, em todo o município.

NOMES:

Faxinal dos Fagundes ou Faxinal dos Tamancos. Faxinal é um lugar que tem como paisagem um campo coberto de mato curto, onde há muita lenha miúda ou ervas mais ou menos altas e grossas. Esta é uma das primeiras referências físico-geográficas da localização do município.

Freguesia de São Sebastião Mártir: Paróquia – conjunto de paroquianos, Igreja paroquial. Concorrência de compradores de determinado vendedor, clientela, hábito de comprar sempre de um mesmo vendedor. Freguês (aspecto mais econômico social).

O artigo 1º da Lei nº 1.438, datada de 08 de abril de 1884, assinada pelo governador do Estado do Rio Grande do Sul, declara que a povoação de São Sebastião Mártir, situada no Faxinal dos Fagundes, foi elevada à categoria de Freguesia com a denominação de Freguesia de São Sebastião Mártir. O artigo 2º da aludida lei, fixou as divisas do novo distrito de Santo Amaro como segue: “Art. 2º - As divisas da nova freguesia são as seguintes: pelo Arroio Taquari Mirim em direção a sua nascente até encontrar na margem esquerda a divisa Leste da sesmaria do Pinheiral, seguindo por esta divisa até o Arroio Castelhana e por Leste até encontrar a sua margem na beira das picadas, que do Faxinal do Santo Amaro se dirigem a Soledade, no lugar denominado Monjolo. Daqui por uma linha reta traçada entre as nascentes dos Arroios Castelhana e Sampaio, seguindo as divisas pelo Arroio Sampaio, em direção a sua barra, até encontrar à sua margem direita a divisa oeste do município de Estrela.” Sabe-se que o município de origem de Venâncio Aires foi General Câmara.

Vila Venâncio Aires: Povoação de categoria inferior à da cidade. Os habitantes desta povoação têm casa de campo de construção mais ou menos elegante. Quinta com casa de habitação ou casa de habitação com jardim.

Pelo Ato nº 371 de 30 de abril de 1891 foi a Freguesia de São Sebastião Mártir elevada à categoria de Vila com a denominação de Venâncio Aires.



“Ato nº 371 de 30 de abril de 1891, o vice Governador do Estado resolve elevar a villa, a Freguesia de São Sebastião Mártir a condição de Distrito do Município de Santo Amaro, com a denominação de Venâncio Aires.

Façam-se as devidas comunicações.

Palácio do Governo, em Porto Alegre, 30 de abril de 1891.

(As.) Dr. Fernando Abbott”.

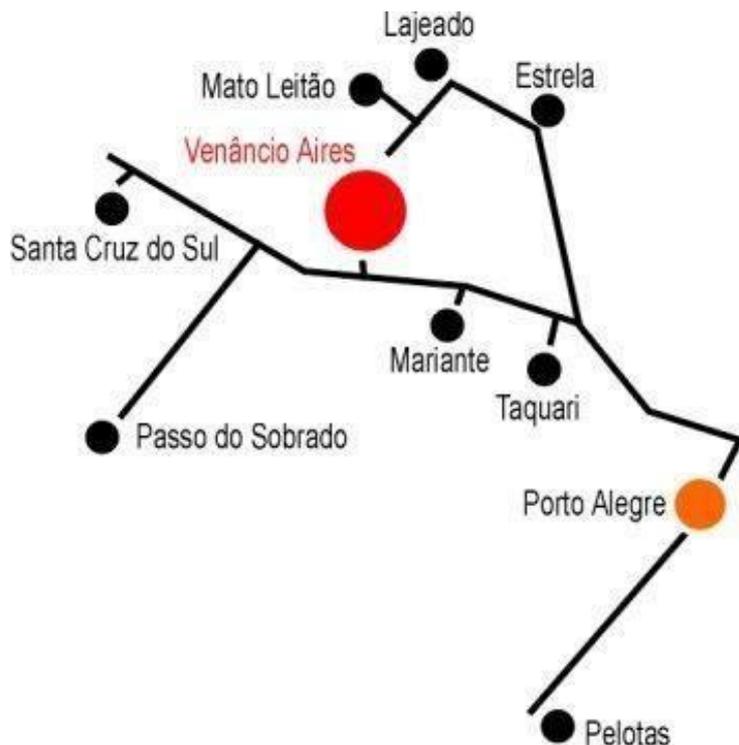
Instalou-se o novel município de Venâncio Aires, naquele mesmo ano no dia 11 de maio de 1891. Os primeiros administradores de Venâncio Aires constituíram-se em Junta Governativa, os cidadãos: José Antônio Gonçalves Agra, Henrique Mylius e Cristiano Ruperti Filho.

Venâncio Aires é uma homenagem ao ilustre cidadão paulista de Itapetininga desta alcunha que era advogado, jornalista, abolicionista e grande tribuno e precursor das idéias republicanas e um dos fundadores do partido de mesmo nome. Muitos venâncio-airesenses eram simpatizantes e partidários do ilustre jornalista Venâncio de Olyveira Aires. Suas teses foram sustentadas por seus discípulos Júlio Prates de Castilhos, Pinheiro Machado e Ramiro Barcelos. Sua doutrina foi a base do castilhismo e do pinheirismo.

3. ANÁLISE SITUACIONAL

3.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS

Situado a 130 km de Porto Alegre, a uma altitude média de 210 metros, entre os Vales do Taquari e Rio Pardo, Venâncio Aires é margeado por acessos asfálticos através das RSC 287 e RSC 453 e possui uma área de 773,2 quilômetros quadrados, localizado na depressão central do Estado, a 29 graus, 39 minutos e 30 segundos de Latitude Sul, e, a 52 graus, 8 minutos e 41 segundos de Longitude Oeste. Possui cerca de 100 localidades, onde 254 km² estão localizados na zona urbana e 519,2 km² na zona rural. A cidade é conhecida como a Capital Nacional do Chimarrão.



Venâncio Aires limita-se com os municípios de Cruzeiro do Sul, Mato Leitão, Lajeado, Boqueirão do Leão, Santa Cruz do Sul, Passo do Sobrado, General Câmara, Sério, Sinimbu, Taquari e Vale Verde.

3.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

A população, conforme dados do último censo, realizado em 2010, é de 65.946 pessoas e a densidade demográfica de 85,29 habitantes por km², porém a população estimada para o ano de 2020 é de 71.973 pessoas.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado para oferecer um contraponto ao Produto Interno Bruto (PIB) tendo em vista que este somente considera a dimensão econômica do desenvolvimento. O IDH é um dado utilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) para analisar a qualidade de vida de uma determinada população. É uma medida simplificada do progresso em longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano, são eles: renda, educação e saúde. O índice varia de zero até 1, sendo considerado, a partir do relatório de 2010:

Muito Alto de 0,800 a 1

Alto de 0,700 a 0,799



Médio de 0,600 a 0,699

Baixo de 0,500 a 0,599

Muito Baixo de 0,000 a 0,499

No IDH Global 2012, o Brasil ficou em 85º lugar com nota 0,730. O Rio Grande do Sul está em 6º lugar entre os Estados do país, com IDH 0,746. O IDH 2010 do Rio Grande do Sul é equacionado pelo IDH Renda 0,769, Saúde 0,840 e Educação 0,642. Venâncio Aires representa a 263ª colocação no ranking dos municípios no estado em 2010:

IDHM 1991	0,477
IDHM 2000	0,610
IDHM 2010	0,712

Fonte: Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

3.3 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

VENÂNCIO AIRES, O MAIOR PRODUTOR DE TABACO DO BRASIL

Somente em Venâncio Aires quase quatro mil famílias cultivam as variedades Virginia, Burley, e Amarelinho. Uma pequena área vem sendo usada em experiências com fumo orgânico (sem agrotóxicos). A área plantada foi reduzida em 16,4% desde 2010. O número de famílias envolvidas na produção também caiu neste período. O tabaco desenvolve-se bem em todas as localidades do município. Nas terras baixas, o transplante de muda inicia-se em julho e nas terras altas em agosto. A cadeia produtiva conta com indústrias de porte médio e grande, atuando na fase intermediária de processamento e exportação.

Considerando a área plantada e a produtividade, Venâncio Aires é o maior produtor de tabaco do Brasil. Mas a área vem sendo reduzida gradativamente, na ordem de 3 a 4% ao ano. O movimento internacional de combate ao tabagismo incentiva os produtores a buscarem alternativas. O futuro incerto também inibe investimentos em novas tecnologias. O rigor da legislação trabalhista e a falta de garantias de mercado e o preço estão desestimulando o cultivo de tabaco, dando lugar a diversificação.



OS NÚMEROS DA DIVERSIFICAÇÃO

Nos últimos cinco anos, o milho ocupa a maior área plantada em todas as culturas do município. Em seguida vem tabaco, aipim, soja, arroz e erva mate, formando uma diversificada matriz produtiva. As cadeias agroindustriais, que integram produtores com a indústria, assumem cada vez mais papel preponderante no valor de contribuição no Valor Bruto de Produção Agrícola (VBPA) municipal. A Ceasa – Central de Abastecimento de Porto Alegre é, ainda, a principal porta de escoamento de produtos como: repolho, aipim, beterraba, milho verde, moranga e batata doce. Destaque para o aipim, que tem a maior área plantada no Rio Grande do Sul. Venâncio Aires é o maior fornecedor de aipim para a Ceasa e a cultura está entrando em uma nova fase com as agroindústrias familiares de descascamento.

Ainda destaca-se que a agricultura familiar através dos programas do governo federal PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar e PAA - Programa de Aquisição de Alimentos vêm oportunizando a oferta de alimentos produzidos no município como forma de escoamento de parte dos produtos com venda garantida. O incentivo à criação de agroindústrias familiares e agregação de renda aos produtores colabora para o surgimento de cadeias curtas que propiciam alocar produtos.

A FORÇA DA AGRICULTURA FAMILIAR

Com quase 8 mil famílias envolvidas, a agricultura familiar responde diretamente por 17,42% (Sefaz-2012) do retorno de ICMS. No último levantamento do Valor Bruto de Produção Agrícola (VBPA) municipal, em 2013, chegou a R\$ 328.330.239,70. Deste total, o tabaco ainda tem maior participação (53,56%), seguido pelas aves (corte e ovos) e a criação de suínos.

Cabe mencionar que no ano de 2005, a agricultura havia gerado um VBPA de R\$ 129.775.108,30, dos quais R\$ 111.248.365,30 eram provenientes do tabaco. Naquele ano, o tabaco respondia a 85,70% da VBPA total. Já em 2010, a participação do tabaco totalizou 74,80%, em função da diminuição da área cultivada.



ERVA-MATE ENCONTRA ESTABILIDADE E CRESCIMENTO.

Nos últimos quatro anos o cultivo da erva-mate estabilizou-se e voltou a crescer após 12 anos de dificuldades no setor. A escolha de sementes selecionadas a partir de um cruzamento das variedades nativa e argentina contribuíram para aumentar a produtividade. A tentativa de rejuvenescimento da idade média dos ervais é o principal desafio das entidades ligadas à produção e industrialização. Por ser uma cultura diferenciada e exigir poucos tratamentos culturais, metade da erva-mate colhida pode ser considerada orgânica. Os maiores produtores estão em Santa Emília, Palanque, Linha Travessa e Linha Herval. Em Linha Cachoeira e Marmeleiro ainda é praticado o extrativismo de erva-mate de pés que nasceram e se desenvolveram no meio do mato.

Outro fator característico da erva-mate é a possibilidade de cultivo em consórcio com outras culturas, especialmente milho, aipim e fumo. A abertura de novos mercados em Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso, aumentou a expectativa de crescimento no setor. O desenvolvimento de novos produtos ligados à erva-mate como chás, sucos, chimarrão gelado (tereré), refrigerantes e cosméticos, também contribuiu para incentivar os produtores a retomar os investimentos.

CHINA E ÍNDIA, OS PRINCIPAIS DESTINOS DE EXPORTAÇÃO

A balança comercial de Venâncio Aires registrou um leve crescimento de 2012 para 2013; subiu de US\$ 784 milhões em 2012 para US\$ 800 milhões em 2013, ocupando o 10º lugar no ranking gaúcho de exportações entre os municípios. O principal produto exportado é o tabaco, correspondendo por mais de 90% do volume total exportado. Partes de calçados e aparelhos para cozinhas também fazem parte da linha de exportação. O principal destino continua sendo a China. O segundo maior destino passou a ser a Índia a partir de 2013, seguido de Argentina e Alemanha.

AGRICULTURA, REFRIGERAÇÃO E COMÉRCIO CRESCERAM NO VAF

O Valor Adicionado Fiscal (VAF), diferença entre entradas e saídas das empresas no final do exercício, principal componente para formação do índice de retorno do ICMS – Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços para os municípios, teve crescimento baixo em Venâncio Aires no ano de 2013, com 1,59% de variação positiva, enquanto o RS teve variação de 14,9%. Isso significa dizer que o município teve ampliação



no recebimento de recursos; de R\$ 850 milhões em 2011 para R\$ 1.391 bilhão em 2012 e subiu para R\$ 1.414 bilhão em 2013. A principal causa desse aumento foi o crescimento da indústria do tabaco.

SETOR DE SERVIÇOS IMPULSIONA CRESCIMENTO

Entre os anos de 2013 e 2014, Venâncio Aires registrou crescimento significativo em termos de número de empresas. Em outubro de 2013 eram 4.380, somando indústrias, comércio, prestação de serviços e empreendedores autônomos. No mesmo período de 2014, já se registrava 5.032 empreendimentos, um crescimento de 14% em apenas um ano. Embora indústria e comércio tenham registrado aumento nos números, foi o setor de serviços o grande responsável por alavancar os dados. Todo esse empreendedorismo é apoiado por instituições e órgãos públicos que oferecem cursos de capacitação para empresários e funcionários. A Câmara do Comércio, Indústria e Serviços de Venâncio Aires (Caciva), por exemplo, mantém um calendário anual de palestras, encontros, *workshops* e reuniões que buscam integrar os associados e também auxiliar no crescimento dos negócios. Ainda, o Plano Municipal de Capacitação Profissional e Empresarial desenvolve uma série de cursos direcionados à Micro e Pequenas Empresas e ao Microempreendedor Individual.

3.4 ESTRUTURA DO SUS NO MUNICÍPIO

3.4.1 ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

CNES	Nome Fantasia	Natureza Jurídica (Grupo)
7282648	ACADEMIA DA SAUDE SANTA TECLA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
7786050	ACADEMIA DE SAUDE GRESSLER	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
9317546	ACADEMIA DE SAUDE MARIANTE	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



2236303	CADI CENTRO DE ATENDIMENTO DE DOENCAS INFECCIOSAS	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
5921511	CAPS AD CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL EM ALCOOL E DROGAS	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2235978	CAPS II CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
9342486	CAPSI CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL INFANTIL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
6218377	CIES	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2813750	CMO CENTRO MUNICIPAL DE OFTALMOLOGIA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2778750	EACS ESTRATEGIA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
7390513	EPEN EQUIPE DE AT SAUDE SIST PENITENCIARIO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2236311	ESF 1 CAIC	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
9537082	ESF 2 CORONEL BRITO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2236036	ESF 3 MACEDO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
7115113	ESF 4 SANTA TECLA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
7543956	ESF 5 TABALAR	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
7720300	ESF 6 GRESSLER	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
7867336	ESF 7 MARIANTE	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



CNES	Nome Fantasia	Natureza Jurídica (Grupo)
7330863	SAMU 192 SUPORTE AVANÇADO DE VIDA VENANCIO AIRES RS	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
6694144	SAMU 192 VENANCIO AIRES	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
6571360	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE VENANCIO AIRES	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2235943	UBS CENTRAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2236052	UBS CENTRO LINHA BRASIL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
7940130	UBS CRUZEIRO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
0713066	UBS BATTISTI	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2236044	UBS DEODORO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2798212	UBS ESTANCIA NOVA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2236079	UBS GRESSLER	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2700808	UBS PALANQUE	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2778742	UBS SANTA EMILIA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2235986	UBS SANTA TECLA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2236060	UBS TANGERINAS	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
2236028	UBS TERESINHA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



9670661	UBS VILA ARLINDO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
7529325	UBS TRAVESSA	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CNES	Nome Fantasia	Natureza Jurídica (Grupo)
5842816	UNIDADE MOVEL DE VENANCIO AIRES	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
7499914	UPA 24 HORAS VENANCIO AIRES	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

4. CONDIÇÕES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Demografia e dados de morbi-mortalidade (Fonte: DATASUS/IBGE)

População estimada do ano 2020 (Fonte: IBGE cidades)	71.973
--	--------

Obs.: O detalhamento apresentado abaixo tem como fonte o IBGE

População (ano 2012)	Qte	%
Total	66.658	100,00%

4.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORBIMORTALIDADE

População do último Censo (ano 2010)	Qte	%
Branca	58.682	89,69%
Preta	3.207	4,55%
Amarela	208	0,30%



Parda	3.799	5,39%
Indígena	50	0,07%
Sem declaração	0	0,00%

População estimada de 2012 - Sexo e faixa etária

Faixa Etária	Homem	Mulher	Total
00-04	1.761	1.731	3.492
05-09	2.163	1.950	4.113
10-14	2.641	2.482	5.123
15-19	2.756	2.601	5.357
20-29	5.423	5.255	10.678
30-39	4.973	5.008	9.981
40-49	5.080	5.117	10.197
50-59	4.036	4.172	8.208
60-69	2.473	2.683	5.156
70-79	1.287	1.795	3.082
80+	403	868	1.271
Total	32.996	33.662	66.658

Os dados acima apresentados auxiliam no direcionamento das políticas públicas em relação à saúde. Em sua totalidade, a população feminina supera um pouco a masculina, e grande parte da população está concentrada na faixa etária entre 20 e 49 anos. Assim, o Gestor pode realizar os investimentos principalmente na Atenção Básica, com ações preventivas e de promoção da saúde de maneira a atingir o público alvo, e reduzir gastos com média e alta complexidade.

4.2 Natalidade

Nascidos vivos - Brasil						
-------------------------	--	--	--	--	--	--



Nascim p/resid.mãe por Idade da mãe e Ano do nascimento							
Município: 432260 Venâncio Aires							
Período:2014-2019							
Idade da mãe	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
10 a 14 anos	6	6	4	8	3	2	29
15 a 19 anos	93	97	74	79	91	69	503
20 a 24 anos	189	170	188	154	163	170	1034
25 a 29 anos	207	208	219	190	204	205	1233
30 a 34 anos	202	200	196	200	196	190	1184
35 a 39 anos	102	113	89	111	126	130	571
40 a 44 anos	16	19	21	30	30	39	155
45 a 49 anos	1	2	1	0	1	2	7
Idade ignorada	0	0	0	0		0	0
Total	816	815	792	772	814	807	4816

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Os dados apresentados demonstram a necessidade de desenvolver ações para a conscientização e prevenção da gravidez na adolescência. Também demonstram um aumento no número de nascimentos em geral, e a faixa etária que registrou o maior número de nascimentos no período, entre 25 e 29 anos.



