

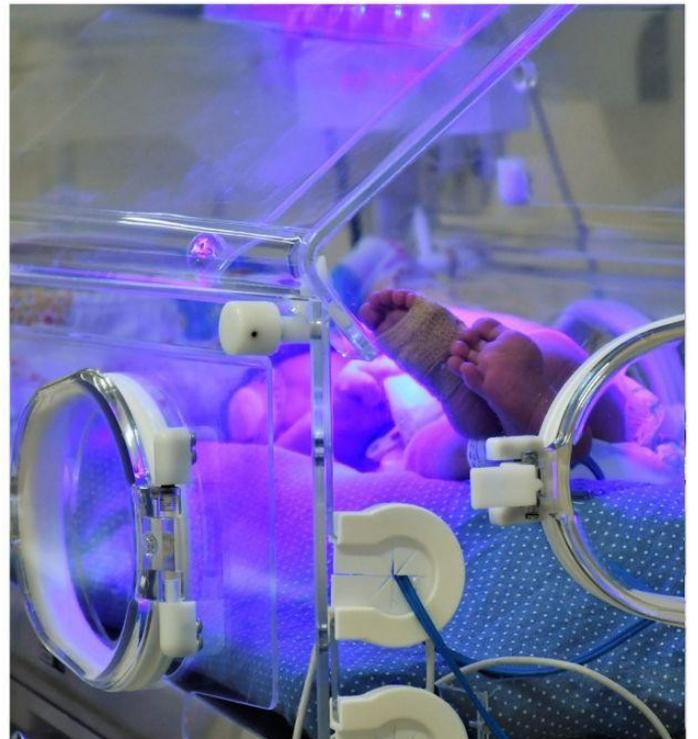


PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2022 - 2025



SAÚDE
PREFEITURA
NOVO HAMBURGO





Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo
Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITA MUNICIPAL

Fátima Daudt

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Naasom Luciano da Rocha

DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Marcelo André Reidel

DIRETORIA DE SAÚDE

Juliana Beatriz Forneck Limas

DIRETORIA DE GOVERNO ELETRÔNICO

Tatiane Soares de Souza

GERÊNCIA DE GESTÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Luciane Lutz

PRESIDENTE CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Rosane Cristine Marcki Wilhelms

Outubro/2021

IDENTIFICAÇÃO

Município: Novo Hamburgo – Rio Grande do Sul – Brasil

Secretaria Municipal de Saúde – SMS

Rua Guia Lopes, 4201 5º andar, Canudos, Novo Hamburgo, RS, CEP 93548-013

Contatos: 30979445 / sms@novohamburgo.rs.gov.br

Criação do Município: 05/04/1927

População: 247.032 - IBGE estimativa 2020

Gestão Plena desde 2010

Lei de Criação do Fundo Municipal de Saúde: Nº 130

Data da Publicação: 20/12/1996

Coordenadoria Regional de Saúde: 1ª CRS

Região de Saúde: 7ª Região – Vale dos Sinos

GRUPO DE TRABALHO, PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Josiane Gisele Bressan

Coordenação da Política de Saúde da Pessoa Idosa e do Planejamento em Saúde

Renata Über Espiñosa

Departamento de Informações e Planejamento em Saúde

Juliana Zavaski

Coordenação da Atenção Primária em Saúde

Sayonara de Matos

Gerência de Saúde Mental

Lisa Gaspar Ávila

Gerência de Vigilância em Saúde

Mabilda Maria Dalmazoto

Coordenação da Política de Alimentação e Nutrição

Clairines Rosane de Oliveira

Coordenação da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência

Coordenação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - NUMESC

Paulo Roberto Luchesi Soares

Coordenação da Política de Saúde do Homem

Darlan Rodrigues Lima

Coordenação da Política de Saúde Bucal

Magale Machado

Coordenação da Política de Saúde da Criança e do Adolescente

Jéssica Mazzilli dos Reis

Coordenação da Política de Saúde da Mulher

Rafael Eugênio Alves

Coordenação da Assistência Farmacêutica

Ivone Marlow

Coordenação Administrativa do Serviço de Atendimento Especializado - SAE

Ilse Borba dos Santos

Gestão de Contratos de Saúde

Silvana Ramos Carvalho

Gerência de Regulação, Auditoria, Monitoramento e Avaliação

Raquel Cristina Baum Pedroso

Coordenação Equipe de Consultório na Rua

COLABORADORES:

Ana Luísa Morais Dalbem
Andréa Soares Lubaszewski
Andrius Gabriel da Luz
Arlete Denize Barros Moraes Musa
Bruna Juliana Brentano Kuhn
Claudia Silvana Rodrigues Seibel
Cristine Schüler
Cristiane Hermann
Dorelino Alves Pereira
Ecleria Alencastro
Edson Luís da Silva
Elisangela Carli de Albuquerque
Esmael Tibola
Évelin Maria Brand
Fernanda Eugênia Rodrigues Seibel
Fernanda Maria Wolf Baldi
Isaquiél Macedo da Rosa
Itaraiaci Machado Junior
Jeane Heller Ribeiro
Joana Sebastiany
Joselito Ideão Leite
Letícia Batista Dutra
Maristela Silva
Rafael Gustavo Lucas
Renata Rodrigues Ramos
Roberta Andréa Frank
Colegiado de Saúde Mental

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO	19
2.1 Histórico	19
2.2 Aspectos geográficos	20
2.3 Aspectos demográficos	21
2.4 Aspectos econômicos	24
2.5 Educação	28
2.6 Habitação	31
2.7 Abastecimento de Água e Saneamento	33
2.8 Resíduos Sólidos	34
2.9 Mobilidade Urbana	36
3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	39
3.1 Dados epidemiológicos	39
3.1.2 Nascimento	39
3.1.3 Morbidade	43
3.1.3.1 Agravos de Notificação Compulsória	43
3.1.3.2 Morbidade Hospitalar	49
3.1.4 Mortalidade	54
3.1.5 O contexto das Infecções Sexualmente Transmissíveis	63
4. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA ATENÇÃO À SAÚDE	76
4.1 Atenção Primária à Saúde	79
4.1.1 Equipes de Atenção Primária e de Saúde Bucal	81
4.1.2 Equipe de Consultório na Rua (eCR)	85
4.2 Política de Alimentação e Nutrição	87
4.2.1 Cenário Epidemiológico da Má Nutrição em Novo Hamburgo	88
4.2.2 NUTRIR - Centro de Educação Nutricional	91
4.2.3 Principais diretrizes da Política da Alimentação e Nutrição no município	92
4.2.4 Organização da Atenção Nutricional nos territórios	92
4.2.5 Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)	93
4.2.6 Vigilância Alimentar e Nutricional	95
4.2.7 Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição	95
4.2.8 Qualificação da força de trabalho	96