4.3 Internações

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Brasil							
Internações por Capítulo CID-10 e Ano processamento							
Município: 432260 Venâncio Aires							
Período:2012-2017							
Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	332	324	271	217	215	392	1.751
II. Neoplasias (tumores)	47	24	6	376	405	413	1.271
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	154	136	138	124	84	121	757
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	138	104	106	88	66	32	534
V. Transtornos mentais e comportamentais	495	434	404	375	294	250	2.252
VI. Doenças do sistema nervoso	69	76	63	61	57	23	349
VII. Doenças do olho e anexos	-	10	-	20	19	17	66
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	1	-	10	16	7	35
IX. Doenças do aparelho circulatório	626	655	550	697	623	510	3.661
X. Doenças do aparelho respiratório	821	823	767	688	525	224	3.848
XI. Doenças do aparelho digestivo	459	597	471	613	581	423	3.144
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	64	41	32	49	51	48	285
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	167	195	219	208	148	143	1.080
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	209	220	202	206	246	153	1.236
XV. Gravidez, parto e puerpério	743	659	704	677	597	627	4.007
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	24	40	47	58	39	37	245
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	14	13	5	30	32	23	117
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	68	65	32	36	30	20	251



XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	425	410	377	427	340	423	2.402
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	55	59	23	29	26	37	229
Total	4910	4886	4417	4989	4394	3923	27.519

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

Conforme informações do Sistema de Informações Hospitalares, o Município de Venâncio Aires registra o maior número de internações por gravidez, parto e puerpério, seguido de doenças do aparelho respiratório. Análise dos dados possibilita ao Gestor nortear as ações a serem desenvolvidas principalmente na Atenção Primária.

5. GESTÃO DA SAÚDE

O Plano de Saúde é um dos instrumentos de construção do Planejamento da Gestão, regulamentado pela Portaria GM nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006 e pela Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006 (SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS, 2009). Para a Gestão, o Plano Municipal de Saúde dá direcionalidade às ações que permeiam a consolidação do SUS. São diretrizes operacionais do Pacto de Gestão, um dos componentes do Pacto pela Saúde, aprovado pela portaria nº 699, de 30 de março de 2006, estão os seguintes eixos: o planejamento, a descentralização, a regionalização, o financiamento, a participação social, a gestão do trabalho e da educação em saúde, a infra-estrutura e a informação em saúde.

5.1 ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL

O Poder executivo do Município de Venâncio Aires organiza-se, além do Gabinete do Prefeito, em doze secretarias:

Secretaria Municipal da Administração;



Secretaria Municipal de Cultura e Esportes;

Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Turismo;

Secretaria de Desenvolvimento Rural;

Secretaria Municipal da Educação;

Secretaria Municipal da Fazenda;

Secretaria Municipal da Habitação e Desenvolvimento Social;

Secretaria Municipal de Infraestrutura e Serviços Públicos;

Secretaria Municipal de Meio Ambiente;

Secretaria de Planejamento e Urbanismo;

Secretaria Municipal de Saúde;

Secretaria de Segurança Pública.

5.2 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

O município de Venâncio Aires tem atribuição de coordenar a Política Municipal de Saúde em consonância com as diretrizes definidas pelo SUS explicitadas na Lei Orgânica do Município.

Os serviços assistenciais de saúde estão apresentados pela forma como estão organizados partindo da base do sistema até os serviços mais complexos ofertados a população dentro do Sistema Único de Saúde. Estão incluídos os serviços públicos e os contratados pelo SUS. Também estão contempladas as ações de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador.

A Secretaria Municipal de Saúde foi instituída através da Lei 1813 de 23 de abril de 1991 com o objetivo de atender as necessidades da população nas referidas áreas. Suas atribuições básicas são a assistência médica de apoio às atividades comunitárias,



prevenção e promoção da saúde, reabilitação, recuperação e a melhoria das condições de higiene da população.

O Município de Venâncio Aires pertence à região 28, e 13ª Coordenadoria Regional de Santa Cruz do Sul. E, através do Pacto de Gestão assinado em outubro de 2010, recebe recursos federais do Piso da Atenção Básica – PAB (parte fixa), e os seguintes incentivos da parte variável: Saúde Bucal; Saúde da Família; Teto Financeiro da Vigilância em Saúde e Ações Estruturantes de Vigilância Sanitária. Também recebe recursos do SAMU e do TETO MAC- teto municipal da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Além disso, recebe ainda recursos da esfera Estadual, sendo eles: Saúde Bucal, Saúde da Família PIES Cofinanciamento Hospitalar e Convênios.

Previne Brasil - Novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde:

O Programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que estes assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de ESF e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

O Município de Venâncio Aires é referência em traumatologia/ortopedia na média complexidade para atender 4 municípios (Venâncio Aires, Mato Leitão, Passo do Sobrado e Vale Verde).



5.3 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Para planejar é necessário perceber como as coisas deveriam ser e definir os caminhos que serão trilhados para o alcance das metas. Um bom planejamento deve ser factível técnica e politicamente, considerando que os meios para atingi-lo (recursos humanos, financeiros e materiais) não se tornem o objetivo final. (CHORNY, 2008).

Além do Plano Municipal de Saúde, são utilizados como instrumentos do processo de planejamento do SUS, a Conferência Municipal de Saúde (Anexo I – Relatório Final), o Plano Plurianual, o Relatório de Gestão e a Programação Anual Orçamentária.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) administra de forma direta os serviços da rede de saúde, e mantém contrato firmado com o Hospital São Sebastião Mártir para atendimentos e ações de pronto atendimento de urgências e emergências 24 horas. Além deste contrato, a SMS também possui contrato firmado através do Termo de Convênio para disponibilizar atendimento de Urgência/Emergência nas vinte e quatro horas do dia em todos os dias da semana, por meio da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas.

5.4 DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO

A descentralização é uma das diretrizes do funcionamento do SUS. Para atender a esta premissa é fundamental a pactuação nas Comissões Intergestores nas três esferas de governo (CIR, CIB e CIT), considerando o perfil de financiamento, o fortalecimento das estruturas e a conformação do pacto e das políticas regionais nestes fóruns de negociação.

A regionalização da saúde foi um dos pilares eleitos pelo Pacto pela Saúde, o qual gerou uma necessidade de rever pactuações previamente estabelecidas durante o processo de descentralização da saúde, indo ao encontro das necessidades dos gestores. Com a regulamentação da Lei 8080/90, através do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, que fortalece o Sistema Único de Saúde, são instituídas as Regiões de Saúde. Venâncio Aires passou a integrar a Região 28.

A Comissão Intergestora Regional da Região dos Vales (CIR) constitui-se num espaço de decisão através de identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à



saúde que seja integrada e resolutiva, constituída pelo Gestor Estadual representado pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (13ª CRS) e de todos os gestores municipais dessa região.

5.5 FINANCIAMENTO

O Fundo Municipal da Saúde foi criado pela Lei Municipal nº 1478 de 28 de dezembro de 1990. Na estrutura administrativa do município, o FMS está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, tendo como ordenador de despesas o Secretário Municipal de Saúde. Conforme determinação legal, o Conselho Municipal de Saúde delibera e fiscaliza o destino e aplicação dos recursos nele alocados, bem como, faz análise das prestações de contas. A contabilidade do FMS é incorporada à contabilidade geral da Prefeitura, sendo ele uma unidade orçamentária dentro do orçamento municipal e possui CNPJ próprio (11.094.183/0001-78).

O financiamento da saúde pública no Brasil se dá de forma compartilhada entre as três esferas de governo, de acordo com Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro do ano de 2000, que assegura os recursos mínimos para as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

Ao longo dos anos, a saúde pública brasileira vem sofrendo com a omissão da União e dos Estados em cumprir as determinações constitucionais de investimentos no setor. O não cumprimento da Constituição por essas duas esferas tem resultado em um déficit no atendimento de saúde, prejudicando a população brasileira. As demandas da sociedade são direcionadas principalmente aos Municípios. Esta também é a realidade do município, as demandas da população comprometem significativamente o orçamento municipal justamente por investir no setor um montante muito a cima da determinação constitucional.

5.6 REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO, CONTROLE E AUDITORIA

Os atendimentos especializados referenciados pelas Unidades de Saúde, de acordo com os fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, passam pelo processo de regulação da assistência através do *software Consulfarma*, e se identificados casos de maior risco e/ou gravidade, são prioridade no atendimento. Ainda sobre o setor de Regulação, tem-se como objetivo sua ampliação e implementação, tendo em vista a



necessidade de regular exames, consultas, cirurgias e procedimentos. Uma das primeiras ações do setor de regulação será a de exigir dos prestadores de exames laboratoriais e de imagem anexar o resultado dos exames no prontuário dos usuários. Também busca-se pela ampliação e modernização dos sistemas de informação em saúde (sistemas de regulação, de agendamentos, SISREG, GERCON) e pretende-se viabilizar a descentralização do GERCON para algumas unidades de saúde.

As ações de auditoria, controle e avaliação sobre os prestadores de serviços são desenvolvidas, neste município, pelo Médico Auditor e pelos fiscais de Contrato indicados a cada Chamamento Público ou Processo Licitatório, onde é realizada a verificação da adequação, da resolubilidade e da qualidade dos procedimentos e serviços de saúde disponibilizados à população venâncio-airense e aos outros três municípios que compõem a microrregião.

Com relação ao Hospital São Sebastião Mártir, responsável pelos atendimentos de média e alta complexidade no município, são realizadas reuniões quadrimestrais para avaliação de metas quantitativas e qualitativas. Para a Unidade de Pronto Atendimento, ocorre prestação de contas mensal para o Gestor do Convênio.

Os serviços do SUS no município são submetidos à avaliação de estrutura física e cumprimento das normas e rotinas técnicas através da Vigilância Sanitária.

5.7 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Venâncio Aires foi criado pela Lei Municipal n.º 1488 de 08 de março de 1991, conforme as orientações legais que estão enumeradas nas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90, bem como na Constituição Federal.

O CMS reuniu-se pela primeira vez em 03 de maio de 1991 e sua formação está constituída por 20 entidades representativas da comunidade venâncio-airense e divididas em grupo de usuários, órgãos governamentais, profissionais de saúde e prestadores de serviço, de forma paritária. É papel do CMS formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, inclusive econômica e financeiramente.

Como forma de aperfeiçoar esses encontros faz-se necessário a contratualização acerca do local e do tempo em que as reuniões ocorrem, e é necessário o apoio



administrativo para a realização das pautas e atas. Dessa forma, atualmente o CMS é secretariado por uma servidora da Secretaria Municipal de Saúde e vem acontecendo em formato virtual, tendo em vista as limitações impostas pela pandemia de COVID-19 a partir do ano de 2020.

Outro recurso utilizado pela Gestão como forma de promover a participação e o controle social é a Conferência Municipal de Saúde que se realiza a cada quatro anos e pode ser precedida por pré-conferências nos distritos, bairros ou vilas do município. Uma das metas da nova gestão é retomar a atuação dos Conselhos Locais de Saúde junto às comunidades onde estão instaladas as unidades de saúde, como forma de promover a saúde e a participação comunitária nas decisões locais, bem como de difundir e discutir assuntos pertinentes a política de saúde.

5.8 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Para a realização de funções de coordenação e execução de atividades relacionadas à gestão do trabalho, a Secretaria de Saúde é composta por servidores efetivos municipais, estaduais e federais, cargos em comissão e estagiários.

Conforme elencado anteriormente, a rede do município conta com 36 estabelecimentos públicos de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde é composta atualmente por 335 trabalhadores.

A gestão tem como ações prioritárias:

- Humanização do SUS e da participação;
- Democratização das relações de trabalho;
- Implementação de ações de educação permanente em saúde;
- Estímulo a reuniões periódicas dos profissionais para discussão das necessidades, planejamentos e avaliações;



5.9 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Desde a Constituição Federal de 1988, o SUS assumiu a competência da formação na área da Saúde. Para tal, o Ministério da Saúde investe em políticas voltadas para a formação e a qualificação dos trabalhadores, considerando as necessidades de saúde da população. Através delas pôde-se fortalecer a integralidade da saúde individual e coletiva e o controle social, com a participação da sociedade nas decisões do SUS (POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, 2009).

Conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), a educação permanente representa uma estratégia sistemática de transformar as práticas profissionais, pois trabalha com a ideia de rede e em articulação com o cotidiano dos trabalhadores e das instituições. Diferentemente das capacitações que preveem o alcance de um objetivo pontual, de forma verticalizada, fragmentada e centrada em determinadas categorias profissionais, a metodologia da educação permanente em saúde considera a realidade dos problemas enfrentados, as necessidades de saúde das pessoas e os conhecimentos e as experiências dos trabalhadores de diferentes categorias profissionais inseridas em um grupo.

Como proposta de trabalho para os próximos anos a Gestão têm as seguintes ações:

Fortalecer a promoção de ações de educação permanente em saúde através de e com o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC);

Promover a articulação entre as diversas Secretarias para o planejamento e a execução de ações que contemplem as necessidades da população;

Incentivar ações de educação em saúde para a população.

5.10 RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS

O Município de Venâncio Aires firmou Termo de Cooperação Técnica nº 006/2013 com o Estado do Rio Grande do Sul, por intermédio da Secretaria de Saúde e da Escola de Saúde Pública- ESP/RS, para viabilizar a Residência Integrada em Saúde- RIS, objetivando o desenvolvimento de Ações de Ensino e Pesquisa que venham a contribuir com a qualificação dos serviços de saúde preconizados pelo SUS. A RIS- Residência Integrada em Saúde iniciou no Município em 2013 junto a UBS- Unidade Básica de Saúde



do Bairro Macedo, onde atualmente está implantada a ESF III – Equipe de Saúde da Família, inicialmente com 3 (três) alunos/residentes nas áreas de psicologia, enfermagem e nutrição.

Atualmente o município conta com residentes nas áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social e busca ampliar estas vagas com a inserção de profissionais de Farmácia. Salienta-se ainda que em 2014 foram abertas vagas para residência em Medicina de Família e Comunidade, havendo a seleção de uma médica. No decorrer deste período duas médicas já concluíram a residência e são servidoras concursadas.

A nova Gestão está buscando novas parcerias com Universidades, entre elas, a UNIVATES e a UNISC. Esta ação tem o intuito de viabilizar a atuação de residentes em Medicina de Família e Comunidade, bem como nas demais áreas de Residência Médica e Multiprofissional.

5.11 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O sistema de informação em saúde e seus programas ao serem alimentados pelos serviços de saúde possibilitam a análise dos indicadores pelos trabalhadores como o planejamento das ações em saúde de acordo com as demandas dos territórios. Para a gestão, os indicadores representam uma forma de monitoramento e avaliação do nível de saúde da população e de planejamento estratégico. Os seguintes bancos de dados são alimentados pela Secretaria:

\$TAB – Sistema de Informação da Atenção Básica;

CNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

\$T.A. – Sistema de Informação Ambulatorial;

\$INAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação;

\$IM – Sistema de Informação de Mortalidade;

\$INASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos;



SI – PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações;

SISPRENATAL – Sistema de acompanhamento de pré-natal;

SIH – Sistema de Informações Hospitalares;

CARTÃO SUS;

HIPERDIA;

SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado

Atualmente o sistema de informação próprio da Secretaria Municipal de Saúde, CONSULFARMA, é descentralizado e os serviços de saúde se comunicam virtualmente com conexão em rede. Nesse sentido, a Secretaria de Saúde reconhece como primordial a informatização dos serviços de saúde do município como forma de proporcionar a troca de informações pertinentes aos atendimentos dos usuários do SUS entre os serviços de saúde da rede, agilizar o processo de regulação das especialidades, trocar as informações dos documentos de referência e contra referência, controlar o orçamento com maior efetividade, alimentar os sistemas de informação do SUS de forma sistemática e articulada, reduzir o tempo de espera do usuário para o atendimento das suas necessidades, construir uma linguagem única e uma rede integrada de serviços de saúde.

Em 2017, a administração destinou parte do recurso financeiro para a estruturação do prontuário eletrônico nas Unidades de Saúde, permitindo o monitoramento do usuário entre as UBS e também da UPA. Os servidores da Secretaria da Saúde envolvidos na assistência aos usuários passam por constantes capacitações para a utilização adequada dos sistemas, programas e recursos de informática.

5.11 INFRAESTRUTURA

O aspecto infraestrutura envolve a existência de suporte material e administrativo nas instituições para o trabalho em saúde. À medida que a gestão deseja investir na ampliação da rede de serviços de saúde tanto sob o aspecto das estruturas físicas como a qualificação e resolutividade dos atendimentos prestados, este eixo de responsabilidade da gestão apresenta desafios.



A finalização de duas obras para instalação de ESF, bem como a transferência de locais para atendimento de UBS e do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD) fizeram parte das melhorias no ambiente de trabalho realizadas no ano de 2017.

Além da ampliação estrutural, de recursos materiais e humanos os processos de trabalho precisam ser revistos considerando as políticas de saúde e o papel dos serviços na rede de atendimento para atender as necessidades da população. São propostas de trabalho:

O fortalecimento da atenção básica com a ampliação das ESF;

Ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB);

Incentivo ao acolhimento dos usuários nas Unidades de Saúde e a autonomia de todas as categorias profissionais para modificação do atendimento médico centrado.

6. AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

6.1 MODELO DE ATENÇÃO

O Ministério da Saúde coordena ações voltadas ao aprimoramento da atenção básica em todo o país. O objetivo é incentivar a melhoria e o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS por meio das equipes de Atenção Básica em Saúde, melhorando a qualidade dos atendimentos e o acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), articulando as relações entre a população estratificadas por riscos, pelos focos das intervenções em saúde e pelos diferentes tipos de intervenções sanitárias. Esta rede de saúde é definida ainda em função da visão prevalente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença, na demanda espontânea e na



agudização das condições crônicas. Esse modelo aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersectorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades e necessidades de grupos ou populações e fortaleça as ações sobre as condições crônicas.

No SUS, a ESF representa o principal modelo para a organização da APS. O seu fortalecimento torna-se uma exigência para o estabelecimento da RAS.

A Planificação da Atenção Primária à Saúde, a ser implantada nos Municípios, é uma das ações que compõem a Planificação da Atenção à Saúde e pretende problematizar e refletir sobre o papel da APS como ordenadora da rede, fornecendo apoios técnicos às equipes gestoras municipais e trabalhadores da área, para qualificar a organização da rede de acordo com os princípios do SUS.

Destaca-se que o Município já está trabalhando na reestruturação da Atenção Básica conforme diretrizes do Programa Previne Brasil, com o cadastramento de Equipes de Atenção Primária – EAP nas Unidades de Saúde da área urbana e também do interior.

6.1.1 Níveis de Atenção à Saúde

Atenção Básica ou Primária – menor densidade tecnológica; é considerada a porta de entrada do usuário no SUS, pois as unidades de saúde encontram-se próximo ao local de residência desse usuário, facilitando o acesso ao serviço; os serviços desse nível de complexidade devem focar na saúde, e não na doença, enfatizando ações de promoção, prevenção e educação em saúde, com atenção aos fatores de risco.

Atenção Secundária (Média Complexidade/Especialidade) – densidade tecnológica intermediária. É acessada por meio de encaminhamento médico ou de outro profissional da atenção básica, em casos onde são observados sintomas já instalados, visa a detecção precoce, com enfoque na amenização do sintoma e fortalecimento das redes de apoio.

Atenção Terciária (Alta Complexidade) – exige maior densidade tecnológica. É acessada pelo usuário por encaminhamento médico, quando este apresenta sintomas



avançados e necessita de investigação da situação-problema para que ocorra a redução de complicações.

6.1.2 Processo de regionalização de Saúde

O município de Venâncio Aires aderiu ao Consorcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo (CISVALE), considerada pelos gestores como uma ferramenta importante em relação à regionalização da saúde. Fundamentou-se na razão de que o SUS tem como perspectiva a formulação e a proposta de organização da implantação dos serviços de saúde articulados regionalmente, como dito anteriormente. O processo de regionalização no qual se busca estabelecer a universalização da cobertura e do acesso da atenção às populações, com melhoria de seus níveis e condições de saúde, com o máximo de eficácia e eficiência técnico- operacional, política, econômica e social.

A regionalização de serviços não deve ser considerada apenas do ponto de vista burocrático/administrativo, mas deve representar a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa dada área, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de atenção, ou seja, a todas as ações de saúde.

Através do CISVALE, os municípios integrantes da Região de Saúde 28 utilizam a prestação de serviços para realização de consultas e procedimentos, e podem aderir a Ata de Registro de Preços para operacionalizar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou para aquisição de medicamentos com um valor reduzido pela quantidade a ser adquirida.

6.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS

A Rede caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção. O centro de comunicação desta instância é constituído pelos serviços da atenção básica, em função do caráter organizador que estes dispositivos apresentam, e pelas ações que devem estar contempladas no trabalho destas equipes, como a atenção às necessidades em saúde de uma população, a responsabilização na atenção contínua e integral, o cuidado multiprofissional, o compartilhamento de objetivos e o compromisso com os resultados sanitários e econômicos.

O objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem



como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Cabe a RAS fortalecer a atenção básica a fim de que esta realize a coordenação do cuidado e ordene a organização da rede de atenção.

6.2.1 Elementos da Rede de Atenção à Saúde

A operacionalização da RAS no município de Venâncio Aires conta com os seguintes pontos de atenção em saúde:

- 15 Unidades Básicas de Saúde- UBS;
- 07 Estratégias de Saúde da Família- ESF;
- 01 Centro Integrado de Educação e Saúde- CIES;
- 01 Centro Municipal de Oftalmologia;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas - CAPS ad;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial para transtornos mentais - CAPS II;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de crianças e adolescentes até 18 anos incompletos – CAPSi ;
- 01 Centro de Atendimento a Doenças Infecciosas - CADI;
- 02 ambulâncias SAMU (SAMU Básico e SAMU Avançado)
- 01 UPA
- 01 Hospital Geral
- 01 Unidade Móvel

Com relação aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico do município, os mesmos são contratados para prestar serviços através de Chamamento Público para laboratórios de análises clínicas, serviços de fisioterapia, consultas e procedimentos especializados, entre outros. Outras especialidades ou serviços poderão vir a ser contratados.



A Secretaria Municipal de Saúde mantém convênio e contrato com o Hospital São Sebastião Mártir, hospital filantrópico, que possui pronto atendimento 24 horas, visando à prestação de serviços de média e alta complexidade, incluindo traumato-ortopedia e a regionalização dos partos, para munícipes de Venâncio Aires, Mato Leitão, Vale Verde e Passo do Sobrado.

A prestação destes serviços é realizada de acordo com as pactuações estabelecidas pelos gestores nas reuniões da CIR Vale do Rio Pardo.

No que diz respeito ao transporte de usuários, este é ofertado para aqueles que necessitam de atendimento especializado em municípios de referência em atendimento como: Santa Cruz do Sul, Porto Alegre, Cachoeira do Sul, Rio Pardo entre outros. O veículo é agendado pelo usuário na Secretaria Municipal de Saúde mediante a comprovação da data e hora da consulta/procedimento a ser realizado.

O transporte destina-se à população que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento ou de transporte em decúbito horizontal. Atualmente, o mesmo é prestado por servidores públicos municipais através de escala de plantão. Quando se trata de caráter emergencial, com necessidade de assistência de profissionais durante o percurso, este pode ser realizado pelo SAMU ou por empresa contratada para esta finalidade.

Esses elementos da Rede realizam a busca contínua por uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS. Além disso, essa rede exerce ainda um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o cuidado, a reabilitação e a manutenção da saúde. Dentre os objetivos que o município tem em relação aos elementos da rede, podem ser citados:

- Melhorar o nível de saúde da população;
- Responder com efetividade e resolutividade às necessidades em saúde;
- Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde;



- Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar;

- Coordenar as atividades das partes envolvidas;

- Assegurar que os compromissos sejam cumpridos;

- Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão.

Para alcançar esses objetivos as partes adotam estratégias em três áreas de aplicação que são: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência.

6.2.1.1 Unidades Básicas de Saúde

Os atendimentos prestados à população na atenção básica em saúde são desenvolvidos nas UBS e nas ESF. O acesso das pessoas aos serviços básicos de saúde é por livre demanda. Nas ESF a formatação da agenda é aberta, na qual os usuários são acolhidos em suas demandas e encaminhados conforme necessidades apresentadas.

As UBS são a porta de entrada do SUS, sendo o nível primário de atenção à saúde, com o atendimento voltado a promoção e prevenção da saúde, atendendo a população que procurar atendimento, promovendo orientações preventivas em saúde, consultas médicas e odontológicas, encaminhamentos a exames laboratoriais e imagem, encaminhamentos para cirurgias e especialidades em saúde, imunizações, atendimentos de Enfermagem, de Psicologia, de Nutrição, entre outros.

Uma das metas previstas é a ampliação do horário de atendimento de UBS, iniciando pela Unidade de Saúde do Bairro Gressler, tendo em vista a necessidade de ofertar a população um horário alternativo para que os usuários possam acessar os serviços de saúde, não necessitando solicitar dispensa do seu trabalho para buscar atendimento em saúde. Neste horário estendido se pretende ofertar consultas médicas, odontológicas, vacinas, testes rápidos de HIV, Sífilis, hepatite B e C, exame citopatológico, entre outros.

A ESF, de acordo com o Ministério da Saúde, é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes



multiprofissionais em unidades de saúde, por isso as atividades ofertadas para a população abrangem ações diferenciadas, principalmente no âmbito da promoção e prevenção em saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

As ESF foram formatadas a partir de um diagnóstico situacional realizado no município. Esta análise possibilitou a identificação dos territórios mais vulnerabilizados, os quais podem apresentar uma maior necessidade deste tipo de serviço em saúde. Atualmente, o município tem sete equipes de saúde da família:

ESF I CAIC;

ESF II Coronel Brito;

ESF III Macedo;

ESF IV Santa Tecla;

ESF V Tabalar;

ESF VI Gressler;

ESF VII Mariante.

A estrutura dos serviços de saúde é formatada de acordo com os objetivos traçados para cada tipo de serviço. Portanto:

As UBS são compostas, de um modo geral, pelos seguintes profissionais: enfermeiro, técnicos de enfermagem, atendente, higienizadora, clínico geral, pediatra, ginecologia e obstetrícia e dentista;

As ESF agregam algumas diferenças na estruturação de profissionais: médico de família, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, atendente,



higienizadora. As equipes de Saúde Bucal (ESB), formadas por dentista e auxiliar de saúde bucal, estão implementadas em três ESF.

6.2.1.2 Unidade Móvel de Saúde

A Unidade Móvel de Saúde tem como objetivo principal aumentar a cobertura da atenção básica e garantir o acesso dos usuários aos serviços, entendendo a importância de estender as ações em saúde para as regiões distantes do espaço central do município, sobretudo em áreas rurais e espaços que não contam com Unidade de Saúde no território. Ela disponibilizará atendimentos de profissional médico, de enfermagem, cirurgião-dentista, bem como de outros profissionais de saúde que poderão acompanhar esta equipe, realizando consultas diversas, procedimentos, aplicação de vacinas e dispensação de medicamentos básicos. Ainda poderão ser realizados pela equipe da Unidade Móvel, atendimentos domiciliares, grupos em saúde - como grupos de hipertensos e diabéticos -, entre outros. Nas regiões com cobertura de Agentes Comunitários de Saúde, estes poderão auxiliar a Equipe Móvel. Nesse sentido, serão os Agentes Comunitários destas localidades que poderão contribuir no agendamento das consultas, encontros com os grupos de saúde, fazer a busca ativa de usuários, entre outras ações.

6.2.1.3 Saúde Bucal

O município de Venâncio Aires conta com atendimento odontológico nas UBS onde o modelo de atenção é voltado principalmente para as ações de prevenção.

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes. A



busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado dos usuários, famílias e comunidades. Também é recomendável trabalhar numa linha de combate a automedicação, medicalização, e dependência excessiva dos profissionais ou serviços de saúde. As ações de proteção à saúde podem ser desenvolvidas no nível individual e /ou coletivo. Para as ações que incidem nos dois níveis, deverá garantir-se acesso a escovas e pastas fluoretadas. Além disso, os procedimentos coletivos são ações educativo-preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua.

O modelo de Equipe de Saúde Bucal (ESF) difere do modelo tradicional, pois atua mais próxima da comunidade, identificando fatores de risco, famílias em situação de risco, priorizando demandas assistenciais e preventivas e levando ações de saúde bucal diretamente às comunidades. A mesma está vinculada a um contingente populacional e a uma região geográfica específica, obedecendo a atributos, tais como: vínculo, acompanhamento longitudinal, corresponsabilização, coordenação do cuidado e acesso.

A inclusão das ações de saúde bucal na ESF tem como principais objetivos:

- Melhorar as condições de saúde bucal da população local;
- Orientar as práticas de atenção à saúde bucal por meio da organização da Atenção Básica preconizada pela ESF;
- Assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes na área coberta pela ESF às ações de promoção, de prevenção e de assistência em saúde bucal;
- Capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal para a ESF;
- Avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios da ESF.

Os profissionais da ESB também possuem como atribuições:

- Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básica de saúde da família;



- Identificar as necessidades e as expectativas da população em relação à saúde bucal;
- Estimular e executar medidas de promoção da saúde, bem como atividades educativas e preventivas em saúde bucal;
- Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;
- Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes da ESF e do plano de saúde municipal;
 - Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde;
 - Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas;
 - Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

O planejamento tem se mostrado uma necessidade cotidiana das ESF e ESB, possibilitando uma releitura da realidade, garantindo direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e caminhando em direção aos objetivos propostos. Para a realização do planejamento das atividades da ESB com a equipe da unidade, ocorrem reuniões semanais na própria unidade.

São alguns dos objetivos relacionados aos serviços em Saúde Bucal:

- 1º Ampliar o atendimento especializado através da implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas – CEO;
- 2º Ampliar o número ESB e de profissionais - cirurgião dentista e auxiliares de saúde bucal;
- 3º Viabilizar o atendimento de saúde bucal no horário estendido junto as unidades de saúde;
- 4º Viabilizar a implantação de atendimento odontológico junto a UPA.



6.2.1.4 Assistência Farmacêutica

Localizada junto a UBS Central, a Farmácia Municipal realiza a distribuição de medicamentos básicos à população venâncio-airense. A padronização da Farmácia Básica obedece aos critérios previstos na RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e as necessidades da população. Atualmente são disponibilizados medicamentos das mais variadas classes farmacológicas entre as quais se encontram analgésicos, antitérmicos, antiinflamatórios, psicotrópicos, antibióticos, anti-hipertensivos, antidiabéticos e insumos para o tratamento de diabetes, antifúngicos e anticoncepcionais.

Para auxiliar na descentralização da distribuição dos medicamentos e facilitar o acesso dos usuários, algumas unidades de saúde também distribuem medicação da rede básica.

Em relação à atenção especializada, há uma listagem composta por medicamentos dos componentes especiais e especializados propostos pelo Governo Estadual e Federal os quais são requeridos através de abertura de processo junto a Farmácia Municipal. Após essa etapa de abertura, o vínculo com o usuário fica estabelecido na farmácia onde são realizadas dispensações, reavaliações e inclusões de medicamentos.

O Município também tem em seu planejamento a implantação da Farmácia Solidária, destinada à captação de medicamentos, por meio do recebimento em doação, e posterior distribuição gratuita à população que não dispõe de meios para sua aquisição. Neste programa, a captação e distribuição dos medicamentos poderão ocorrer em sistema de parceria entre governo e sociedade. Os pontos de coleta dos medicamentos poderão ser realizados junto as unidades de saúde e outros locais, que serão definidos pela Gestão Municipal. Os medicamentos recebidos em doação deverão passar por rigorosa triagem orientada e acompanhada por profissional farmacêutico, de acordo com o Manual de Boas Práticas e legislação pertinente. Os medicamentos que estiverem fora do prazo de validade ou sem condições de uso deverão ser encaminhados à Secretaria Municipal de Meio Ambiente para fins de adequado descarte. No processo de triagem, bem como na distribuição dos medicamentos deverá haver controle de estoque e registros previamente definidos. Após a seleção e registros, os medicamentos deverão ser armazenados em local adequado para posterior distribuição à população, sob supervisão de profissional farmacêutico.



O fornecimento dos medicamentos à população neste programa poderá se dar mediante:

I –apresentação de receituário médico emitido no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e comprovação de residência em Venâncio Aires; ou

II –apresentação de receituário médico, comprovação de renda mensal per capita de até 1,5 salários mínimos e comprovação de residência em Venâncio Aires.

Poderão ser desenvolvidas campanhas de informação, orientação e incentivo à doação de medicamentos no âmbito do Programa Farmácia Solidária.

6.2.1.5 Vigilância em Saúde

A construção e a consolidação da Vigilância em Saúde são produtos vitoriosos herdados pela institucionalização do SUS em 1988; pela criação do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), em 1990; pela estruturação do financiamento das ações de vigilância e controle de doenças e, mais recentemente, pela criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde – em 2003 –, que coordena o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde em todo o território brasileiro.

Nesse contexto, desenvolveu-se o conceito de Vigilância em Saúde, entendido tanto como modelo de atenção quanto como proposta de gestão de práticas sanitárias. Estrategicamente, a Vigilância em Saúde é um dos pilares de sustentação do princípio da integralidade do cuidado, devendo, nesse contexto, inserir-se na construção das redes de atenção à saúde.

A Vigilância em Saúde é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de agravos, prioritariamente com ações de promoção à saúde, com o monitoramento epidemiológico das doenças transmissíveis e não transmissíveis, de atividades sanitárias programáticas, de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador, elaboração e análise de perfis demográficos epidemiológicos, proposição de medidas de controle, entre outras ações.



Este setor está incluído no campo de ação do SUS e desenvolve programas relevantes de prevenção e controle, devendo ser utilizado para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática, em várias áreas intrainstitucionais como as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador. No município, a Vigilância em Saúde se encontra dividida em equipes nas seguintes áreas:

6.2.1.5.1 Vigilância Epidemiológica

Realiza um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e/ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Trabalha com doenças sexualmente transmissíveis agudas e crônicas; doenças transmissíveis agudas; doenças transmissíveis crônicas; doenças imunopreveníveis; realiza investigações e respostas a casos de surtos e epidemias; doenças emergentes; agravos inusitados; e inclui também o Programa Nacional de Imunização (PNI), descentralizado aos municípios.

O PNI é o conjunto de todas as atividades relacionadas com os imunobiológicos e sua adequada utilização. Este programa é reconhecidamente um dos melhores do mundo, estando vigente desde 1973 e expressando continuamente os benefícios na prevenção de doenças. Observa-se que podem ocorrer surtos ou acontecimentos inesperados mesmo com imunobiológicos eficazes, cabendo providências complementares organizadas, através da observância das diretrizes da Vigilância em Saúde, com respaldo científico e rigoroso sistema avaliador de qualidade, com vistas ao controle de procedimentos inadequados e eventos adversos de imunobiológicos. Reitera-se ainda que este Programa é responsável pelo acompanhamento, armazenamento, conservação e transporte de vacinas até sua utilização.

6.2.1.5.2 Vigilância Ambiental

Este serviço desencadeia um conjunto de atividades relativas às zoonoses e questões sanitárias ligadas ao meio ambiente e riscos à saúde (água, ar e solo), com ações integradas a outras secretarias municipais, participando na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico. O setor desenvolve ainda atividades de



vigilância dos vetores e hospedeiros transmissores da dengue, mantendo o controle sobre o *Aedes aegypti* através de ações e medidas preventivas com a Equipe de Agentes de Combate a Endemias. E, além disso, promove ações de prevenção intersetoriais através de processos de educação preventiva da população e trabalha com vistorias de imóveis e orientações à comunidade sobre roedores, escorpiões, morcegos, etc.

A equipe dos agentes de combate a endemias realizam suas ações de maneira contínua, sendo que conforme a necessidade e as condições epidemiológicas pode ser avaliada pelo município a possibilidade da contratação de novos agentes de combate a endemias.

6.2.1.5.3 Vigilância Sanitária

Realiza um 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 de interesse da saúde.

Ações que competem a esse departamento:

Cadastro e inspeção de estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária;

Exclusão do cadastro estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária com atividades encerradas;

Recebimento e atendimento de denúncias e reclamações;

Atividades educativas para públicos diversos;

Investigação de eventos adversos ou queixas técnicas;

Investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos;

Solicitação de laudos de análise laboratorial do programa de monitoramento de alimentos;

Instauração e conclusão de processos administrativos sanitários;

Coleta de amostras de água e envio ao laboratório estadual para análise;

Confecção de laudos de controle de qualidade da água para consumo humano;



6.2.1.5.4 Vigilância em Saúde do trabalhador

O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença. A Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, publicada na seção I, páginas 46 a 51, do D.O.U. de 24 de agosto de 2012, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Essa política visa à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, mediante a execução de ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde. Assim, a Saúde do Trabalhador desencadeia um conjunto de atividades que, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, se destinam à promoção e à proteção à saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Seus objetivos e estratégias incluem: o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador e a integração com os demais componentes da vigilância em saúde e com a atenção básica em saúde; a promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis; a garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador; a análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores; o fortalecimento e a ampliação da articulação intersetorial; o estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A notificação de acidentes ou agravos à saúde do trabalhador através do Relatório Individual de Notificação de Acidentes (RINA) é efetuada por qualquer profissional de saúde do serviço de atendimento do trabalhador. Necessariamente há a participação do profissional responsável pelo diagnóstico do agravo prestando ao notificador as informações necessárias em prontuário do usuário.