4.2.9 Principais Programas e Ações sob responsabilidade da PAN Municipal	97
4.2.10 Linha Cuidado Sobrepeso e Obesidade	99
4.3 Atenção à Saúde Materno Infantil	99
4.4 Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente	102
4.4.1 Comitê de Mortalidade Infantil e Materna (CMIM)	103
4.4.2 Primeira Infância Melhor – PIM	106
4.4.3 Programa Amigos do Bebê	106
4.4.4 Programa Saúde na Escola	107
4.4.5 Saúde do Adolescente	110
4.5 Atenção à Saúde do Homem	110
4.5.1 Eixo Saúde Sexual, Reprodutiva e Paternidade	111
4.5.2 Eixo de Violências e Saúde em Geral	111
4.5.3 Eixo acesso/acolhimento dos homens na Atenção Básica	111
4.5.4 Indicadores de Morbidade na Saúde do Homem	112
4.6 Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	113
4.7 Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência	122
4.7.1 Centro Especializado em Reabilitação (CER IV)	124
4.7.2 Linha de Cuidado da Criança com Síndrome de Down	124
4.7.3 Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas	125
4.7.4 Entidades de Atendimento à Pessoa com deficiência	126
4.7.5 Comunicação e PCD	127
4.8. Atenção Secundária e Terciária	128
4.8.1 Centro de Especialidades Médicas – CEM	128
4.8.2 Serviço de Atendimento Especializado (SAE)	128
4.8.3 Ambulatório de Atendimento à Tuberculose	131
4.8.4 Rede de Atenção Psicossocial	134
4.8.4.1 Fluxograma de Admissão dos pacientes de Saúde Mental na Emergência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo	140
4.8.5 Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH)	140
4.8.6 Hospital Regina	141
4.8.7 Outros Hospitais	142
4.8.8 Articulação e fluxo entre os diferentes níveis de assistência	142
4.8.9 Referências de consultas, procedimentos e internações	142

4.8.10 Gestão, Monitoramento e Avaliação de Convênio/Contratos e Auditoria	143
4.9 Assistência Farmacêutica	147
4.9.1 Farmácias e dispensários por distrito	148
4.10 Vigilância em Saúde	150
4.10.1 Instrumentos legais	151
4.10.2 Interface com as demais áreas (assistência e gestão)	151
4.10.3 Departamento de Vigilância Ambiental em Saúde	151
4.10.4 Departamento de Vigilância Sanitária	154
4.10.5 Instrumentos Legais	154
4.10.6 Departamento de Vigilância em Saúde do Trabalhador e Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs)	156
4.10.7 Departamento de Vigilância Epidemiológica	157
4.10.8 Sobre a Pandemia COVID-19	158
4.11 Núcleo Municipal de Saúde Coletiva – NUMESC	161
4.12 Informatização da Rede de Saúde	163
5. FINANCIAMENTO	165
5.1 Alocação dos Recursos	167
5.2 Fundo Municipal de Saúde	170
6. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	173
7. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	197
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	198

LISTA DE FIGURAS e GRÁFICOS

Figura 1: Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde, RS, 2019.

Figura 2: Eixos PNAISC.

Gráfico 1: Distribuição da população por faixa etária e sexo, Novo Hamburgo, RS, 2000, 2010, 2020.

Gráfico 2: População residente, por situação do domicílio e sexo, Novo Hamburgo, RS, censo IBGE 2010.

Gráfico 3: Distribuição da população por raça e cor, Novo Hamburgo, RS, censo IBGE, 2010.

Gráfico 4: Renda média domiciliar per capita Novo Hamburgo, RS 1990, 2000, 2010.

Gráfico 5: Proporção de pessoas com baixa renda, <1/2 salário-mínimo, Novo Hamburgo, RS 1991, 2000, 2010.

Gráfico 6: Taxa de desemprego 16 anos+, Novo Hamburgo RS, 1991, 2000, 2010.

Gráfico 7: Taxa de trabalho infantil, Novo Hamburgo RS, 1991, 2000, 2010.

Gráfico 8: Taxa bruta de natalidade (1.000 hab.), Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Gráfico 9: Proporção de baixo peso e prematuros ao nascer x nascidos vivos, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Gráfico 10: Proporção de parto vaginal e parto cesáreo, Novo Hamburgo, RS, 2019-2020.

Gráfico 11: Proporção de parto vaginal e parto cesáreo entre adolescentes de 10 a 19 anos, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Gráfico 12: Incidência de Hepatite A e C por 100.000 habitantes por ano, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Gráfico 13: Taxa de casos novos de Tuberculose por 100.000 habitantes por ano, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Gráfico 14: Série Histórica de acompanhamento do Programa Bolsa Família, Novo Hamburgo, RS, 2012-2021.

Gráfico 15: Proporção de idosos na população, Novo Hamburgo, RS, 1991, 2000, 2010.

Gráfico 16: Proporção de idosos por sexo na população, Novo Hamburgo, RS, 1991, 2000, 2010.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de nascidos vivos relacionados com número de consultas e Pré Natal, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Tabela 2: Número absoluto de notificação do município de Novo Hamburgo/RS de agravos ou doenças de notificação compulsória.

Tabela 3: Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 hab.), Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Tabela 4: Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Tabela 5: Taxa de internações pelo SUS da população residente (10.000 habitantes), por Capítulo da CID (10.000 habitantes), Novo Hamburgo, RS, 2016 a 2020.

Tabela 6: Principais causas de internações no SUS da população residente, por grupo etário e capítulos do CID (%), Novo Hamburgo, RS, 2020.

Tabela 7: Taxa de internações SUS devido ao risco de suicídio (100.000 habitantes), Novo Hamburgo, RS, 2017-2019.

Tabela 8: Taxa de mortalidade da população residente pelos 5 principais capítulos do CID (100.000 hab.), Novo Hamburgo, RS 2016-2020.