A notificação no SIST – Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador e no SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação de acidentes de trabalho, sejam típicos ou de trajeto, ocorridos com qualquer indivíduo, seja na condição de condutor, passageiro ou pedestre, seja por exposição acidental a agentes químicos, físicos e biológicos ou acidentes com animais peçonhentos quando ocorrem por ocasião da



atividade profissional e as doenças relacionadas ao trabalho é obrigatória aos profissionais de saúde.

6.3 AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica no município de Venâncio Aires desenvolve as ações de saúde com embasamento nas políticas e programas preconizados pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, dentre eles estão:

6.3.1 SAÚDE DA CRIANÇA

Segundo o Ministério da Saúde, a Política de Saúde da Criança deve “Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade, em parceria com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada, a sociedade e a família, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania”.

O Ministério da Saúde “concentra seus esforços na construção de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança envolvendo ações que vão desde um pré-natal de qualidade para a mulher e o bebê, nascimento seguro e humanizado com a adoção de boas práticas, atenção à saúde do recém-nascido, aleitamento materno, estímulo ao desenvolvimento integral na primeira infância, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e prevenção de violências”.

Dessa forma a promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e qualificação da assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança e à família.

Assumindo o desafio da conformação de uma rede única integrada de assistência à criança, é apresentada a linha de cuidado integral da saúde da criança, com a identificação das ações prioritárias e as estratégias que devem nortear a ação das unidades de saúde e da rede como um todo, visando ao cumprimento dos objetivos de promover a saúde e reduzir a morbimortalidade.



Rastreamento e Acompanhamento das Crianças de Risco

Busca desenvolver um atendimento integrado e humanizado a Saúde da Criança, através da promoção, prevenção e recuperação, desde sua concepção, com prioridade para os grupos de risco, aumentando a qualidade no atendimento, visando à diminuição da mortalidade infantil. E promove o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como eixo da atenção, tendo como instrumento a “Caderneta de Saúde da Criança”. São objetivos e funções desta ação:

- Promover o aleitamento materno e a orientação alimentar adequada para a idade, o combate à desnutrição e às anemias carências;

- Identificar as crianças em situação de risco através da DN- Declaração de nascidos Vivos para atendimento especial com agendamento e busca ativa dos faltosos;

- Promover o controle e a assistência das intercorrências patológicas e a orientação às famílias, sobretudo no que se refere às doenças mais prevalentes na infância, como doenças do inverno, diarreia, anemia e desnutrição;

- Atender de forma integrada as patologias da primeira Infância com diagnóstico, tratamento de média complexidade e encaminhamento para alto risco;

- Capacitar por meio do Aconselhamento em Amamentação todos os profissionais dos serviços de Atenção Básica;

- Garantir a assistência farmacêutica básica;

- Integrar esforços junto ao SISPRENATAL para melhoria do pré-natal a todas as gestantes;

- Garantir prioridade no atendimento através do agendamento do recém-nascido até o 10º dia de vida nas Unidades Básicas de Saúde;

- Exercer atividades de controle as doenças imunopreveníveis em conjunto com a Vigilância Epidemiológica;

Promover atividades de educação para a saúde, com ênfase na participação da família na assistência à criança, na prevenção de acidentes, maus tratos e violência e das doenças mais frequentes;



Investigar o óbito infantil através da Vigilância em Saúde nos três níveis de atenção;

Manter o Programa de Triagem Neonatal (PTN) - Teste do Pezinho, Rastreamento de Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (do 2º ao 7º dia), além do tratamento, acompanhamento e aconselhamento genético em Unidade de Referência;

Oferecer assistência em Urgência e Emergência através de serviço de plantão;

Promover, acompanhar, diagnosticar e tratar a Saúde Mental.

6.3.1.1 PIM - Primeira Infância Melhor/Criança Feliz

Política pública pioneira no Brasil, o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) é uma ação transversal de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância. Desenvolve-se através de visitas domiciliares e comunitárias realizadas semanalmente a famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, visando o fortalecimento de suas competências para educar e cuidar de suas crianças. Está voltado para o desenvolvimento pleno das capacidades físicas, intelectuais, sociais e emocionais do ser humano, e tem como eixos de sustentação a Comunidade, a Família e a Intersetorialidade. O PIM – Primeira Infância Melhor é conduzido pelo GTM – Grupo Técnico Municipal e envolve as Secretarias Municipais da Saúde, Educação e Desenvolvimento Social, atua nos Bairros: Gressler, Cidade Nova, Xangrilá, Coronel Brito, Battisti, Brands, Vila Táta, Loteamento Popular Tirelli, Macedo e Aviação, e suas respectivas comunidades. Atende cerca de 125 crianças, e tem como objetivo orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade. Com a adesão do Município ao Programa Criança Feliz, o PIM passa a ser denominado de PIM/Criança Feliz, e sua área de abrangência será ampliada, incluindo famílias atendidas pelo CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

6.3.2 SAÚDE DA ADOLESCENTE E DO ADOLESCENTE

A adolescência e juventude são marcadas por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento. Por essa razão, o SUS oferece a população de 10 a 24 anos práticas de acolhimento com abordagens diferenciadas, sem juízo de valor e acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O adolescente e jovem tem, além da garantia dos seus direitos, acesso ao atendimento nas UBS e ESF, podendo ser direcionado a instituições como Vara da Infância e



Juventude, Conselho Tutelar e outras entidades assistenciais, quando necessário. Tem ainda disponível, de acordo com as necessidades, o acesso à consultas médicas (clínico geral, ginecologista, pediatra), saúde bucal, atendimento de enfermagem, vacinação, farmácia (medicamentos e preservativos) e cuidados relacionados ao tabagismo, e ao uso de álcool e outras drogas.

A garantia também dos direitos sexuais e direitos reprodutivos já reconhecidos como Direitos Humanos em leis nacionais e documentos internacionais, indica a importância da aceitação da individualidade e da autonomia dessa população e se reflete no SUS na disponibilização de orientação profissional, envolvendo não só os profissionais de saúde, mas a comunidade escolar. No SUS, a população adolescente e jovem ainda tem acesso a métodos contraceptivos, como camisinha, anticoncepcionais variados para que consiga decidir com liberdade e responsabilidade sobre a vida sexual e a vida reprodutiva. No Município de Venâncio Aires os profissionais da saúde mantém contato com grande parte dos adolescentes e jovens através do Programa Saúde na Escola (PSE) e através das ESF que oferecem atendimento integral a família em determinada área, facilitando a orientação e a assistência a este grupo de indivíduos.

6.3.3 SAÚDE DO ADULTO

O Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto (PAISA) constitui-se como uma das iniciativas de priorização de agravos específicos à saúde do adulto pelo Ministério da Saúde, pautadas no perfil epidemiológico da população, para articular ações de caráter individual e coletivo. Ele atua na promoção dos cuidados primários de saúde junto à comunidade adulta e enfoca preventivamente as complicações da hipertensão arterial e da diabetes *mellitus*. Além disso, esse programa realiza ações com vistas à saúde do trabalhador e as transformações pelas quais os indivíduos passam a partir da 5ª década de vida. A política situa-se alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica e está em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo as ações, os serviços da rede e os cuidados em saúde, privilegiando a ESF, e evitando assim a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas.

O papel da ESF na atuação junto à população adulta se revela fundamental, uma vez que essa faixa da população irá tornar-se, mais adiante, a população idosa, e com



vistas à transição demográfica que se vive atualmente, quanto mais saudáveis forem os adultos de hoje, mais saudáveis serão os idosos de amanhã.

As principais ações da saúde do adulto e trabalhador são:

Prestar assistência à saúde do adulto focando aos programas de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica;

Prestar apoio e referência às equipes de Saúde da Família na assistência ao adulto, garantindo o fluxo de referência e contra referência, destacando a importância da responsabilidade na prestação da assistência de forma integrada;

Rastreamento populacional de suspeitos de possíveis diabéticos e/ou hipertensos;

Realizar capacitação de recursos humanos (Educação continuada e permanente);

Prestar assistência farmacêutica.

6.3.4 SAÚDE DA MULHER

A saúde da mulher, assim como dos demais ciclos vitais é determinada como multifatorial, isto é, envolve inúmeros aspectos da vida, dentre os quais podemos elencar a relação com o meio-ambiente, o lazer, a alimentação, as condições de trabalho, de renda, moradia, educação e bem-estar psíquico, dentre outros. A assistência à mulher necessita ser em âmbito integral, em atenção a todas as possíveis demandas que ela possa apresentar. Para isso, o trabalho interdisciplinar é primordial, porque possibilita o cuidado ampliado e o fortalecimento da rede de apoio às mulheres.

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção integral à saúde da mulher, tem como foco principal a assistência em todas as etapas da vida, com ênfase em doenças ginecológicas prevalentes, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS, pré-natal, além da assistência às mulheres vítima de violência.

As ações prioritárias de saúde voltadas a mulher são:

Assistência ao pré-natal;

Incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas;



Redução da mortalidade materna;

Enfrentamento da violência contra a mulher;

Planejamento Familiar;

De acordo com o Ministério da Saúde, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e de colo do útero. Outro dado significativo para operacionalização de ações para as mulheres é que elas vivem mais que os homens, porém adoecem mais frequentemente.

Pré-natal

A assistência de pré-natal consiste no acompanhamento da mulher no período gestacional e puerperal. Objetiva qualidade de vida para a gestante e o bebê, possibilitando a identificação e redução de problemas de saúde que possam acometer a futura mãe e o conceito. O pré-natal busca uma gestação saudável e consequente parto seguro, bem como o esclarecimento de dúvidas das gestantes. Através das consultas e exames periódicos é possível a identificação de problemas que podem trazer prejuízos para a gestação e para a formação do bebê, como a hipertensão, infecção urinária, doenças sexualmente transmissíveis - em especial HIV -, sífilis e hepatites, dentre outros. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) incentiva as gestantes a buscarem o serviço de saúde público e iniciarem o pré-natal em até 120 dias antes da concepção; estabelece que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo e três no terceiro trimestre. O profissional responsável pelo pré-natal deve, em cada consulta, aferir a pressão arterial, medir o crescimento abdominal, verificar o peso da gestante e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Esses dados devem ser registrados na caderneta da gestante, instrumento de avaliação e desenvolvimento gestacional, a qual deve estar sempre com a gestante, caso ela necessite de atendimento de intercorrência e na hora do parto. Sendo identificados riscos gestacionais tanto para a gestante quanto para o conceito, o pré-natal será realizado em serviço de saúde qualificado/especializado.

Tendo em vista a necessidade de oferecer um ambiente mais acolhedor, com espaço físico adequado, atendimento mais humanizado e seguro para as mulheres e



crianças, a nova Gestão busca viabilizar a construção do Centro Materno Infantil, através da captação de recursos oriundos de emendas parlamentares.

Prevenção de Mortalidade Materna

O objetivo é detectar o número de ocorrência de óbito em mulher grávida ou no período puerperal na faixa etária de 10 a 49 anos. Os casos são investigados pela vigilância epidemiológica que elabora um relatório anual contendo as diferentes causas de óbito, além de outras informações pertinentes aos casos de óbitos nessa faixa etária. A partir desse diagnóstico de saúde é realizado plano de ações para prevenção da mortalidade materna.

Prevenção do Câncer de Mama e do Colo do Útero

A prevenção do câncer de mama e de colo do útero é umas das principais ações a serem realizadas na saúde da mulher, pois são causas frequentes de óbitos de mulheres em idade fértil. Quando esses dois tipos de cânceres são identificados em estágio inicial, as chances de cura são altas. As consultas ginecológicas de rotina devem proporcionar a realização dos exames preventivos:

- Coleta de material para exame citopatológico do colo do útero, indicado a partir da iniciação sexual;
- Palpação mamária;
- Mamografia, a partir dos 40 anos (ou se necessário antes).

Na atenção básica, os profissionais enfermeiros da rede realizam consulta de enfermagem em saúde da mulher.

Quando da detecção de caso positivo para câncer de mama ou de colo do útero as usuárias são encaminhadas para seguimento de atendimento e tratamento na assistência especializada.

6.3.5 SAÚDE DO HOMEM

A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que



resguardem a integralidade da atenção. O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardo na atenção e maior custo para o SUS. Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. A compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de saúde, a fim de garantir a prevenção e a promoção como eixos de intervenção.

Há também a preocupação de integrar as ações voltadas à saúde do homem às outras políticas de saúde do município. A integração e a cooperação entre elas possibilitam melhores opções de construção e operacionalização das ações voltadas a eles.

Outro fator que vem afetando parte da população masculina é o consumo abusivo de álcool. Em relação ao tabagismo, os homens usam cigarros também com maior frequência que as mulheres, o que acarreta maior vulnerabilidade às doenças cardiovasculares, cânceres, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras. Nas unidades de saúde, homens e mulheres são conscientizados sobre os malefícios dessas práticas por meio da promoção da saúde, de ações preventivas e de hábitos saudáveis.

Outro aspecto trabalhado é a conscientização dos homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança. Nas unidades de saúde também ocorre uma consulta de pré-natal do parceiro para abordar estes assuntos.

Nas unidades de saúde são fornecidas informações e orientação à população masculina, aos seus familiares e à comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades do homem. Busca-se facilitar à população masculina o acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. A prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV também é promovido no município.



6.3.6 SAÚDE DO IDOSO

As alterações morfológicas, bioquímicas, imunológicas e fisiológicas que se processam com o fenômeno do envelhecimento, somado às doenças crônico-degenerativas e inserido em um contexto psicossocial individual, modificam as manifestações clínicas das doenças no organismo do idoso.

Segundo o Ministério da Saúde “A proposta de envelhecimento ativo e saudável busca oferecer qualidade de vida por meio da alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que reduzam o estresse, diminuição dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação”.

Para a efetivação do cuidado desta população o município oferece, entre outras ações, a realização de grupos diversos, com o objetivo de promover a saúde e a socialização. Esses grupos acontecem em diversas unidades de saúde e abarcam oficinas de artesanato, grupos de HiperDia, de reeducação alimentar, entre outros. Além disso, há uma atenção especial às Visitas Domiciliares (VD) a idosos nas áreas onde há agentes de saúde cadastrados e nas demais áreas por outros membros das equipes sempre que é identificada a necessidade. As UBS/ESF realizam o controle e administração de imunobiológicos conforme calendário vacinal da pessoa idosa, inclusive nas campanhas de vacinação.

6.4 OUTRAS POLÍTICAS E PROGRAMAS REALIZADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

6.4.1 Programa Saúde na Escola (PSE)

O PSE integra uma política de governo voltada à intersetorialidade que atende aos princípios e diretrizes do SUS, a saber: integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação social. São diretrizes do PSE:

- Tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
- Permitir a progressiva ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;



- Promover a articulação de saberes, a participação dos estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação;

Promover a saúde e a cultura da paz, favorecendo a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

Articular as ações do SUS e às ações das redes de educação pública de forma a ampliar o alcance e o impacto das ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

Promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes;

Atuar na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade.

A partir da formação de um Grupo de Trabalho Intersetorial, composto por representantes das secretarias da saúde e da educação, das Equipes de Saúde da Família e de educadores é feita a definição dos territórios, segundo a área de abrangência das ESF, onde as atividades do PSE ocorrem. Considera-se o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde deste.

As escolas que participam do programa desenvolvem as atividades em saúde integradas ao projeto político-pedagógico escolar. As temáticas são desenvolvidas em sala de aula pelos professores e por profissionais da saúde.

Através de Termo de Compromisso um conjunto de ações mínimas referentes à avaliação clínica e psicossocial são contratualizadas pelo município, a citar:

Avaliação antropométrica;

Atualização do calendário vacinal;

Avaliação oftalmológica;



Avaliação auditiva;

Avaliação nutricional;

Avaliação de saúde bucal;

Tais ações têm como objetivo obter informações sobre o crescimento e desenvolvimento dos escolares. São realizados no ambiente escolar e em caráter de triagem, considerando o ganho de escala em ambiente coletivo. Os educandos detectados com maiores necessidades são encaminhados às unidades de saúde.

São realizadas, também, ações de promoção e prevenção à saúde, tais como:

Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável;

Promoção de práticas corporais e atividade física nas escolas;

Promoção da cultura de paz e prevenção das violências;

Atividades de educação permanente e capacitação dos profissionais da Educação e da Saúde, monitoramento e avaliação do programa e da saúde dos escolares também são realizados.

6.4.2 SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional)

Através do Sistema informatizado é possível cadastrar os indivíduos e monitorar o perfil nutricional (antropometria) e alimentar (consumo de alimentos) de todos os ciclos de vida: crianças, gestantes, nutrízes, adolescentes, adultos e idosos do município, mapeando a prevalência de eutrofia, o risco nutricional e o excesso de peso nas áreas de risco. Esta estratégia busca produzir um conjunto de indicadores de saúde e nutrição que deverão orientar a formulação de políticas públicas prioritárias e também as ações locais de atenção nutricional.

Para realização das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional é necessário ter equipamentos antropométricos adequados, como balanças e antropômetros, acesso ao referido Sistema e profissionais da rede capacitados para o processo de avaliações



antropométricas, com aplicação do marcador de consumo alimentar e inserção destes dados no sistema.

Das ações a desenvolver para este programa são:

-Iniciar um levantamento do consumo alimentar, em todas as faixas etárias, em pelo menos 20% nas ESF,UBS e EACS para verificação de uma amostra alimentar do município.

-Fortalecimento e institucionalização do sistema do SISVAN no município.

6.4.3 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Programa Bolsa Família foi criado em 2003 pelo governo federal com o intuito de apoiar as famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza, com renda percapita de até R\$ 178,00 mensais. Esse programa tem como objetivo promover o acesso de usuários aos seus direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza através da transferência direta de renda. Para garantir o direito ao benefício é dever do beneficiário seguir as condicionalidades do programa que são: acompanhamento mensal com vigilância nutricional das crianças menores de 7 anos e gestantes nas unidades de saúde, estar com vacinação em dia e com o pré-natal completo. Este acompanhamento é realizado em 10 Unidades Básicas de Saúde, nas 7 ESF e em uma unidade móvel.

O envio do acompanhamento semestral do Bolsa Família para o Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Saúde é realizado nos meses de junho e dezembro, devendo ser digitados todos os acompanhamentos dos beneficiários do município (peso, altura, vacinação das crianças e pré-natal completo das gestantes). Quando maior a cobertura de acompanhamento das famílias beneficiárias, maior é o incentivo financeiro que o município recebe mensalmente.

Atualmente o programa aponta como meta o acompanhamento de 92% das famílias beneficiárias do programa. Devido ao atual momento da pandemia, existe a orientação de realizar o aproveitamento de qualquer contato do beneficiário ao serviço de saúde para efetuar as ações de acompanhamento, a fim de evitar aglomerações.