Tabela 9: Principais causas de mortalidade da população residente, por grupo etário e capítulos do CID (%), Novo Hamburgo, RS, 2019.

Tabela 10: Taxa de mortalidade por causas externas pelos grupos CID-10, (100.000 habitantes), Novo Hamburgo, RS, 2017-2019.

Tabela 11: Taxa de mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), Novo Hamburgo, RS, 2017-2019.

Tabela 12: Taxa de mortalidade materna(100.000 nascidos vivos), Novo Hamburgo, RS, 2017-2020.

Tabela 13: Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Novo Hamburgo, RS, 2017-2020.

Tabela 14: Taxa de mortalidade dos tipos de Câncer mais prevalentes (100.000 hab.), Novo Hamburgo, RS, 2017-2020.

Tabela 15: Taxa de mortalidade por diabetes (100.000 hab.), Novo Hamburgo, RS, 2017-2020.

Tabela 16: Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por sexo, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Tabela 17: Distribuição percentual dos casos de AIDS notificados no SINAN, segundo nível de aprendizado adquirido, Novo Hamburgo, RS 2016-2020.

Tabela 18: Distribuição percentual dos casos de AIDS notificados no SINAN, segundo raça/cor, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Tabela 19: Taxa bruta de mortalidade por AIDS (100.000 hab.), Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Tabela 20: Percentual de Diagnóstico tardio (primeiro CD4 < 200 céls/ml), por ano, sexo e faixa etária, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Tabela 21: Adesão suficiente à Terapia Antirretroviral - TARV: proporção de indivíduos ao final de cada ano, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Tabela 22: Percentual de Supressão Viral (CV<50 cópias/mL) dentre os indivíduos em TARV, por ano, sexo e faixa etária, em Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Tabela 23: Gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) e crianças menores de 5 anos de idade, infectadas pelo HIV (casos) por ano do parto, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Tabela 24: Testagem rápida de HIV em gestantes e parceiros e percentual de testagem de parceiros sobre gestantes, Novo Hamburgo, RS, 2018-2020.

Tabela 25: Casos de sífilis adquirida por sexo e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis o percentual dos casos de AIDS notificados no SINAN, segundo raça/cor, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Tabela 26: Testagem rápida de sífilis em gestantes e parceiros e percentual de testagem de parceiros sobre gestantes, Novo Hamburgo, RS, 2018-2020.

Tabela 29: Estimativa populacional com subdivisão por faixa etária x número de atendimentos realizados na Rede de Atenção Primária em Saúde, Novo Hamburgo, RS, 2020-2021.

Tabela 30: Distribuição de Idosos por sexo e proporção em relação à população adscrita, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família, Novo Hamburgo, RS.

Tabela 31: População com deficiência autodeclarada, Novo Hamburgo, RS, 2010.

LISTA DE SIGLAS e ABREVIATURAS

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AEE: Atendimento Educacional Especializado

ADEVIS: Associação dos Deficientes Visuais de Novo Hamburgo

AIDS: Síndrome da imunodeficiência Adquirida

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS: Atenção Primária à Saúde

AS: Auxiliar de Saúde Bucal

ASPS: Ações e Serviços Públicos de Saúde

BK: Bacilo de Koch

CAGED: Cadastro Geral de Emprego e Desemprego

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial Adulto

CAPS IJ : Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CD: Cirurgião Dentista

CEM: Centro de Especialidades Médicas

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

CEPIC: Centro Municipal de Tecnologia Educacional

CER: Centro Especializado em Reabilitação

CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica

CGIAE: Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

CIB: Comissão Intergestor Bipartite da SES RS

CID: Classificação Internacional de Doenças

CMDCI: Conselho Municipal de Saúde da Pessoa Idosa

CMIM: Comitê de Mortalidade Infantil e Materna

CMS: Conselho Municipal de Saúde

COAPES: Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino Saúde

COMUSA: Companhia Municipal de Saneamento

COMSEA: Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional

COVID-19: Coronavírus

CRAS: Centro de Referência em Assistência Social
CSAP: Condições Sensíveis da Atenção Primária
DANTs: Doenças e Agravos Não Notificáveis
ICSAB: Internações por Condições Sensíveis da Atenção Básica
ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos
IST: Infecção Sexualmente Transmissível
DASIS: Departamento de Análise de Situação de Saúde
eAP: equipe de Atenção Primária
eCR: equipe de Consultório na Rua
EMEF: Escola Municipal de Educação Fundamental
EMEI: Escola Municipal de Educação Infantil
eSF: equipe de Saúde da Família
ETA: Estação de Tratamento de Água
ETE: Estação de Tratamento de Esgoto
**EVESCA: Comitê Municipal de Enfrentamento à Violência e Exploração Sexual
contra Crianças e Adolescentes**
FEE: Fundação de Economia e Estatística
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB: Índice de Desenvolvimento da Atenção Básica
IDHM: O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IENH: Instituição Evangélica de Novo Hamburgo
ILTB: Infecção Latente da Tuberculose
LIRAs: Levantamento de Índice Rápido do Aedes Aegypti
LIRF: Licença Integrada de Regularização Fundiária
MS: Ministério da Saúde
NAP: Núcleo de Apoio Pedagógico
NUMESC: Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
OGR: Oficina de Geração de Renda
OMS: Organização Mundial de Saúde
PAN: Política de Alimentação e Nutrição
PAS: Programação Anual de Saúde

PEP: Profilaxia Pós-Exposição ao HIV

PES: Plano Estadual de Saúde

PBF: Programa Bolsa Família

PGM: Procuradoria Geral do Município

PIB: Produto Interno Bruto

PIM: Primeira Infância Melhor

PMGIRS: Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos

PMM: Programa Mais Médicos

PMS: Plano Municipal de Saúde

PMS-NH: Plano Municipal de Saúde de Novo Hamburgo

PNAB: Política Nacional da Atenção Básica

PPA: Plano Plurianual

PRI: Planejamento Regional Integrado

PrEP: Profilaxia Pré-Exposição ao HIV

PSE: Programa Saúde na Escola

PTS: Projeto Terapêutico Singular

RAG: Relatório Anual de Gestão

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RDQA: Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RME-NH: Rede Municipal de Ensino de Novo Hamburgo

SCNES: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SAE: Serviço de Assistência Especializada

SARS-CoV2: Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave

SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais

SICLOM: Sistema de Controle Logístico de Medicamento

SIH: Sistema de Informações Hospitalares

SIM: Sistema de Informações em Mortalidade

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC: Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos

SISCEL: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SMED: Secretaria Municipal de Educação

SRAG: Síndrome Respiratória Aguda

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

TARV: Tratamento Antirretroviral

TB: Tuberculose

TDIC: Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação

TDO: Tratamento Diretamente Observado

TSB: Técnico de Saúde Bucal

UAA: Unidade de Acolhimento Adulto

UAB: Universidade Aberta do Brasil

UBS: Unidade Básica de Saúde

UNICEF: Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para Infância

USF: Unidade de Saúde da Família

VIGIAGUA: Sistema de Vigilância da Qualidade da Água

VISA: Vigilância Sanitária

1. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) expressa as intenções da gestão municipal na construção de políticas e ações de saúde, a partir de um diagnóstico das condições e necessidades da população, objetivando a oferta de serviços de qualidade e a redução da iniquidade do sistema. Trata-se de um dos principais instrumentos de gestão e planejamento do Sistema Único de Saúde, preconizado em dispositivos legais que norteiam o processo de descentralização do SUS, destacando-se a Lei nº. 8.080/1990, o Decreto nº 7.508/2011 e a Portaria nº 2.135/2013.

A construção do PMS-NH está pautada nas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, no Decreto 7.508/11 e na Lei Complementar 141/2012, tendo como intenção conduzir a política municipal de saúde e divulgar seus objetivos, metas, ações e indicadores. O Decreto 7.508/11 cumpre o papel de aprimorar processos e práticas inerentes a um novo ciclo de gestão no SUS, ao regulamentar aspectos da Lei 8.080/90 no tocante ao planejamento da saúde, assistência à saúde, articulação interfederativa e regionalização, dentre outros.

O planejamento de ações e a definição de objetivos, metas e indicadores são atividades cotidianas na atuação de gestores do setor público em saúde. Este Plano Municipal de Saúde foi elaborado com base no diagnóstico situacional, perfil sociodemográfico, epidemiológico e sanitário representando a síntese de diversas discussões e decisões sobre o que fazer para enfrentar um conjunto de desafios da saúde pública e, para tanto, reúne metas globais, regionais e locais contidas em diferentes instrumentos de planejamento: Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, Planejamento Regional Integrado (PRI), Plano Plurianual (PPA) 2022-2025 e Plano Municipal de Saúde anterior.

A Portaria nº 2.135, de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde, define como instrumentos do planejamento da saúde o Plano Municipal de Saúde (PMS), a

Programação Anual da Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) e orienta os pressupostos para o planejamento:

- O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor da saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades de cada esfera.

- A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

- O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

Objetivou-se elaborar um documento conciso com objetivos condizentes com a realidade sanitária local, procurando atrelar as ações ao orçamento disponível, debatidos nos encontros da equipe de planejamento e equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, com o Conselho Municipal de Saúde (CMS), com os trabalhadores de saúde e com a população geral a partir da realização de um Fórum on-line ocorrido no dia 15/10/21, para discussão do diagnóstico de saúde do município e os desafios do SUS considerando temáticas relevantes como o novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental na pandemia COVID-19 e o contexto das doenças emergentes e reemergentes em nosso município.

O Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2022-2025 está organizado de acordo com eixos que foram pensados com o objetivo de promover o acesso qualificado aos serviços de saúde, respeitando as especificidades do território, quais sejam: Eixo I - Atenção Primária em Saúde, Eixo II - Atenção Secundária e Terciária, Eixo III - Vigilância em Saúde, IV - Assistência Farmacêutica, Eixo V - Gestão do

SUS.

De forma a consolidar o processo de planejamento, estão previstos a implementação de uma metodologia de monitoramento e avaliação do PMS-NH, tendo como base seus indicadores, os quais nortearão a elaboração dos demais instrumentos de gestão do SUS, dentre os quais a Programação Anual das Ações e os Relatórios Anuais de Gestão. O propósito é sempre buscar a adequação da proposta orçamentária às necessidades do território, em consonância com os princípios do SUS.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

2.1 Histórico

A História de Novo Hamburgo começa do outro lado do Atlântico quando, no século XVIII, fugindo da escassez de terras e da extrema pobreza, alemães começaram o processo de migração para o Brasil. Esse movimento foi alavancado por promessas de propriedades, implementos agrícolas e até mesmo isenção de impostos por dez anos. São Leopoldo foi o destino das primeiras 43 pessoas chegadas da Alemanha na região, em 25 de julho de 1824. No total, até o final da década de 30, a cidade recebeu cerca de 5350 imigrantes.

Embora a região tenha sido marcada pela colonização alemã, a população negra já fazia parte da História do lugar como escravizada. A Lei, que proibia os imigrantes de possuírem pessoas escravizadas trabalhando em suas terras, devido a algumas concessões legais, não impediu que os recém-chegados se privassem de tal prática. Em 1872 os negros representavam 5% da população de um pouco mais de 30 mil habitantes.

A emancipação de Novo Hamburgo foi possível graças ao Decreto 3.818, emitido pelo então governador Borges de Medeiros, em 5 de abril de 1927. Com a vinda dos europeus, muitas atividades econômicas tiveram lugar, porém o maior destaque foi a produção de artigos de couro. As fábricas, em 1945, alavancaram a economia culminando na principal atividade da cidade na década de 60: a exportação de calçados.

O negócio fez com que a jovem cidade, em 1963, tivesse uma extraordinária arrecadação de impostos que, na época, superava 12 estados brasileiros. O crescimento populacional seguiu os mesmos passos e de 8.500 habitantes em 1927 subiu para cerca de 30 mil em 1950, conforme dados do IBGE. O aumento populacional de quase 300% era creditado à vinda de milhares de pessoas que viam nas fábricas uma oportunidade de melhor qualidade de vida, o que foi uma das mais fortes características da cidade até o final da década de 90.

2.2 Aspectos geográficos

Situado no Vale do Rio dos Sinos, Estado do Rio Grande do Sul, Novo Hamburgo se encontra em posição privilegiada do ponto de vista geoeconômico. Está no centro geográfico do Mercosul, importante mercado consumidor, a uma distância de 1.107 km de Buenos Aires (Argentina), 930 km de Montevideu (Uruguai), 1.277 km de Assunção (Paraguai), 2.440 km de Santiago (Chile), 1.149 km de São Paulo e 1.593 km do Rio de Janeiro.