6.4.4 PROGRAMA DE CARÊNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Este Programa tem como objetivo reduzir o índice de risco nutricional, diminuir a desnutrição das crianças de áreas vulnerabilizadas, otimizar o pleno desenvolvimento físico-nutricional e minimizar intercorrências. Para efetivar essa ação, é feita uma triagem pelo Médico Pediatra e pelo profissional Nutricionista durante os atendimentos, a qual se dá através dos protocolos do Estado. Nessa intervenção é verificada a possibilidade da obtenção de fórmulas para crianças de até 1 ano - fórmulas semi-elementares, fórmulas sem lactose e de aminoácidos -, as quais podem ser dispensadas gratuitamente via Estado através da Farmácia municipal. O público alvo são crianças, menores de 2 anos, em situação de vulnerabilidade social e em situação de risco nutricional (relação peso/idade situada abaixo do percentil 10) desnutrição (abaixo do percentil 3), prematuros e com baixo peso ao nascer e/ou patologias diagnosticadas pelo médico (alergias, intolerâncias) e que não estão recebendo leite materno.

6.4.5 REDE AMAMENTA ALIMENTA

A Estratégia “Amamenta e Alimenta Brasil”, lançada em 2012, tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e a alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito SUS. As oficinas têm como princípio a educação permanente em saúde e como base a metodologia crítico-reflexiva que é desenvolvida por meio de atividades teóricas e práticas, leituras e discussões de texto, troca de experiência, dinâmicas de grupo, conhecimento da realidade local, sínteses e planos de ação.

Para a efetivação da estratégia o município tem como objetivo organizar processos de educação permanente aos profissionais da atenção básica por meio de duas ações: formação de tutores e oficinas de trabalho na Unidade Básica de Saúde e nas ESF:

Oficina de formação de tutores - Visa qualificar profissionais de referência que serão responsáveis em disseminar a estratégia e realizar oficinas de trabalho nas suas respectivas UBS/ESF. Esses profissionais são os pilares da estratégia e devem apoiar o planejamento, o acompanhamento e/ou fortalecimento das ações de promoção, proteção e



apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, de forma contínua. O município conta com equipe de 3 nutricionistas, 1 psicóloga e 1 técnico de enfermagem que foram capacitados para esta ação no ano de 2014.

Oficina de trabalho na UBS - Visa discutir a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável com os profissionais da UBS e planejar ações de incentivo à alimentação saudável na infância, de acordo com a realidade local. Essa oficina é o ponto de partida para o desenvolvimento de ações com o objetivo de promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Essas oficinas acontecem a partir de um cronograma firmado entre as UBS/ESF e a secretaria de saúde, que em um primeiro momento deve ser de quatro horas, de acordo com a metodologia proposta. Em um segundo momento, uma oficina mais curta deve ser realizada para discutir temas específicos segundo a realidade de cada local. Como exemplo dessas discussões estão o manejo do aleitamento materno, prática da alimentação complementar, desenvolvimento infantil, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), entre outros.

6.4.6 PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

A anemia por deficiência de ferro é a carência nutricional de maior magnitude no mundo, em expansão por todos os segmentos sociais, atingindo principalmente crianças menores de 24 meses e gestantes. No Rio Grande do Sul estudo realizado pelo Grupo Hemoamigos (HCPA) revelou uma prevalência de 44% de anemia nas crianças menores de 18 meses e 36% nas mulheres em idade fértil. Levado em consideração que a anemia ferropriva decorre da quantidade insuficiente de ferro na dieta, são necessárias ações de diagnóstico e prevenção para a modificação deste quadro. O Programa Nacional de Suplementação de Sulfato Ferroso consiste na suplementação medicamentosa de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes, mulheres até o 3º mês pós-parto e crianças até 18 meses. É importante esclarecer que o programa destina-se a suplementação profilática, e nos casos já diagnosticados, o tratamento deverá seguir a conduta clínica para anemia já definida. Desde 2013 o município não recebeu mais as remessas de suplementos vindos pela farmanguinhos/Brasília ficando o município responsável pelo seu abastecimento



(compra) e distribuição para continuação do Programa. Em pesquisa realizada entre 2008 a 2012 (Venancito no combate a Anemia), observou-se com a prática correta de suplementação e medidas preventivas uma redução de anemia gestacional de 26% para 12% e infantil em 40%. Nesta época foi feita a compra de suplementos de sais de ferro e vitaminas/minerais de melhor absorção e palatabilidade contribuindo para melhor adesão da população assistida e sucesso nos indicadores. Diante do aumento de casos de famílias com insegurança alimentar pela pandemia, alta vulnerabilidade social, número crescente de casos da anemia ferropriva verificados em consultas no público materno-infantil, torna-se de fundamental importância a continuação do Programa e o uso de recursos financeiros específicos para tal fim.

Das ações a desenvolver para este programa são:

Ter um mapeamento dos casos diagnosticados e monitorados de anemia ferropriva materna, na unidade básica de saúde central e nas ESF do município, que contemple o Programa Nacional de Suplementação de ferro e ácido fólico, durante o pré-natal, no intuito de aumento a adesão e redução de agravos maternos, com iniciativa da aquisição gratuita de polivitamínicos-minerais, sais de ferro de melhor absorção e ácido fólico manipulado em dosagem corretas para gestantes com anemia moderada/grave, com baixo peso e/ou alta vulnerabilidade social.

6.4.7 Linha de Cuidado Sobrepeso e Obesidade

Estabelece-se que a indicação para a realização da Cirurgia Bariátrica se dá por encaminhamento médico, juntamente com o preenchimento do formulário de encaminhamento onde constam os dados pessoais, a avaliação antropométrica realizada pela Nutricionista de referência e a avaliação de critérios realizados pelo médico. Sendo a entrega de toda documentação responsabilidade do paciente, no setor de regulação da SMS. Com a organização deste fluxo garante-se que todos os usuários serão atendidos, no mínimo em um momento, pelo serviço de nutrição, que atualmente se dá através de profissional Nutricionista na UBS PAM.



O acompanhamento nutricional se dará por consultas individuais, com orientações para reeducação alimentar. A cada consulta será realizada avaliação antropométrica, orientações conforme a necessidade e avaliada a necessidade de encaminhamentos para outras especialidades, sendo prioritariamente a realização de acompanhamento multiprofissional.

Aos usuários com sobrepeso e obesos não encaminhados a cirurgia bariátrica, garante-se o atendimento nutricional e demais encaminhamos conforme necessidade e avaliação de cada caso.

Ações a serem desenvolvidas na Linha:

- UBS, ESF e EAP: porta de entrada direta do usuário, onde ocorrem as ações básicas de prevenção e promoção de saúde como grupos de apoio, e onde são realizados os encaminhamentos necessários, tanto para atendimento nutricional como para a cirurgia bariátrica;
- Atendimento de referência cirurgia bariátrica: o atendimento especializado atenderá o pré (antes do usuário iniciar acompanhamento no hospital de referência) e o pós cirúrgico tardio (após os 24 meses da cirurgia ocorre a alta do acompanhamento no hospital), e para tanto deve contar com uma equipe mínima com nutricionista e psicólogo. Observa-se a importância da manutenção do vínculo com o usuário em todo o período.
- Atendimento de referência: atendimento nutricional para pessoas com sobrepeso e obesidade encaminhados das unidades de saúde, bem como o atendimento psicológico, mediante necessidade, destes mesmos usuários.
- Academias da Saúde: Junto delas irão ocorrer atividades preventivas e de promoção de saúde, serão encaminhados a ela usuários sobrepeso e obesos, dos ESF, EAP e UBS com recomendação de exercícios físicos. Nas academias irão atuar um Profissional de Educação Física, estagiários de Educação Física e Nutricionista.
- Mapeamento da Situação dos usuários inseridos na lista de espera da cirurgia bariátrica.
- Suporte de Atendimento Nutricional e atendimento psicológico aos usuários pré operatórios de cirurgia bariátrica, bem como os pós operados.



6.4.8 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS

Em virtude da crescente demanda da população brasileira manifestada por meio das Conferências Nacionais de Saúde e das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) aos Estados membros, para formulação de políticas visando a integração de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos aos Sistemas Oficiais de Saúde, além da necessidade de normatização das experiências existentes no SUS, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, contemplando as áreas de homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social – crenoterapia, promovendo a institucionalização destas práticas no SUS.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares tem como objetivos:

- Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;
- Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
- Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades;
- Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

6.4.9 SAÚDE PRISIONAL

Um dos principais desafios para a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade é a superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento, que dificulta o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e efetiva.

A consequência econômica e social dessa desconformidade implicou, por parte do Governo Federal, na elaboração e pactuação de uma política que considerasse,



primariamente, o princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade.

Assim, sob essa ótica, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do SUS para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

A Equipe de Saúde Prisional que atua na Penitenciária Estadual de Venâncio Aires - PEVA é composta por técnico em enfermagem, enfermeiro, médico clínico geral e cirurgião dentista. A mesma se desloca a Penitenciária todos os dias da semana, de segunda à sexta-feira, e fica à disposição para atendimento dos mais de 500 apenados. Antes do início das atividades desta equipe, os mesmos eram deslocados para atendimento em Unidades Básicas de Saúde. Atualmente, tendo em vista a necessidade de aperfeiçoar a equipe de profissionais que atua junto à PEVA, e adequar as práticas conforme definido pela Portaria do Ministério da Saúde, o município está buscando alternativas de parcerias para um novo modelo de Gestão em saúde deste espaço.

6.4.10 CENTRO OFTALMOLÓGICO

O Centro Municipal de Oftalmologia está instalado junto a Unidade Básica de Saúde do Bairro Santa Tecla, em Venâncio Aires. Na área de oftalmologia, a grande maioria dos usuários busca por consultas de rotina, prescrição de óculos e em alguns casos encaminhamentos para cirurgias. As cirurgias eletivas de catarata, pterígio, entre outros procedimentos (consultas e exames) são realizados no Serviço de Referência Regional localizado no Município de Candelária.

6.4.11 EACS

Oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, o então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São



Paulo) em buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades.

O agente comunitário de saúde tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe. Atualmente, estão atuando 39 ACS no Município de Venâncio Aires e 12 destes atuam no EACS. Destaca-se que o município está buscando a viabilidade da contratação de novos agentes comunitários de saúde para as áreas que estão descobertas.

6.5 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Somente os serviços de atenção básica não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população. Portanto, esses serviços devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento.

Os usuários atendimentos pelos equipamentos da atenção especializada já possuem vinculação com algum dos serviços da atenção básica, mas apresentam naquele momento a necessidade de cuidados específicos, tais como serviços médicos especializados, atendimentos ambulatoriais de média à alta complexidade, exames diagnósticos e outros tratamentos terapêuticos.

6.5.1 SAÚDE MENTAL

Historicamente, a atenção em saúde mental esteve centrada no modelo hospitalocêntrico/manicomial, resultando em práticas de atenção excludentes e estigmatizantes, levando a cronificação e a negação dos direitos dos usuários. Em todas



as cidades da região do Vale do Rio Pardo pertencentes a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, essa realidade não foi diferente, resultando durante décadas, na inexistência de serviços de modelo asilar e na precariedade das condições de atendimento a esses usuários.

Conforme relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde “a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (BRASIL, 1986: 4). Dessa forma, o nível de saúde da população expressa a organização social do lugar. Esse conceito ampliado de saúde é fruto de intensa mobilização, ocorrida em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde.

O amadurecimento desse debate se deu em pleno processo de redemocratização do país, no âmbito do movimento da reforma sanitária brasileira e representou uma conquista social sem precedentes ao transformar-se em texto constitucional em 1988. Articulado a esse processo de luta pela saúde enquanto direito e por um novo modelo de assistência, trabalhadores do campo da saúde mental, usuários e seus familiares, engajados no movimento da Luta Antimanicomial, passaram a reivindicar, principalmente a partir da década de 1980, a garantia dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, levando em conta os princípios e diretrizes do SUS.

Esse processo de discussões e construção coletiva de uma política pública de saúde mental efetiva para o país deu-se através dos vários encontros e Conferências de Saúde Mental, culminando na aprovação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004a). Esta Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas que apresentam transtornos mentais e/ou sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A partir desse processo desenvolveu-se uma profunda mudança nos paradigmas teóricos, políticos e assistenciais relativos ao cuidado em saúde mental.

Considerando o conceito ampliado de saúde, um artigo publicado na Revista Carta Capital (BONIS, 2013) relata que “estudos estabelecem relação direta entre a desigualdade social e a incidência de doenças mentais nos desassistidos”. Deste modo,



faz-se necessário pensar a gestão do cuidado em saúde de forma equitária, considerando a singularidade de cada sujeito, as relações sociais, a cidadania e a liberdade.

Baseado nos pressupostos básicos de inclusão social, territorialização, intersetorialidade, garantia do exercício pleno da cidadania e na reorientação do modelo assistencial em saúde mental é que a Política de Saúde Mental do município de Venâncio Aires vem sendo operacionalizada desde 1995. Em consonância com a legislação vigente, esta deve organizar-se através de uma rede de atendimento que articule os três níveis de atenção e obedeça aos princípios e diretrizes do SUS, da Política Nacional de Humanização do SUS e da IV Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental (BRASIL, 2011), bem como a Lei Federal 10.216/01 e portarias ministeriais dela decorrentes.

Gerida pela concepção de saúde compreendida aqui como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, a rede de cuidados usuário centrada deve ser o espaço de expressão da diferença e do resgate da autonomia e dos direitos.

As conquistas acima referidas têm estimulado, desde então, a constituição de uma rede de atenção psicossocial de base comunitária, substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, como forma de garantir o cuidado em liberdade de forma humanizada e que reinsere o usuário à sociedade, resgatando a sua dignidade e cidadania. Portanto, a política de saúde mental para o município de Venâncio Aires pretende implementar ações que deem seguimento na transformação e melhoria do modelo assistencial, construindo novo estatuto social de cidadão como todos usuários através do respeito à sua diferença. Não pretende-se acabar com o tratamento clínico da doença mental, mas sim eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social dos sujeitos que apresentarem transtorno mental e/ou sofrimento psíquico.

Para a efetivação desta ação, propõe-se a substituição do modelo de internação para a ampliação da rede de serviços territoriais de atenção psicossocial. Neste modelo de cuidado, os usuários têm à sua disposição serviços com equipes interdisciplinares que possibilitam o acolhimento em situação de crise e escutas voltadas para seus desejos, dificuldades, temores e expectativas (AMARANTE, 2007).

Trata-se de superar progressivamente o padrão ainda médico centrado focado na medicalização do sintoma, a qual reitera o modelo manicomial, para um modelo que coloca



todos como protagonistas no processo de cuidado e de produção de saúde, sobretudo estes que apresentam sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, os quais deixam de ser “pacientes”, e passam a ser “usuários” da rede de saúde. Entende-se que esta forma de organização privilegia a atuação de usuários enquanto agentes do próprio cuidado, tenha conquista do direito de desenvolverem ações em associações e cooperativas, e de contribuir na construção da política pública de saúde mental através da participação social que promove a sua reinserção social.

6.5.1.1 Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)

Trata-se de um serviço especializado em saúde mental que atende hoje a demanda de adultos com transtorno mental leve, moderados, graves e persistentes bem como seus familiares. Este serviço atende usuários e seus familiares, os quais recebem acompanhamento que incluem: atendimentos individuais, grupais, oficinas terapêuticas e consultas especializadas. Salienta-se que este serviço é responsável pelos atendimentos de usuários que residem no município e também realiza atendimentos de usuários moradores de municípios vizinhos: Mato Leitão, Passo do Sobrado e Vale Verde.

6.5.1.2 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)

O CAPS AD tem como objetivo atender os casos de transtornos por uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Para os usuários deste serviço são oferecidos atendimentos diversos, como oficinas e grupos terapêuticos, grupos de familiares e consultas especializadas, além do acolhimento de novos usuários e familiares. O serviço é responsável pela regulação das internações em Comunidades Terapêuticas e hospitais gerais.

6.5.1.3 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i)

O CAPSi presta atendimento a crianças e adolescentes que possuem transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas. Salienta-se ainda que nos últimos anos o Ministério da Saúde tem priorizado estas unidades em cidades com altos índices de suicídios. As principais demandas observadas em atendimento se contituem de psicoses, transtornos de conduta e bipolaridade, além de depressão grave e autismo.



6.5.2 Oficinas Terapêuticas

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de cuidado oferecidas pela Rede de Atenção Psicossocial. Estas se constituem de atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. São definidas a partir do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço e das necessidades observadas. Essas atividades tem como objetivo promover a integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania.

Atualmente o município de Venâncio Aires conta com 4 oficinas terapêuticas do tipo II, sendo elas: Dança de Salão, Sreet Dance, Dança de Rítmos e Divas do SUS. Estas oficinas são realizadas nos bairros Battisti, Macedo e Coronel Brito, bem como nas academias de saúde dos bairros Mariante, Gressler e Santa Tecla.

6.5 OUTROS SERVIÇOS DA REDE DE SAÚDE

6.6.1 Programa de Atendimento Domiciliar (PAD)

O Programa de Atendimento Domiciliar é uma modalidade de atendimento em saúde prestada as pessoas com restrições de mobilidade e/ou acamados permanentes ou não, no espaço de residência dos usuários.

Conforme explicitado na Portaria nº 825 de 26 de abril de 2016, a Atenção Domiciliar é indicada para pessoas que apresentam estabilidade clínica e necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, da família e do cuidador.

O município de Venâncio Aires oferta esta modalidade de atendimento aos seus munícipes, prestando atendimentos domiciliares com equipe de saúde composta por um profissional técnico em enfermagem, um enfermeiro e um médico clinico geral, havendo a possibilidade de acionamento de outros profissionais conforme necessidade. Esta equipe



realiza os mais variados atendimentos/procedimentos, bem como encaminhamentos de internação hospitalar e referenciamento para consultas e exames especializados. O fluxo de encaminhamento para este serviço é gerado pelas Unidades Básicas de Saúde, e encaminhados para avaliação e conduta do PAD, não estando contemplados usuários assistidos pelas ESF.

Atualmente cerca de 80 usuários permanecem sob os cuidados do Programa de Atendimento Domiciliar. Cabe ressaltar que este serviço busca a humanização dos cuidados e procedimentos, bem como o fornecimento de ferramentas práticas para os cuidadores e/ou membros da família que possam contribuir nos cuidados, na diminuição do sofrimento e na qualidade das atividades realizadas com os usuários.

6.6.2 CADI

O Centro de Atenção a Doenças Infecciosas atende usuários com suspeita ou diagnóstico de doenças infecciosas como tuberculose, HIV, hepatite e outras. O quadro de profissionais conta com enfermeira, técnico em enfermagem, psicólogo, médico clínico geral e médicos especialistas em ginecologia, pediatria, pneumologia, gastroenterologia e infectologia. Dentre as ações já executadas e outras que poderão ser ampliadas:

- Aumentar a testagem e diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatites nas UBS/ESF;
- Realizar a testagem de todas as gestantes e seus parceiros para HIV e Sífilis;
- Iniciar o cuidado imediato de todas as gestantes e seus parceiros que apresentarem doenças infecciosas;
- Receber todas as notificações compulsórias de HIV, Aids, gestante HIV e criança exposta ao HIV, sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita encaminhadas pelo setor de Vigilância Epidemiológica;
- Realizar ações de prevenção às IST/Aids e promover a saúde sexual e reprodutiva através de campanhas, feiras de saúde e outras ações.
- Dar continuidade na distribuição de insumos de prevenção: preservativos masculinos e preservativos femininos em livre demanda;
- Seguir o fluxo de atendimento e encaminhamento da Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP), estabelecido Regionalmente;



- Realizar capacitações locais relacionadas à temática IST/HIV/Aids;
- Efetuar capacitação da rede básica para o cuidado compartilhado com Serviço de Atenção Especializada - SAE, naqueles casos que se enquadram nesta condição;
- Promover o cuidado de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST.