Ocupa uma área de 222,536 km², na Latitude Sul 29° 45` 00" e na Longitude Oeste 51° 00` 00". Integra a Região Metropolitana de Porto Alegre, distante cerca de 40 km da Capital, com a qual se liga, principalmente, via BR 116 e linha do Metrô da TRENURB. Seus limites ocorrem com os municípios de Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Gravataí, Ivoti, São Leopoldo, Sapiranga, Sapucaia do Sul e Taquara.

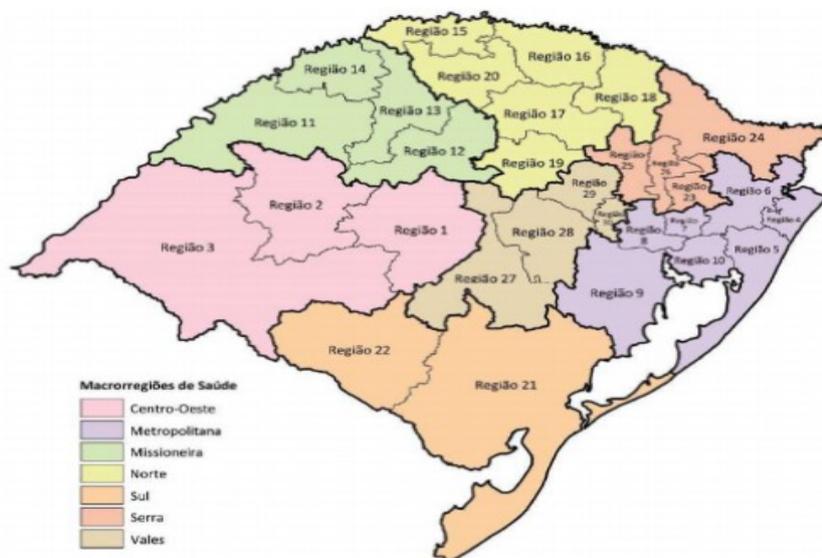
As principais vias de acesso ao Município de Novo Hamburgo são as Rodovias BR116, RS 239 e a Estrada da Integração Leopoldo Petry, que interligam sua área urbana à área rural de Lomba Grande.

Às margens do Rio dos Sinos, já em seu curso final e simultaneamente ao pé da Serra Geral, o município apresenta relevo variado, com coxilhas, várzeas e formações montanhosas de pé da serra. A altitude máxima é de 345,5 metros, no Morro Dois Irmãos, e a mínima é de 7,5 metros, no banhado do Rio dos Sinos.

Situado numa região subtropical e em áreas baixas, seu clima predominante é quente e úmido. Ocorrem dias de frio intenso no inverno, quando o Estado é invadido por frentes frias oriundas da Antártica. Sua temperatura média anual permanece em torno de 19°C. No verão, nas áreas mais baixas, registra temperaturas elevadas, que se aproximam dos 40°C.

Em termos de gestão da saúde no RS, o Estado é dividido em Coordenadorias e Regiões. Novo Hamburgo pertence à 1ª Coordenadoria e à 7ª Região de Saúde, denominada Vale dos Sinos, sendo referência para outros doze municípios do RS em diversas especialidades.

Figura 1. Mapa das Macrorregiões e Regiões de Saúde, RS, 2019.



Fonte: PES, 2020-2023

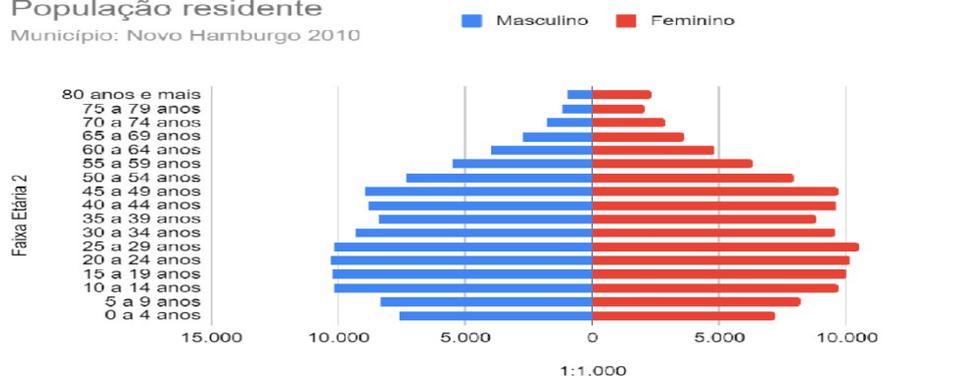
2.3 Aspectos demográficos

A população residente em Novo Hamburgo era de 238.940 habitantes de acordo com o último censo IBGE realizado no ano de 2010, destes, 234.798 (98,3%) residentes em área urbana e 4.142 (1,7%) residentes em área rural. Segundo IBGE 2020, Novo Hamburgo possui uma população estimada de 247.032 habitantes, sendo a oitava cidade mais populosa do estado, com área da unidade territorial de 222,536 km² e densidade demográfica de 1.067,55 habitantes por km².

Gráfico 1: Distribuição da população por faixa etária e sexo, Novo Hamburgo, RS, 2000, 2010, 2020.

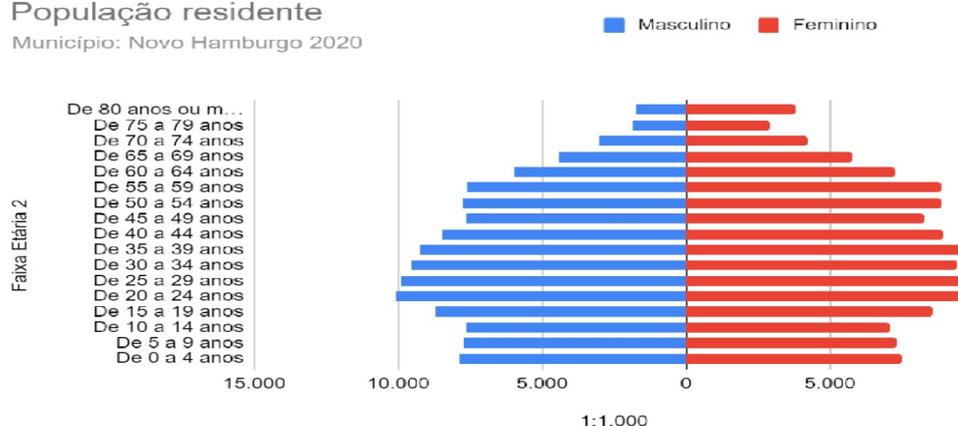
População residente

Município: Novo Hamburgo 2010



População residente

Município: Novo Hamburgo 2020



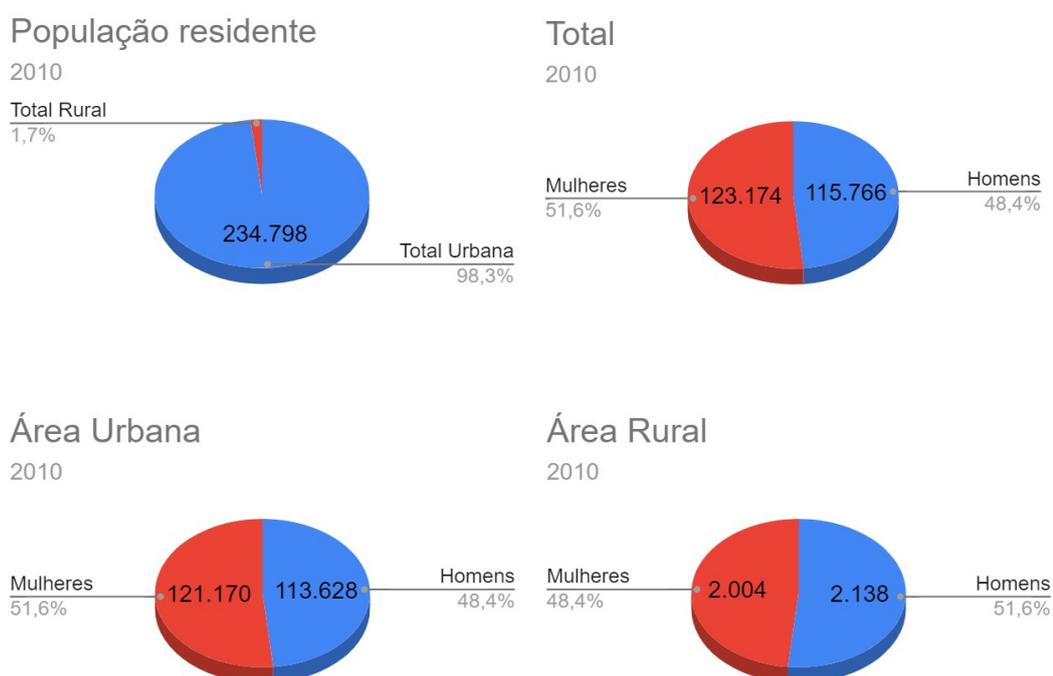
Fonte: IBGE - Censos Demográficos 2000, 2010 e Estimativa 2020.

No gráfico 1, observa-se que o perfil demográfico de Novo Hamburgo no decorrer dos anos vem se modificando, onde na atualidade a maioria da população encontra-se na faixa etária dos 20-40 anos de idade, com diminuição das taxas de nascimento, observando-se um aumento progressivo na expectativa de vida, e consequentemente na proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. Esta mudança observada no município é realidade de várias regiões do País decorrente das diferenças socioeconômicas, culturais, étnicas, de acesso aos serviços de saúde, urbanização entre outras, representando a relevância de se planejar ações específicas à população idosa em todos os níveis de atenção que contribuam para uma longevidade com qualidade de vida.

O gráfico 2 abaixo retrata a partir do Censo IBGE 2010, que na área urbana as mulheres representam a maioria da população hamburguesa (51,6%), enquanto na área rural residem um maior número de homens (51,6%), realidade esta também evidenciada em muitas regiões do Brasil, onde as mulheres estão apresentando

maior expectativa de vida, enquanto em 1980 a mulher vivia, em média, até 65 anos, em 2010 a estimativa subiu para 77 anos de idade, com um menor número de filhos e inserido-se cada vez mais no mercado de trabalho, assumindo muitas vezes a responsabilidade do sustento de suas famílias.

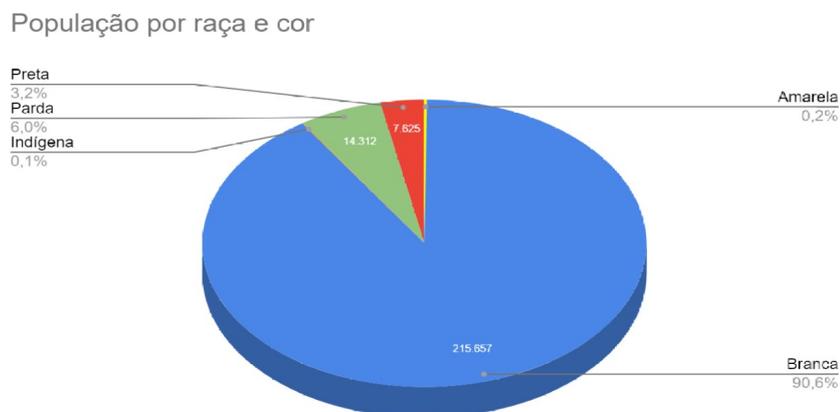
Gráfico 2: População residente, por situação do domicílio e sexo, Novo Hamburgo, RS, censo IBGE 2010.



Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010.

O gráfico 3, demonstra a distribuição da população hamburguesa de acordo com raça e cor, segundo censo IBGE 2010, 90,6% da população se autodeclarou branca, seguido de 6,0% parda, 3,2% preta, 0,2% amarela e 0,1% indígena.

Gráfico 3: Distribuição da população por raça e cor, Novo Hamburgo, RS, censo IBGE, 2010.



Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010.

2.4 Aspectos econômicos

Novo Hamburgo é a terceira cidade do Estado com o maior número de empresas e outras organizações atuantes economicamente. Segundo dados de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município tem 13.211 empresas em operação com um PIB per capita (2018) de R\$38.159,33 e IDHM (2010) de 0,747.

Atualmente, a geração de emprego e renda no município provém majoritariamente do setor de serviços com destaque para o desenvolvimento de design e tendências de moda no ramo calçadista e do comércio, além da indústria do calçado, atualmente em menor escala.