6.6.3 CIES - CENTRO INTEGRADO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

O Centro Integrado de Educação e Saúde de Venâncio Aires iniciou as atividades em 2009 através da Lei Municipal nº 4.361. O serviço consiste na oferta de medidas preventivas primárias na educação infantil e de atendimento interdisciplinar especializado através de consultas, avaliações e terapias nas áreas de Orientação Educacional, Estimulação Precoce, Psicopedagogia, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Neuropediatria e Neurologia. Estes atendimentos são direcionados aos alunos da educação básica da rede pública, de 0 à 18 anos, visando contribuir para sua formação integral.

O serviço é mantido em parceria entre as Secretarias de Educação, Saúde e Desenvolvimento Social. Os encaminhamentos para esse serviço podem ser realizados pelas escolas e pelos serviços da rede de saúde, os quais podem contribuir na marcação do primeiro agendamento, nas avaliações, na realização de estudos de caso, no retorno da programação terapêutica e nos acompanhamentos.

O objetivo do serviço é integrar as ações executadas pelos sistemas de saúde, educação e assistência social do Município, com vistas à atenção integral à saúde e aprendizagem dos alunos através da articulação dos saberes técnicos, científicos e pedagógicos. Os profissionais que compõem a equipe, dentre outros compromissos pertinentes as suas funções, estão aptos a capacitar professores, além de realizarem ações de integração com profissionais especialistas de outras áreas e efetuarem atendimentos de retorno às famílias.

Desde sua criação já foram realizadas cerca de 50 mil atendimentos no local e atualmente aproximadamente 2 mil crianças estão em acompanhamento no serviço. Além destas, outras 3 mil já foram atendidas e receberam alta. Atualmente o Município busca a viabilidade da contratação de novos profissionais, entre eles um assistente social.



6.7 ATENÇÃO HOSPITALAR

O município de Venâncio Aires possui um hospital, classificado como Hospital Geral, com 138 (cento e trinta e oito) leitos, divididos em:

3-LEITOS POR ESPECIALIDADE					
3.1 CIRÚRGICOS		Existentes	Cont./Conv.SUS	3.4 CLÍNICOS	
Buco Maxilo Facial		1	1	AIDS	2
Cardiologia				Cardiologia	6
Cirurgia Geral		10	7	Clinica Geral	15
Endocrinologia				Dermatologia	
Gastroenterologia		1	1	Geriatria	2
Ginecologia		6	4	Hansenologia	
Nefrologia/Urologia		5	3	Hematologia	
Neurocirurgia				Nefrologia/Urologia	3
Oftalmologia		1	1	Neonatologia	3
Oncologia				Neurologia	3
Ortopedia/Traumatologia		8	6	Oncologia	3
Otorrinolaringologia		2	1	Pneumologia	3
Plástica		1	1	TOTAL	44
Torácica		1	1		29
Transplante				3.5 OUTRAS ESPECIALIDADES	
TOTAL		36	26	Crônicos	6
				Psiquiatria	12
				Reabilitação	
				Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	
3.2 OBSTÉTRICOS		Existentes	Cont./Conv.SUS	3.6 HOSPITAL DIA	
Obstetria Clínica		5	3	Cirurgicos	
Obstetria Cirúrgica		10	6	AIDS	
TOTAL		15	9	Fibrose Cística	
				Intercorrência Pós-Transplante	
				Geriatria	
				Saúde Mental	4
				TOTAL	4
3.3 PEDIÁTRICOS		Existentes	Cont./Conv.SUS		
Pediatria Clínica		11	8		
Pediatria Cirúrgica		4	3		
TOTAL		15	11		

4-LEITOS COMPLEMENTARES								
UTI	Existentes				Contratados/Conv.SUS			
	TIPO I	TIPO II	TIPO III	TOTAL	TIPO I	TIPO II	TIPO III	TOTAL
4.1 - UTI Adulto		10		10		10		10
4.2 - UTI Infantil								
4.3 - UTI Neonatal								
	Existentes		Cont./Conv.SUS					
4.4 - Unidade Intermediária								
4.5 - Unidade Intermediária Neonatal								
4.6 - Unidade de Isolamento								

7

O Hospital São Sebastião Mártir possui contrato com o município atuando no pronto atendimento de urgência e emergência 24 horas, onde os usuários são acolhidos e triados conforme classificação de risco (Protocolo de Mascheter). Além das internações de média



complexidade e do atendimento de urgência e emergência para os munícipes de Venâncio Aires, o hospital atende aos municípios de referência da microrregião: Vale Verde, Passo do Sobrado e Mato Leitão.

O hospital presta ainda atendimentos nos serviços de SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (tomografia, ecografia, eletroencefalografia) e cirurgias eletivas. Para os usuários internados, este serviço dispõe dos procedimentos de eletroencefalografia, endoscopia, fisioterapia, hemoterapia, tomografia computadorizada, ultra-sonografia, laboratório e videolaparoscopia (dados de acordo com o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do prestador).

O hospital é referência para a microrregião na área de traumatologia de média complexidade. Ações a serem implementadas junto ao Hospital São Sebastião Mártir:

- viabilizar a habilitação do HSSM como referência Regional em Ambulatórios Especializados de Pediatria, Ginecologia, bucomaxilo, entre outros, como proposta de fortalecer a Regionalização dos Serviços de Saúde.
- viabilizar a implantação de novos leitos de UTI: adulto, pediátrico ou neonatal, dentro do processo de fortalecimento da regionalização e com base em dados epidemiológicos que embasam a necessidade de ampliação destes leitos que serão regulados pela Central de Leitos do Estado.

6.7.1 Atendimentos Oncológicos

No que refere a incidência por câncer, é importante reforçar que o aumento da expectativa de vida reflete diretamente no número de novos casos de câncer. Isso pressupõe que o câncer, diferentemente de outras doenças, exige uma estrutura maior e mais qualificada para o tratamento e que os esforços para as ações de prevenção e de controle devem ser compartilhados entre os diferentes níveis de atenção. Observando esta premissa, os atendimentos para os usuários da rede do município, seguem critérios técnicos que consideram a integração dos serviços com a rede de assistência de alta complexidade.

As pactuações e atualizações referentes a estes atendimentos acompanham as necessidades regionais e o Planejamento Regional Integrado (PRI), sendo sujeitos às adequações e a necessidades locais, sempre que necessário. No que se observa sobre a



regulação do acesso a consultas ambulatoriais, um dos maiores desafios são as solicitações de consulta em oncologia fora do território regional.

Das pactuações realizadas pelo município, os locais para estes atendimentos são: Hospital Ana Nery (Santa Cruz do Sul), Hospital Santa Cruz (Santa Cruz do Sul), Hospital Monte Alverne (Santa Cruz do Sul), Hospital de Rio Pardo (Rio Pardo), Hospital Regional do Rio Pardo (Rio Pardo), Hospital de Candelária (Candelária), Hospital São Roque (Faxinal do Soturno), Hospital Banco de Olhos (Porto Alegre), Hospital São Sebastião Mártir (Venâncio Aires), Hospital Vera Cruz (Vera Cruz).

Destaca-se que a partir da ocorrência de pandemia no ano de 2020, a realização de exames diagnósticos em pacientes sintomáticos e a manutenção dos procedimentos terapêuticos no âmbito da Oncologia vem sendo observada de maneira rigorosa a fim de que não sejam ocasionados atrasos nas intervenções, tendo como base a Lei Estadual nº 13.992/2020, prorrogada pela Lei Estadual nº 14.061/2020, Decreto Estadual nº 55.240/2020, além da publicação da Nota Técnica sobre COVID e Câncer.

6.8 SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (SAMU)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu/192) é um programa que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência. Com o Samu/192, está sendo reduzido o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde integradas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas. Estas equipes atendem as urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. O socorro pode ser realizado através de chamada telefônica gratuita para o número 192. A ligação é atendida por técnicos da Central de Regulação que identificam a emergência e que imediatamente transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o usuário, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações. Ao mesmo tempo, o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o usuário, podendo ser este:

- orientar a pessoa a procurar uma Unidade de Saúde;



- designar uma ambulância de suporte básico de vida, com auxiliar de enfermagem e socorrista para o atendimento no local;
- enviar uma UTI móvel com médico e enfermeiro de acordo com a gravidade do caso.

Com poder de autoridade sanitária, o médico regulador pode comunicar a urgência ou emergência aos hospitais públicos e, dessa maneira, reserva leitos para que o atendimento de urgência tenha continuidade.

O SAMU 192 é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003, que tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no SUS. A política tem como foco cinco grandes ações:

1. Organizar o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família;
2. Estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU 192);
3. Reorganizar as grandes urgências e os prontos-socorros em hospitais;
4. Criar a retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências;
5. Estruturar o atendimento pós-hospitalar.

No Município de Venâncio Aires, o SAMU Suporte Básico iniciou as atividades em dezembro de 2010 e o Suporte Avançado em julho de 2013. Atualmente a sede do SAMU Básico e Avançado está instalada em um prédio locado, porém o município está buscando a construção de uma base própria.



6.8.1 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24h – UPA 24h

A UPA - Unidade de Pronto Atendimento - é um serviço intermediário entre a Atenção Básica (ESF/UBS) e as unidades hospitalares. Trata-se de uma unidade de saúde que funciona em horário integral, inclusive nos finais de semana e feriados. A unidade está equipada para atender aos usuários em necessidade de pronto atendimento e qualquer situação de emergência. A UPA tem consultórios médicos, serviços de laboratório e raio-x. Também conta com leitos de observação, salas de medicação, nebulização, ortopedia, sala para procedimentos de sutura e curativos, e uma sala de emergência. No momento que um usuário chega a Unidade de Pronto Atendimento, quando se trata de um caso grave, passa direto para a sala de emergência, onde recebe o atendimento necessário até que seu quadro clínico seja estabilizado e ele possa ser encaminhado para um hospital. Todos os demais usuários devem se dirigir à recepção da UPA 24 horas, onde são atendidos conforme a gravidade do caso, no qual é realizada uma triagem para a classificação de risco. Quem faz esta triagem, são profissionais de saúde qualificados e treinados.

Na unidade, o serviço de farmácia busca ofertar os medicamentos necessários para a recuperação do paciente, bem como auxiliar a equipe de enfermagem e médicos para que seja realizado o melhor tratamento. A farmácia da UPA juntamente com a Farmácia Municipal, buscam trabalhar em conjunto, para que os pacientes possam retirar os medicamentos prescritos na unidade de forma gratuita na farmácia municipal e nas farmácias conveniadas do programa farmácia popular do Brasil.

A UPA 24 horas diminui o número de usuários na fila dos hospitais porque tem condições de resolver muitos problemas de saúde que levam as pessoas a procurarem as emergências hospitalares. A UPA é uma estrutura que busca contribuir para a melhoria dos serviços de Saúde oferecidos à população e atende cerca de 170 usuários por dia. São objetivos da UPA:

- 1- Reduzir a procura pelas emergências hospitalares por usuários que apresentam demandas de baixa e média complexidade.
- 2- Garantir acesso à população aos atendimentos de emergência, inclusive com exames laboratoriais e radiológicos, e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.
- 3- Fazer atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência de qualidade e



resolutivo à população.

- 4- Realizar o primeiro atendimento rápido, a estabilização e a observação de usuários por período de até 24 horas, de acordo com a classificação de risco, antes de seu encaminhamento para internação hospitalar ou liberação para acompanhamento ambulatorial na rede básica de saúde.
- 5- Apontar o direcionamento para os hospitais da rede pela Central de Regulação de Vagas nos casos que apresentem necessidade de internação.

8 DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

1ª DIRETRIZ – Promoção de saúde e prevenção de agravos vinculados diretamente à saúde dos usuários.

1º Objetivo: Estimular e promover processos de territorialização nas áreas de cobertura dos serviços de Atenção Básica.

Meta 1. Realizar o cadastro SUS de usuários e vinculá-los a dispositivos da Atenção Primária em 100% da capacidade disponível nestes serviços de saúde.

Meta 2. Manter cobertura vacinal do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente, Pneumocócica, 10-valente, Poliomelite e Tríplice Viral - igual ou superior à 95%.

Meta 3. Ampliar a acessibilidade das ações de promoção à prática de atividade física em 100% das ESF e 100% dos serviços especializados em saúde mental.

Meta 4. Ampliar o acesso às Práticas Integrativas Complementares do SUS em 100% dos serviços especializados em saúde mental e em 100% das ESF.

Meta 5. Promover práticas de alimentação e nutrição saudável em pelo menos 70% das ESF com vistas à prevenção de doenças e agravos como a anemia ferropriva, a desnutrição e a obesidade.



2ª DIRETRIZ - Potencialização e priorização dos serviços de Atenção Primária à saúde.

1º Objetivo: Aumentar a resolutividade e o acesso aos serviços da Atenção Básica por meio da longitudinalidade, integralidade e equidade dos cuidados em saúde.

Meta 1. Ampliar a área de cobertura da Atenção Básica a partir da inserção de uma nova unidade de saúde primária inaugurada em 2021 e a reforma e amplificação de outras duas UBS

Meta 2. Implantar o horário de funcionamento estendido (até 20 horas) em 1 UBS.

Meta 3. Implantar e qualificar as ações de acolhimento aos usuários, mediante tempo adequado de atendimento das necessidades de saúde, em 100% das ESF.

Meta 4. Estabelecer ações de matriciamento em saúde mental em 100% das ESF.

Meta 5. Ampliar ações em saúde por equipe multiprofissional móvel em território de difícil acesso do município em no mínimo 40% ao ano.

Meta 6. Adequar a equipe de Atenção Básica Prisional às Portarias vigentes.

3ª DIRETRIZ – Fortalecimento da rede de serviços de saúde de média e alta complexidade.

Objetivo 1. Potencializar a rede de saúde especializada com o intuito de garantir a integralidade das ações em saúde.

Meta 1. Implementar o Centro de Referência Odontológica.

Meta 2. Ampliar o Serviço de Atenção Domiciliar, com vistas ao cuidado, a



recuperação e a reabilitação de doenças e agravos vinculados à diminuição ou incapacidade de mobilidade física, que se apresentem em caráter permanente ou temporário.

4ª DIRETRIZ - Atenção às condições de saúde prioritárias.

1º Objetivo. Qualificar as ações em saúde materno-infantil, com priorização do pré-natal.

Meta 1. Aumentar para 60% a proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.

Meta 2. Ampliar para 60% a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.

Meta 3. Manter a realização de exames para sífilis e HIV em pelo menos 60% das gestantes.

Meta 4. Manter o índice de mortalidade infantil abaixo de 9,75/1000 nascidos vivos.

Meta 5. Manter a razão de mortalidade materna abaixo de 35/100.000 nascidos vivos.

Meta 6. Realizar a capacitação de 90% dos profissionais das equipes de atenção básica voltadas para a prática de amamentação e para a promoção da alimentação saudável, tendo como base o guia alimentar da criança menor de dois anos (Rede Amamenta Alimenta).

Objetivo 2. Qualificar o enfrentamento às doenças infecciosas.

Meta 1. Aumentar para 90% o número de pessoas com diagnóstico de HIV/Aids em tratamento antirretroviral.

Meta 2. Aumentar para 90% o número de pessoas com carga viral indetectável



entre os usuários em tratamento antirretroviral.

Objetivo 3. Promover melhorias na atenção às condições crônicas de saúde.

Meta 1. Aumentar para 40% a cobertura de exame citopatológico.

Meta 2. Ampliar para 50% o percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre.

Meta 3. Aumentar para 50% o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Objetivo 4. Diminuir os impactos das violências nas situações de saúde e ampliar os cuidados em saúde mental.

Meta 1. Realizar ações de cuidado e efetivar o acionamento da rede intersetorial de 100% dos usuários que apresentam notificação de caso de violência autoprovocada por tentativa de suicídio.

Meta 2. Promover ações de promoção e prevenção em saúde mental para os usuários enlutados por suicídio através da divulgação e do acesso às iniciativas de cuidado vinculadas a este agravo.

Meta 3. Realizar o acionamento da rede intersetorial em 100% dos casos de notificação de violência envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

Objetivo 5. Realizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde relacionadas à COVID-19.

Meta 1. Promover ações de capacitação em saúde e saúde mental que envolvam os impactos ocasionados pelo vírus COVID-19 para 100% dos profissionais das ESF.

Meta 2. Promover Práticas Integrativas em Saúde em 100% das ESF com o objetivo de minimizar os impactos em saúde mental ocasionados pelo vírus COVID-19 nos usuários.



5ª DIRETRIZ - Fortalecer ações voltadas para o trabalho, para a educação em saúde e para o controle social no município.

1º Objetivo: Estimular ações de educação permanente nas unidades de saúde e incentivar a participação dos trabalhadores em instâncias de controle social.

Meta 1. Manter e implementar vagas do programa de residência multiprofissional em Atenção Básica e buscar a viabilidade de ampliar para a Saúde Mental através da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul ou de outras instituições de ensino.

Meta 2. Implementar a oferta de vagas para programas de Residência Médica.

Meta 3. Ampliar quadro de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde por meio da realização de concurso público.

Meta 4. Firmar parceria de trabalho em saúde com instituições de Ensino Superior da região.

Meta 5. Instituir cargo de Coordenador de Saúde com vistas à gestão em Saúde Mental.