No campo industrial, subsistem fábricas de calçados, máquinas, equipamentos e componentes, algumas de porte importante no seu setor de atuação. Conforme apontado pela Fundação de Economia e Estatística (FEE) em 2013, Novo Hamburgo ocupava a 3ª colocação no ranking da indústria de transformação criativa e na 4ª posição no comércio da indústria criativa. Entende-se por Indústria Criativa aquela que tem ciclos de criação, produção e distribuição de bens ou serviços que usam criatividade e capital intelectual como insumos primários.

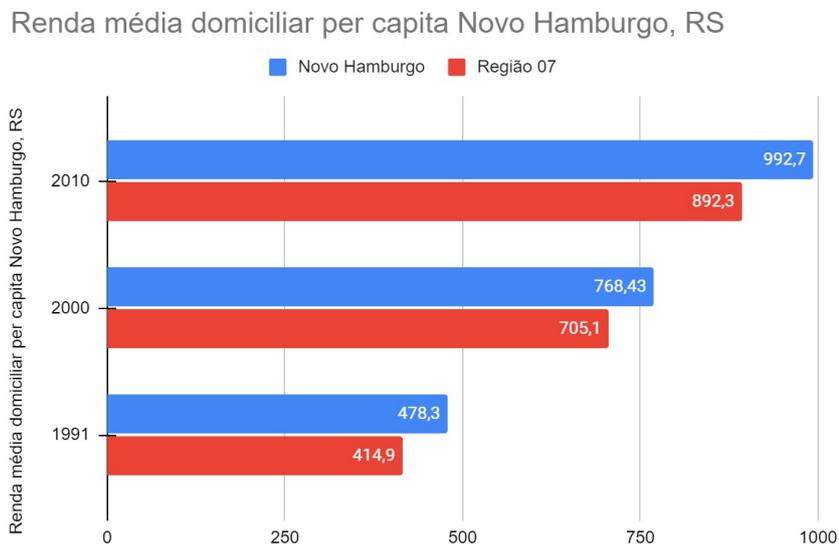
Nessa perspectiva, encontramos designers de moda, jornalistas, web designers, publicitários, entre outros.

A produção rural é predominantemente voltada à lógica da multicultura, no bairro Lomba Grande, onde a atividade agrícola se diversifica para atender demandas urbanas: a produção de hortaliças e frutas sem agrotóxicos, as pequenas agroindústrias de mel, embutidos e produtos naturais, são alguns diferenciais para atender nichos de mercado, comercializados principalmente nas pequenas feiras do produtor e atualmente com a conquista de certificação por parte de algumas agroindústrias familiares possibilitou a expansão da comercialização destes produtos para todo o estado.

As instituições particulares de ensino, como a Universidade Feevale, Instituição Evangélica de Novo Hamburgo (IENH), Universidade Anhanguera, FTEC faculdades, bem como a Fundação Estadual Escola Técnica Liberato Salzano Vieira da Cunha, entre outras, junto a um grande número de escolas de Ensino Fundamental e Médio, contribuem de forma significativa na economia do município.

Dados do IBGE 2019, mostram que o município apresentou um número de pessoas ocupadas de 89.722 (36,4%), com um salário médio mensal dos trabalhadores formais de 2,5 salários-mínimos, condição esta que colocou o município na quarta posição do Estado, em 2020, desde agosto, quando o Brasil voltou a apresentar saldos positivos na geração de empregos. Dados divulgados pelo Cadastro Geral de Emprego e Desemprego (CAGED) do governo federal apontam que, entre agosto e outubro de 2020 Novo Hamburgo criou 4.020 postos de trabalho, tendo figurado sempre entre as que mais geram emprego no Estado: 1ª em agosto; 2ª em setembro; e 3ª em outubro (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO, 2021).

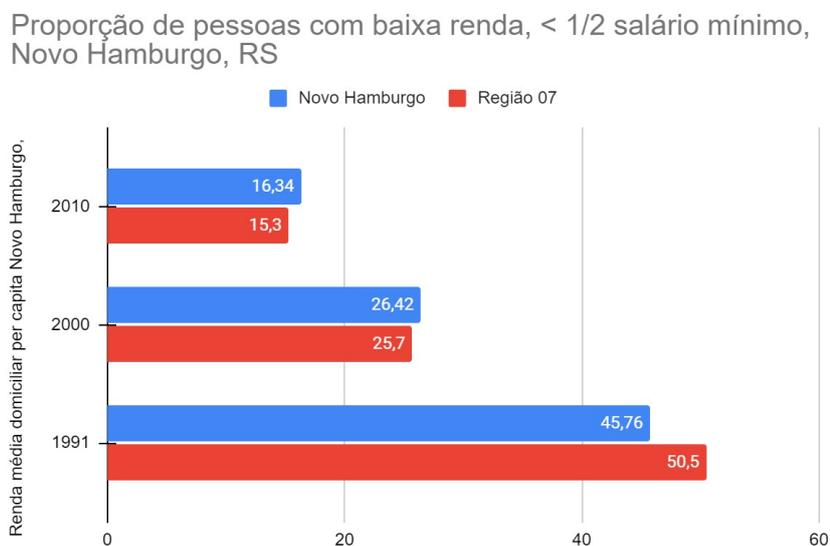
Gráfico 4: Renda média domiciliar per capita Novo Hamburgo, RS 1990, 2000, 2010.



Fonte: IBGE - Censos Demográficos 1991, 2000, 2010.

Analisando a série histórica, no que se refere a renda média domiciliar per capita, o município de Novo Hamburgo vem mantendo-se acima da média dos municípios da região 7, onde no ano de 1991 a média dos municípios da Região 7 ficou em R\$ 414,9 per capita, em 2000 R\$ 705,1 e em 2010 R\$ 892,3.

Gráfico 5: Proporção de pessoas com baixa renda, <1/2 salário-mínimo, Novo Hamburgo, RS 1991, 2000, 2010.