Estado: RIO GRANDE DO SUL **Município:** VENANCIO AIRES

Região de Saúde: Região 28 - Vinte e Oito

Status: Pactuação Homologada **Ano de Referência:** 2017

Pactuação Interfederativa 2017 a 2021

Relação de Indicadores

N Tipo	Indicador	Meta 2017	Unid ade
11 118	1 U NÚMERO DE ÓBITOS PREMATUROS (de 30 a 69 anos) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS		N.AB SOLU TO
13	14 15 DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, 16 CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS 17 RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS) 18	19	2
21	2 22 23 PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE 24 MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) 25 INVESTIGADOS	26 100,00	2
28	3 29 30 PROPORÇÃO DE REGISTRO DE 31 ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA	100,00	3
33	4 34 35 PROPORÇÃO DE VACINAS 36 SELECIONADAS DO CNV PARA CRIANÇAS < 2 37 ANOS - PENTAVALENTE (3ª DOSE), 38 PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE 39 (2ª), POLIOMIELITE (3ª) E TRÍPLICE 40 VIRAL (1ª) - COM COBERTURA VACINAL 41 PRECONIZADA	42 80,00	4



44	5	45	46	PROPORÇÃO DE CASOS DE	50	85,00	5
		47	48	DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA			
		48	49	IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60			
		49		DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO			
52	6	53	54	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS	57	95,00	5
		55	56	NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS			
		56		NOS ANOS DAS COORTES			
	7	59	60	NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONES DE	N/A		6
				MALÁRIA			. A E S C L U T C
62	8	63	64	NÚMERO DE CASOS NOVOS	65	3	6
				DE NITA EM MENORES DE UM ANO DE			. A E S C L U T C
				IDADE			
67	9	68	69	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE	70	0	7
				AIDS EM MENORES DE 5 ANOS			. A E S C L U T C
74	85,00	10 %	72	PROPORÇÃO DE ANÁLISES			
			73	REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA			
				U CONSUMO HUMANO QUANTO AOS			
			75	PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO			
			76	RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ			



MUNICÍPIO DE
VENÂNCIO AIRES
Capital Nacional do Chimarrão

77	11	78	79	RAZÃO DE EXAMES	84	0,46	85	RAZÃO
		80		CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM			O	
		81		MULHERES DE 25 A 64 ANOS NA POPULAÇÃO				
		82		RESIDENTE DE				
		83		DETERMINADO LOCAL E A POPULAÇÃO				
86		87	88	DA MESMA FAIXA ETÁRIA	89	90	91	92
93	12	94	95	RAZÃO DE EXAMES DE	99	100	101	102
				MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO	,37		O	RAZÃO
				REALIZADOS EM				
		96		MULHERES DE 50 A 69 ANOS NA				
				POPULAÇÃO				
		97		RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E				
		98		POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA				
103	13	104	105	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL	106	107	2108	109
				NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR	8,00			%
111			110	PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA				
	10,00	14		U				ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS
		%						



15	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.	12	N.ABSOLUTO			
16	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATEROS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA	1	N.ABSOLUTO			
17	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.	52,00	%			
18	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	88,00	%			
19	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA	32,00	%			
20	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS.	83,00	%			
21	E	AÇÕES DE MATRICIAMENTO E REALIZADAS POR CAPS COM EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	100,00	%			
22	U	NÚMERO DE CICLOS QUE ATINGIRAM MÍNIMO DE 80% DE COBERTURA DE IMÓVEIS VISITADOS PARA CONTROLE VETORIAL DA DENGUE	0	N.ABSOLUTO			
112	113	23	114 PROPORÇÃO DE	119	100,0	120	%
			115 PREENCHIMENTO DO CAMPO	0			
			116 U "OCUPAÇÃO" NAS NOTIFICAÇÕES				
			117 DE AGRAVOS RELACIONADOS AO				
			118 TRABALHO				

121

122 ANEXO I

123 Relatório Final da 8ª Conferência Municipal de Saúde de Venâncio Aires – Democracia e Saúde: Saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS



124 Relatório Final da 8ª Conferência Municipal de Saúde de Venâncio Aires

125 “Democracia e saúde: Saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS”

126 A 8ª Conferência Municipal de Saúde do município de Venâncio Aires ocorreu no dia 23 de março de 2019 nas dependências do Auditório do Colégio Gaspar Silveira Martins. Contou com a participação de mais de 250 pessoas entre trabalhadores da área da saúde, prestadores de serviços, gestores e usuários.

127 Às 08h30min horas iniciou o credenciamento e às 9 horas foi realizada a abertura pelas autoridades presentes. Os pronunciamentos foram abertos pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde, Sr. Adolfo Celoni da Rosa, que deu as boas vindas a todos e declarou aberta a 8ª Conferência de Saúde do Município de Venâncio Aires. O Secretário Municipal de Saúde, Ramon Schwengber, falou sobre as dificuldades de fazer a gestão da saúde com os atrasos dos repasses estaduais e que tem sido um desafio gerenciar as questões particulares que acabam sendo judicializadas. No entanto, apesar das dificuldades o Secretário fala que seguem os planos de avanço na área da saúde e lembra o lançamento da campanha “Envolve-se” que visa captar recursos para a construção de uma UTI Neonatal. Para finalizar a solenidade de abertura, fez uso da palavra o Prefeito Municipal, senhor Giovane Wickert, que elogiou a iniciativa da Conferência, cumprimentou a comissão organizadora e enfatizou a importância da participação de todos os presentes na decisão dos rumos da saúde do município.

128 Desfeita a mesa de abertura, a cerimonialista Luciana realizou a leitura do Regulamento que foi aprovado pelos presentes. Em seguida o Grupo Divas do SUS, coordenado pela Educadora Física Eliane Turcatto promoveu um momento de apresentação de danças. O grupo se reúne nas sextas-feiras na Academia de Saúde do Posto Gressler para as aulas de dança e rodas de conversa que enfatizam a saúde mental, prevenção de doenças, promoção da saúde e empoderamento feminino.

129 Na sequência, houve a Mesa “Democracia e Saúde” que foi debatido Ana Maria Rodrigues, Administradora especialista em Saúde Pública e pela Assistente Social do município de Rio Pardo e doutoranda pelo programa de pós-graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) Raquel Steyer. Findada as falas, houve o intervalo de uma hora para o almoço.



130 Os trabalhos reiniciaram às 13 horas com ginástica, atividade coordenada pela Educadora Física Eliane Turcatto.

131 Às 13h30min iniciaram-se os trabalhos em cinco grupos, conforme os eixos propostos pelo Documento Orientador organizado e enviado pelo Conselho Estadual de Saúde. Cada grupo foi composto por relator e secretário, indicados pela Comissão Organizadora, e coordenador e relator adjunto, eleitos entre os participantes do grupo. Cada grupo analisou o documento orientador e pôde construir propostas a nível municipal (estas serão divulgadas a nível municipal e não compõem o Relatório final encaminhado a Conferência Estadual). Os trabalhos em grupos estenderam-se até às 15h30min, quando foram desfeitos os grupos e a plenária de escolha dos delegados e das delegadas teve início. Com a anuência dos presentes, a ordem foi invertida em relação ao apresentado no Regulamento da Conferência. Assim, primeiro elegeu-se os Delegados e Delegadas, depois passou-se a ler as propostas aprovadas nos grupos e aquelas produzidas para o âmbito municipal.

132 Na plenária final foram lidas e votadas as propostas municipais e estaduais de cada eixo, bem como homologados os nomes dos delegados e das delegadas municipais que participarão da Conferência Estadual.

133 As propostas indicadas por Venâncio Aires são as seguintes:

134 TEMA CENTRAL – DEMOCRACIA E SAÚDE:

135 SAÚDE COMO DIREITO E CONSOLIDAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS

PROPOSTAS ESTADUAIS:

APROVADA COM ALTERAÇÕES

1 Garantir que o princípio constitucional “*que todo o poder emana do povo e em seu nome será exercido*” seja respeitado, sendo inaceitável a perda de direitos de cidadania. Assim, exigimos que através das manifestações de soberania popular previstas na Constituição Federal sejam adotadas medidas que revoguem a EC 86, EC 95, Contrarreforma Trabalhista e Terceirização, entrega do Pré-sal.

APROVADA NA ÍNTEGRA

2 Defender a Constituição Cidadã de 1988, principalmente na manutenção do Estado Democrático de Direito fundamentado na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e no pluralismo político; no fortalecimento e preservação dos seus princípios, direitos fundamentais, sociais e individuais, e liberdades garantidas; na defesa dos objetivos fundamentais de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, de garantia do desenvolvimento nacional, de erradicação



da pobreza e da marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais, além da promoção do bem de todos. Nesse sentido, ainda, garantir a inviolabilidade do direito à vida; garantindo a presença da saúde em seu sentido amplo, banindo a manipulação, inclusive intelectual, permitindo a integralidade e o empoderamento do povo.

APROVADA COM ALTERAÇÃO

3 Discutir com a população a Proposta de Emenda Constitucional 06/2019 – Contrarreforma da Previdência.

APROVADA NA ÍNTEGRA

4 Pelo combate a qualquer tipo de estigma, discriminação, preconceito e violência no atendimento em saúde, considerando todos os recortes étnico-sociais, de gênero e de classe social, de forma transversal em todos os eixos da Política de Saúde.

APROVADA COM ALTERAÇÃO

5 Garantir as condições de funcionamento e fortalecimento do Conselho de Saúde, como órgão deliberativo e de fiscalização, com autonomia e independência política de gestão, através de:

- a) Eleição democrática e representativa dos membros do Conselho de Saúde;
- b) Estabelecimento de critérios objetivos para possibilitar que entidades e movimentos sociais representativos dos diversos setores sociais participem do processo eleitoral;
- c) Execução pelo gestor do SUS das deliberações aprovadas pelo Conselho de Saúde;
- d) Autonomia política, financeira e administrativa;
- e) Infraestrutura física, administrativa e financeira para exercer as suas atribuições;
- f) Democracia interna, sem interferência indevida do gestor;
- g) Eleição direta e livre para a mesa diretora ou coordenação, com a vedação da presidência ou coordenação a ser assumida pelo gestor, ocupante de cargo em comissão e funções gratificadas;
- h) Prioridade nas auditorias e fiscalizações financeiras solicitadas pelo Conselho de Saúde;
- i) Fazer cumprir as punições quando constatados atos irregulares e ilegais;
- j) Definição de abrangência e do conceito dos segmentos que compõem o controle social no Conselho Nacional de Saúde;
- k) Qualificação dos conselheiros.
- l) Divulgar a importância, as atribuições e as datas de reuniões do Conselho de Saúde.

136 APROVADA NA ÍNTEGRA

6 Garantir que a Programação Anual de Saúde seja aprovada pelo Conselho de Saúde, assim como, a parte referente a saúde do Plano Plurianual, do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias e do Projeto de Lei do Orçamento Anual, da esfera correspondente, antes de ser remetido ao Poder Legislativo, como também garantir que os convênios e contratos do SUS somente possam ser realizados se estiverem previstos nos instrumentos de gestão.

APROVADA NA ÍNTEGRA

- 7 Democratizar e popularizar a conferência de saúde garantindo que:
- a) Os recursos financeiros para a sua realização estejam disponíveis;



- b) As diretrizes e as propostas aprovadas concretizem-se em políticas públicas, inclusive de conferências de saúde passadas;
- c) Que seja realizada em tempo hábil para que o Plano de Saúde correspondente seja aprovado antes da remessa do Plano Plurianual (PPA) ao Poder Legislativo.

APROVADA NA ÍNTEGRA

8 Garantir uma reforma tributária que tenha por objetivo a implantação da justiça fiscal, promovendo o crescimento e distribuição de renda, com as seguintes características:

- a) Impostos progressivos em relação ao patrimônio e a renda;
- b) Redução das alíquotas dos impostos sobre a produção (IPI) e sobre o consumo (ICMS);
- c) Tributar a distribuição de lucros com Imposto de Renda;
- d) Simplificação dos tributos para possibilitar uma maior fiscalização sobre a sonegação e evasão fiscal;
- e) Fim da guerra fiscal e das desonerações em benefício ao capital;
- f) Revogação da Lei Kandir que torna imune a tributação de produtos semielaborados exportados, incentivando a exportação de commodities em detrimento de manufaturas;
- g) Criação do Imposto sobre Grandes Fortunas;
- h) Elevação da tributação sobre o setor financeiro.

APROVADA NA ÍNTEGRA

9 Democratizar os meios de comunicação de forma que efetivamente haja o direito à comunicação e a liberdade de expressão, proporcionando as diferentes ideias e opiniões, dos diferentes grupos sociais. Garantir as manifestações em igualdade de condições nos espaços públicos, contribuindo para a construção de uma sociedade crítica e democrática. O processo de democratização passa pela: revogação das concessões de rádio e televisão ilegais, tais como, as concedidas a parlamentares e as empresas que sonegam impostos. Garantia de funcionamento de rádios e televisões comunitárias, pelo fim do monopólio das rádios e televisões.

APROVADA NA ÍNTEGRA

10 Garantir a reestruturação e a democratização do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, através da eleição de seus membros, com encaminhamento do Governador do Estado de Projeto de Lei, aprovado pelo Plenário do CES, para análise e deliberação do Poder Legislativo.

APROVADA NA ÍNTEGRA

11 Tornar o Aquífero Guarani Patrimônio Natural da Humanidade, garantindo-o como recurso público fundamental para as boas condições de saúde humana, animal e ambiental, assegurando que a Vigilância Ambiental e demais órgãos que têm ação direta ou indireta sobre o Aquífero Guarani atuem para sua proteção e preservação.

APROVADA NA ÍNTEGRA

12 Considerando que o lixo representa um dos principais problemas de saúde pública, apoiar a implementação de políticas públicas de resíduos sólidos locais e/ou regional (industriais, resíduos de serviço de saúde, domésticos e resíduos de construção civil, outros) com gerenciamento integrado, para: coleta seletiva, destinação adequada, implantação de usina de processamento de resíduos sólidos urbanos e rurais, política de



combate a acidentes com produtos perigosos, reciclagem, estudo de viabilidade com recuperação dos antigos lixões de modo participativo, com controle social.

13 – SUPRIMIDA.

137 APROVADA NA ÍNTEGRA

14 – Defender a Democracia, de forma intransigente e irrestrita, que deve ser compreendida em toda sua magnitude, respeitando as diversidades de representações de gênero, raça, etnia, cultura, orientação sexual, religião, ideologia ou qualquer outra forma de manifestação da sociedade.

NOVA PROPOSTA

15 – Defender o Sistema Único de Saúde (SUS) de quaisquer interferências políticas que possam acarretar prejuízo no financiamento e expansão dos serviços ofertados.

EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO

PROPOSTAS:

APROVADA NA ÍNTEGRA

1 Garantir que os determinantes e condicionantes da saúde (trabalho, educação, transporte, moradia, lazer, alimentação) sejam acessíveis a todas as pessoas, utilizando o princípio da equidade, bem como, assegurar que as condições e fatores que expõem as pessoas a vulnerabilidades em saúde sejam reconhecidas e sanadas, garantindo o direito à saúde em cada território, e que suas especificidades sejam respeitadas.

APROVADA COM ALTERAÇÕES E SUPRESSÕES

2 Agilizar os processos de reavaliação dos registros e cadastros de agrotóxicos, visando à proibição de agrotóxicos perigosos e de maior risco à saúde e ao meio ambiente, além de:

a) Reafirmar a proibição da importação, produção e uso dos agrotóxicos já proibidos nos países de origem;

b) Fortalecer as fiscalizações, promovendo punições mais severas ao contrabando de agrotóxicos que entram no Brasil, em especial por zonas de fronteiras;

c) Acompanhar os trabalhadores que manuseiam estes produtos, efetuando monitoramento clínico e laboratorial, bem como conscientizando-os sobre os riscos à saúde provenientes de agrotóxicos e sobre a forma correta de utilização (uso de EPIs e etc.), sendo este trabalho realizado por uma equipe específica vinculada à saúde do trabalhador;

d) Garantir que as intoxicações por agrotóxicos sejam notificadas e promover mais pesquisas acerca dos danos provenientes de seu uso;

e) SUPRIMIDA

f) SUPRIMIDA;

g) Manter a regra que a liberação de agrotóxicos seja feita pelos três entes, Ministério da Agricultura, Ministério do Meio Ambiente, e Ministério da Saúde;

h) Exigir o cumprimento da legislação sobre o descarte correto das embalagens de agrotóxicos (logística reversa), de modo que as empresas que utilizarem



estes produtos também sejam responsáveis pelo recolhimento das embalagens;

i) Coibir a venda de agrotóxico sem receituário de profissional devidamente qualificado, com a respectiva fiscalização e punição;

j) Fomentar um maior envolvimento dos conselhos de classes das áreas de medicina veterinária e engenharia agrônômica, no que tange à fiscalização das atividades de prescrição de produtos agroquímicos;

k) Capacitar os profissionais de saúde em urgências/emergências toxicológicas e fortalecer a promoção de residências multiprofissionais em toxicologia, assim como priorizar treinamento e capacitação de equipes de saúde da área rural e agricultores;

l) Propiciar capacitação e campanhas informativas e práticas, para uso alternativo de agrotóxicos e pelo consumo consciente, fomentando a produção orgânica em grande escala.

m) Implantar programa de antídotos que contemple uma Central Regional para distribuição e armazenamento.

APROVADA NA ÍNTEGRA

3 Tornar obrigatório que a empresa informe aos trabalhadores, aos órgãos públicos e a sociedade:

a) A relação das substâncias tóxicas utilizadas e ou produzidas nas atividades da empresa, bem como, os riscos à saúde e ao meio ambiente, decorrentes do processo produtivo e da organização do trabalho;

b) A relação de danos decorrentes das atividades de telecomunicações e as medidas protetivas frente a poluição eletromagnética de forma a proteger a saúde dos trabalhadores e população geral;

APROVADA NA ÍNTEGRA

4 Garantir o financiamento e ampliação dos laboratórios oficiais e dos centros de pesquisa nacionais, destinando recursos federais para o desenvolvimento científico, tecnológico, inovações e produção pública de fármacos e medicamentos que sejam de interesse do SUS, propondo intervenções nos determinantes sociais e ambientais da saúde e priorizando doenças prevalentes e as deficiências.

APROVADA NA ÍNTEGRA

5 Consolidar e aperfeiçoar as notificações obrigatórias com o cruzamento de dados em um sistema unificado de informações, identificando os condicionantes e determinantes, visando, a partir das informações obtidas, prevenir a doença e promover a saúde, melhorando os indicadores pactuados na saúde.

APROVADA NA ÍNTEGRA

6 Defender o Enfrentamento a Violência nas Relações de Trabalho com foco na prevenção dos diversos tipos de violência, canais de denúncia e no acompanhamento da saúde do trabalhador. Assegurando lei que considere crime o assédio moral, responsabilizando quem o praticou, além de arcar com despesas do tratamento das sequelas do assédio. No caso de ocorrer no:

I Setor público: o gestor que permitir o assédio moral deverá ser corresponsabilizado com a perda do cargo público;

II Setor privado: a empresa ser penalizada com multa, com impedimento de participação de licitações públicas, além de arcar com as despesas do tratamento das sequelas do assédio.



2 – SUPRIMIDA.

APROVADA NA ÍNTEGRA

3 Implantar Plenária de Conselhos de Saúde por Região de Saúde e por Macrorregião de Saúde.

APROVADA NA ÍNTEGRA

4 Fortalecer as políticas que visam o desenvolvimento da promoção da saúde e a prevenção da doença através de investimentos na Vigilância em Saúde, garantindo suas atividades como função de Estado, na figura do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). Assegurar a atuação do CEVS em estrutura administrativa única, garantindo a indissociabilidade das Vigilâncias (Ambiental, Epidemiológica, Sanitária, e Saúde do Trabalhador), Divisão de Apoio Técnico, Divisão Administrativa, Centro de Informações Toxicológicas (CIT) e Laboratório Central do Estado (Lacen), com estrutura e insumos adequados para análises e tomadas de decisão em tempo hábil, com um quadro funcional adequado às necessidades da população, com financiamento que garanta resolutividade em todo o território. Prevenir é mais eficiente e menos oneroso aos cofres públicos do que tratar agravos à saúde da população.

APROVADA NA ÍNTEGRA

5 – Respeitar a democracia participativa como forma de garantia de participação popular nos processos decisórios, fortalecendo, assim, as instâncias de controle e de participação no poder. Desta forma, a defesa dos Conselhos de políticas públicas e as conferências públicas, nas três esferas de governo, são condição fundamental para que se mantenham os legítimos espaços de participação popular, tanto pelo papel fiscalizador, quanto de formulador e avaliador de políticas públicas. Em especial atenção para o fortalecimento da Lei Federal nº 8142/1990, que determina o papel do controle social da saúde.

APROVADA NA ÍNTEGRA

6 Assegurar o acesso às Universidades Públicas, com melhoria da qualidade e ampliação dos cursos de graduação na área da saúde na modalidade presencial, não permitindo que esta formação ocorra na modalidade Ensino à Distância (EAD).

138

139 APROVADA NA ÍNTEGRA COMO UMA PROPOSTA MUNICIPAL

7 Implantar e implementar Planos de Enfrentamento ao HIV/Aids e a Coinfecção com a TB com abrangências regionais, principalmente na região metropolitana de Porto Alegre, bem como Comitês de Mortalidade para serem trabalhados os pontos em comum em cada região, em resposta a Epidemia de HIV/Aids no estado e que continua com altos índices epidemiológicos de novas infecções e alto índice de mortalidade, sendo todos acima dos índices nacionais, demonstrando a existência de uma epidemia mista: generalizada - heterossexual - e concentrada pelas populações mais vulneráveis para conseguirmos diminuirmos estes índices epidemiológicos tão alarmantes e reduzi-los pelo menos aos índices nacionais.

APROVADA NA ÍNTEGRA

8 Defender a Indústria químico-farmacêutica pública, com utilização sustentável da biodiversidade brasileira, visto seu potencial também como fonte de estudo



para fármacos, e de incentivo às práticas integrativas complementares, cujas pesquisas devem ser incentivadas e integrantes da Ciência e Tecnologia. Na mesma linha, implementar a Política de Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares e de fitoterápicos, inserida na Política de Assistência Farmacêutica e Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, no resguardo e proteção dos saberes advindos de nossa diversidade humana, cultural e da biodiversidade.

APROVADA NA ÍNTEGRA

9 Implantar e implementar Câmara de Conciliação de Litígios para resolução administrativa dos pedidos de medicamentos, produtos e serviços de saúde que não se encontram disponíveis no território. Criar e fortalecer meios para adequar, viabilizar e economizar na aquisição de medicamentos; e, implantar Centros de Referência de Medicamentos de Alto Custo. Visando a redução de ações judiciais, e quando estas são necessárias, que sejam julgadas com transparência, permitindo o controle social e inibindo atos imorais e ilegais.

APROVADA COM ALTERAÇÃO

10 Garantir o acesso e uso racional de medicamentos e tecnologias, bem como a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, promovendo ações de conscientização sobre o uso racional e descarte correto de medicamentos, bem como reforçando a importância dos Laboratórios Farmacêuticos Públicos no Complexo Industrial da Saúde e no Desenvolvimento da Ciência e Tecnologia Brasileira, de acordo com as necessidades da população, apontadas pelo controle social, através dos conselhos e das deliberações das conferências.

APROVADA NA ÍNTEGRA COMO UMA PROPOSTA MUNICIPAL

11 Garantir incentivos para o cultivo de alimentos orgânicos com o objetivo de produzir alimentos mais saudáveis para consumo próprio e para comercialização, incentivando e fortalecendo cooperativas, proporcionando a todas as pessoas o acesso a uma alimentação adequada e saudável. Juntamente com a promoção da alimentação saudável, implementar outras ações para promoção da saúde, como: práticas corporais e atividades físicas, mobilização da comunidade e práticas artísticas e culturais, fortalecendo os programas já existentes.

APROVADA NA ÍNTEGRA

12 Assegurar que o Plano de Ações Estratégicas (2011/2022) para o Enfrentamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis atue na conscientização do consumo consciente, na rotulagem adequada garantindo que os consumidores tenham informações adequadas sobre os alimentos que irão consumir, através de políticas públicas e utilizando as orientações do Guia Alimentar para a população brasileira.

APROVADA COM ALTERAÇÃO

13 Implementar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e implantar e implementar a Política Estadual de Saúde do Trabalhador; fomentando a criação das unidades municipais de atenção à saúde do trabalhador.

APROVADA NA ÍNTEGRA

14 Implementar a Portaria 199/2014, de forma efetiva para uniformização de protocolos clínicos para as doenças raras e negligenciadas, segundo suas especificidades, melhorando e aperfeiçoando referência e contra referência do



atendimento.

APROVADA COMO UMA PROPOSTA MUNICIPAL

15 Defender o fortalecimento do acompanhamento domiciliar, no âmbito da Atenção Básica, que dê assistência ao paciente e apoie as famílias nas diversas patologias em que os pacientes necessitam de cuidados domiciliares, com ênfase na implantação de uma Política de Cuidados Paliativos para o Câncer.

140

141 PROPOSTAS CRIADAS NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO:

16 Criar no município de Venâncio Aires um Comitê para o enfrentamento da Tuberculose.

17 Criar um espaço para o atendimento na área de saúde do trabalhador.

EIXO II – 2.1 CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS

PROPOSTAS:

APROVADA COM ALTERAÇÃO

1 – Fortalecer a Estratégia de Saúde da Família e ampliar o seu financiamento, para que tenha resolutividade e 100% de cobertura nos territórios, garantindo a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

APROVADA COM ALTERAÇÕES

2 Ampliar e fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde, aplicando o princípio da referência e contra referência, garantindo:

a) a promoção da saúde, com a integralidade da atenção e assistência, por meio da implantação e da ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);

b) a articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo a infraestrutura necessária para tanto;

c) a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) que interajam com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme a demanda de cada região.

APROVADA NA ÍNTEGRA

3 Ampliar e fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica, garantindo o acompanhamento farmacoterapêutico e a disponibilidade dos medicamentos das listas padronizadas dos componentes básico, estratégico e especializado, com a transversalidade do Uso Racional dos Medicamentos.

APROVADA COM ALTERAÇÕES

4 Assegurar a presença de profissionais de saúde em quantidade adequada e com a devida formação em cada território, de acordo com suas particularidades e necessidades, através da criação de planos de carreira para os profissionais da saúde. Na mesma linha, a Atenção Básica deve contemplar profissionais com formação em Medicina de Família e Comunidade e/ou com especialização na área da saúde.



APROVADA COM ALTERAÇÃO

5 Garantir que haja hospital público estruturado e equipado, em cada região de saúde, com gestão estadual, 100% SUS, ampliando a oferta de leitos (AIHS e UTI), de procedimentos e exames, com fluxos de referência e contra referência ampliando e fortalecendo as redes de atenção à saúde, tendo como base as necessidades regionais, sem prejuízos aos hospitais já existentes.

APROVADA NA ÍNTEGRA

6 Implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, assegurando o respeito às escolhas das pessoas e às práticas e saberes em saúde das povos e comunidades tradicionais, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde.

APROVADA NA ÍNTEGRA

7 Assegurar a atuação dos Comitês de Ética em Pesquisa, garantindo a autonomia e os direitos dos envolvidos.

APROVADA NA ÍNTEGRA

8 Defender a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) como uma Comissão do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que atua em conjunto com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa – CEP e com uma composição multidisciplinar, no cumprimento de sua função de implementar as normas, diretrizes e protocolos regulamentadores de pesquisas envolvendo seres humanos, na defesa da vida.

APROVADA NA ÍNTEGRA

9 Garantir a reforma antimanicomial através da ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, oficina de trabalho e renda, oficinas terapêuticas, serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental, consultórios na rua, unidades de acolhimento e equipe de redução de danos na abordagem de rua dia e noite, de acordo com o dimensionamento populacional e indicadores de saúde do território e portaria vigentes. Ainda, garantir a execução da Política Nacional referente à saúde mental no sistema prisional, assegurar a Política de saúde mental na Atenção Básica e reafirmar a garantia do cuidado em liberdade dos usuários de álcool e outras drogas.

APROVADA NA ÍNTEGRA

10 Defender a saúde, a vida, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, visando: acabar com a violência sexual, obstétrica e doméstica, diminuir a mortalidade materna, planejamento reprodutivo, atendimento em situação de aborto e inclusão da abordagem de gênero na formação dos profissionais de saúde.

APROVADA NA ÍNTEGRA

11 Efetivar políticas públicas em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde que garantam acesso, atenção de qualidade, humanizada e integral ao cidadão, considerando o princípio da equidade, contemplando as diversas especificidades de cada caso.

APROVADA NA ÍNTEGRA

12 Assegurar que a assistência Integral da Saúde, do diagnóstico à atenção do agravo (doenças transmissíveis e não transmissíveis), ocorra em serviços de saúde, por profissionais habilitados e qualificados, para atender as demandas e necessidades dos



usuários do SUS, respeitando as diferenças e especificidades destes.

APROVADA NA ÍNTEGRA

13 Reafirmar a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em especial quanto ao direito, de todo indivíduo, à vida, à liberdade, à igualdade perante a Lei e ao direito de todos viverem sem discriminação de qualquer espécie e o direito de usufruir e de participar no progresso científico e nos benefícios que deste resultam.

APROVADA NA ÍNTEGRA

14 Reafirmar a Política de Ciência e Tecnologia em Saúde (PNCTIS), enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde e como um componente das políticas industrial, de educação e demais políticas sociais, cujo objetivo é contribuir com o desenvolvimento nacional sustentável e com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades ambientais, econômicas, sociais, culturais e políticas do país.

APROVADA NA ÍNTEGRA

15 Assegurar pelo cumprimento, respeito e cooperação com outros países, aos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário, em especial os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com seus 17 objetivos e 169 metas a serem atingidos até 2030.

APROVADA NA ÍNTEGRA

16 Combater o racismo estrutural e institucional, reconhecendo as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

PROPOSTAS CRIADAS PELO GRUPO EM ÂMBITO MUNICIPAL:

1 Realização de auditorias, visando esclarecer a situação do transporte da Secretaria da Saúde;

2 Priorizar a realização de processos seletivos para contratação de novos Agentes Comunitários de Saúde nas áreas descobertas;

3 Contratação emergencial de profissionais para atendimentos nos CAPS, visando suprir a demanda.

II – 2.2 Consolidação dos Princípios de Gestão do SUS:

APROVADA NA ÍNTEGRA

1 Efetivar os princípios da descentralização e da regionalização da atenção à saúde de forma que garanta a universalidade e integralidade, nas ações de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, definindo os serviços e efetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde para todo o cidadão, independente do território.

APROVADA COM ALTERAÇÕES E SUPRESSÃO

2 Garantir um Plano de Carreira Nacional do SUS para os servidores das três esferas de governo, com isonomia de vencimentos, no regime estatutário (RJU) que contemple:



- a) Ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento dos cargos de chefia;
- b) SUPRIMIDA
- c) Incentivo financeiro à dedicação exclusiva, mediante cumprimento da carga horária;
- d) Política de valorização dos servidores e reajustes salariais dignos;
- e) Estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento, que incluam política de formação profissional com incentivos salariais e de carreira;
- f) Regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades de insalubridade e periculosidade;
- g) Isonomia de vencimentos aos servidores de todos os níveis de complexidade e esferas de governo;
- h) SUPRIMIDA.

APROVADA COM ALTERAÇÃO

3 Defender, incondicionalmente, o SUS público, estatal, universal, de qualidade e sob a gestão direta do Estado contra todas as formas de precarização da saúde.

APROVADA NA ÍNTEGRA

- 4 Denunciar e combater a proposta de Cobertura Universal de Saúde, pois são apenas pacotes limitados de serviços que não atendem às necessidades de saúde da população por não garantir a cobertura integral, universal e equânime e que visa acabar com o SUS.

APROVADA NA ÍNTEGRA

- 5 Ampliar o SAMU Regional, com financiamento tripartite, aperfeiçoando o processo de acolhimento, e mecanismos de avaliação e monitoramento conforme definidos nos protocolos específicos.

APROVADA NA ÍNTEGRA

6 Instituir a efetiva profissionalização da gestão do SUS em todos os níveis, com os cargos ocupados por profissionais de carreira concursados, com formação e perfil necessários para atenderem às necessidades do SUS e da população brasileira.

APROVADA NA ÍNTEGRA

7 Garantir que os recursos da saúde pública estejam no Fundo de Saúde, em cada esfera de governo, e não nos respectivos órgãos fazendários.

APROVADA COM ALTERAÇÕES

8 Estruturar hospitais públicos, por região de saúde, ampliando e fortalecendo as redes de atenção à saúde, tendo como base as necessidades regionais.

APROVADA NA ÍNTEGRA

9 – Integrar, aprimorar e aperfeiçoar os diversos sistemas de informação do SUS, unificando em uma única base de dados, garantindo suporte técnico e manutenção adequada que agregue as diversas informações existentes, consolidando um Sistema de Informatização Nacional, para melhor articulação da rede de saúde.



10 SUPRIMIDA.

APROVADA NA ÍNTEGRA

11 Garantir que todas as políticas de saúde sejam aprovadas previamente pelo controle social correspondente.

APROVADA NA ÍNTEGRA

12 Incentivar a ampliação de convênios com institutos de ensino e pesquisa para pesquisa e diagnóstico da situação de saúde nos territórios

142

143 APROVADA NA ÍNTEGRA

13 Ampliar e fortalecer a participação do farmacêutico na rede de cuidados da atenção básica para prestar acompanhamento farmacoterapêutico e serviços farmacêuticos, promovendo o uso racional de medicamentos e garantindo a informação para profissionais e usuários, por meio de ações individuais e coletivas humanizando o atendimento.

APROVADA COM ALTERAÇÕES

- 14 Promover ações na comunidade e nas escolas para discussão sobre:
- I O SUS, saúde como direito, promoção da saúde e prevenção da doença;
 - II O uso racional e o descarte correto de medicamentos;
 - III O papel dos profissionais da saúde na promoção do cuidado em saúde.
 - IV Incentivo ao controle social

15 – SUPRIMIDA.

APROVADA NA ÍNTEGRA

16 Garantir a manutenção e reafirmar o papel estratégico e fundamental, ampliando a atuação da Escola de Saúde Pública para proporcionar a educação permanente para:

- I Os trabalhadores do SUS;
- II Para o Controle Social, sob orientação do CES.

APROVADA COM ALTERAÇÕES

17 – Fortalecer as ações desenvolvidas pelo Sistema de Auditoria, de forma que o mesmo seja aplicado também ao quadro de pessoal com relação ao cumprimento da carga horária e das atribuições do cargo eleito.

EIXO 3 – FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS

PROPOSTAS:

APROVADA NA ÍNTEGRA

- 1** Assegurar a revogação da:
 - a) Emenda Constitucional nº 86, que trata do Orçamento Impositivo, por retirar recursos da saúde pública; possibilitar que as emendas parlamentares do orçamento



impositivo sejam contabilizadas como gasto com saúde; e retirar os 25% dos recursos do pré-sal como aplicação adicional ao mínimo em ações e serviços públicos de saúde;

b) Emenda Constitucional nº 95, que congela o gasto primário da União por vinte anos.

2 – SUPRIMIDA

APROVADA COM ALTERAÇÃO

3 Aumentar o financiamento por parte do Estado e da União de pesquisas estratégicas e o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde para fortalecer o intercâmbio entre pesquisas científicas e políticas de saúde.

4 – SUPRIMIDA.

APROVADA COM ALTERAÇÕES

5 Garantir que os recursos dos royalties do pré-sal retornem para a Saúde Pública, proporcionalmente a todos os Estados.

6 - SUPRIMIDA

7 – SUPRIMIDA

APROVADA NA ÍNTEGRA

8 – Assegurar a revogação do artigo 142 da Lei 13097/2015, por sua inconstitucionalidade, pois permite a entrada de capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde.

9 – SUPRIMIDA.

NOVA PROPOSTA DE ÂMBITO ESTADUAL E FEDERAL

10 Exigir, por parte dos Estados e da União, a aplicação obrigatória dos percentuais que cabem a eles, segundo a Constituição Federal.

NOVA PROPOSTA DE ÂMBITO ESTADUAL E FEDERAL

11 Reduzir a taxa de impostos de medicamentos e equipamento da área da saúde que são utilizados em território nacional.

NOVA PROPOSTA DE ÂMBITO ESTADUAL E FEDERAL

12 Exigir que quando pessoas que possuem cobertura por planos de saúde realizam procedimentos e/ou consultas pelo SUS, que haja o ressarcimento obrigatório ao Sistema único de Saúde, conforme previsto em lei.

NOVA PROPOSTA DE ÂMBITO MUNICIPAL, ESTADUAL E FEDERAL

13 Garantir que a participação da iniciativa privada no SUS, em seu caráter



complementar ao serviço público, não seja maior que o investimento garantido pelas três esferas de gestão.

NOVA PROPOSTA DE ÂMBITO MUNICIPAL:

14 Realização de pré-Conferências Municipais de Saúde para aprofundamento dos estudos dos eixos norteadores dos trabalhos de grupo.

Ao final da leitura e aprovação das propostas, os presentes ainda votaram e aprovaram duas moções de repúdio, que foram previamente assinadas por 10% dos presentes, conforme previsto no Regulamento da 8ª Conferência Municipal de Saúde.

144 MOÇÃO DE REPÚDIO

145 Nós, Delegados e Delegadas da 8ª Conferência Municipal da Saúde de Venâncio Aires, repudiamos a proposta de Reforma da Previdência nos termos em que foi apresentada pelo Presidente da República Sr Jair Messias Bolsonaro. Entendemos que ela afetará negativamente as pessoas socialmente mais vulneráveis e necessitadas de políticas públicas e apoio governamental. Também entendemos que a proposta não é equitativa no todo da sociedade, pois não abrange todos os segmentos de trabalhadores e trabalhadoras, políticos, militares e demais cargos, funções ou setores que compõem os contribuintes da Previdência Social.

146 MOÇÃO DE REPÚDIO

147 Nós, Delegados e Delegadas da 8ª Conferência Municipal da Saúde de Venâncio Aires, repudiamos a aprovação da EC 95 que limita o investimento em áreas essenciais para a população como é o caso da Saúde. A E.C. 95, conhecida como a Emenda constitucional do teto dos gastos públicos, não respeitou e/ou considerou as necessidades das populações e representações sociais, assim como não levou em consideração os dados demográficos brasileiros que claramente indicam o envelhecimento da população e a conseqüente maior necessidade de atendimento em saúde. Por esses e tantos outros motivos, repudiamos a aprovação da referida emenda.

148

149

150

151

152

153