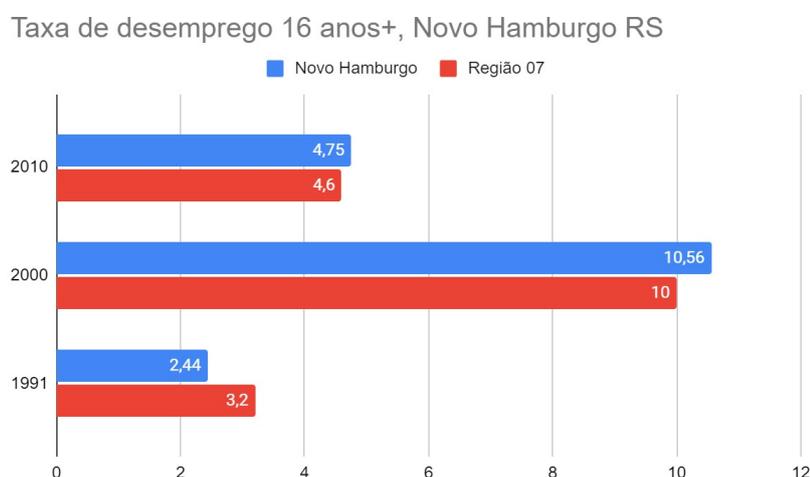
Fonte: IBGE - Censos Demográficos 1991, 2000, 2010.

Em relação a proporção de pessoas com baixa renda, menos de meio salário, o município de Novo Hamburgo, apresentou nos anos de 1991 uma proporção de 45,76 ficando abaixo da média da Região 7 que foi de 50,5 e nos anos de 2000 e 2010, apresentou índices superiores aos da região 26,42 em comparação a 25,7 e 16,34 em comparação à 15,3.

Observa-se que a média geral da proporção de pessoas com baixa renda vem diminuindo ao longo do tempo, o que pode ser explicado pela diminuição da taxa de desemprego, demonstrada no gráfico abaixo, assim como por políticas assistenciais de distribuição de renda como o Programa Bolsa Família.

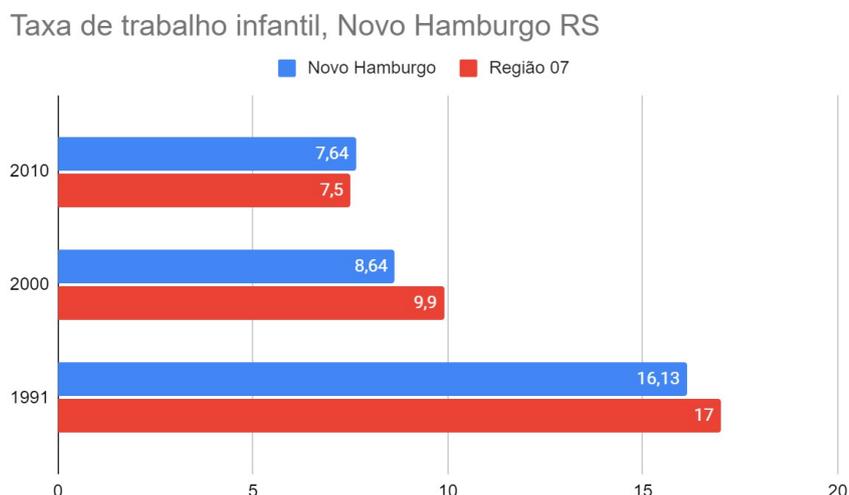
À medida que há um aumento da proporção de população de baixa renda, ocorrem também fragilidades à saúde da população e o aumento da demanda ao SUS, sobrecarregando assim, todos os níveis de atenção à saúde.

Gráfico 6: Taxa de desemprego 16 anos+, Novo Hamburgo RS, 1991, 2000, 2010.



Fonte: IBGE - Censos Demográficos 1991, 2000, 2010.

Analisando o gráfico 6 podemos concluir que houve um aumento significativo da taxa de desemprego no ano 2000, muito provável por consequência da crise do setor calçadista, porém em 2010 esta taxa diminuiu em 55% em relação ao ano 2000. Novo Hamburgo teve sua taxa de desemprego muito próxima à média da região 7, que foi de 4,6. Quanto maior a taxa de desemprego, maiores as chances da saúde da população ser afetada aumentando a demanda por serviços de saúde.

Gráfico 7: Taxa de trabalho infantil, Novo Hamburgo RS, 1991, 2000, 2010.

Fonte: IBGE - Censos Demográficos 1991, 2000, 2010.

Em relação ao trabalho infantil houve uma redução na taxa ao longo dos anos apresentados na série histórica, nos anos de 1991 e 2000, o município de Novo Hamburgo esteve abaixo da média da Região 7 e em 2010 manteve-se muito próximo, conforme gráfico acima.

As crianças e adolescentes vivem um intenso e complexo processo de crescimento, e o trabalho precoce pode causar enormes consequências à saúde destes, comprometendo seu desenvolvimento (BRASIL, 2007). Além disso, as características físicas e psíquicas de crianças e adolescentes são incompatíveis com as atividades exigidas pelo trabalho o que as tornam mais vulneráveis aos riscos e desgastes decorrentes dos processos de trabalho; além de privar a criança de momentos imprescindíveis para a educação, para atividades lúdicas e de lazer, de convívio familiar e comunitário, influenciando negativamente na sua saúde.

2.5 Educação

O Vale do Rio dos Sinos teve forte influência da cultura alemã na agricultura, no artesanato, no comércio, na indústria e na educação. Essa última diferenciando-se muito do restante do Brasil, pelo fato da maioria dos imigrantes alemães serem evangélicos luteranos e demonstrarem muito interesse pela religiosidade e pela educação (SCHEMES, 2006).

Os imigrantes alemães que se estabeleceram na região, a partir das primeiras décadas do século XIX, encontraram os indígenas Kaingang, que habitavam a região entre o Rio dos Sinos e o Rio Caí. Além dos indígenas, a região também contava, em menor número, com habitantes negros, trazidos pelos portugueses para a colonização inicial, assim como espanhóis e, posteriormente, italianos.

Desde sua chegada, em 1824, os primeiros alemães enfrentaram vários desafios. Primeiramente, tiveram de minimizar as dificuldades estruturais encontradas nas áreas coloniais. Para isso, fundaram instituições eclesiais, escolares, associativas, de comércio, indústria e imprensa. Para educar seus filhos, conservar sua identidade étnica, a língua alemã e preservar as tradições culturais herdadas de seus antepassados, deram enorme importância à educação (NOVO HAMBURGO, 2015).

O fato de significativa parcela de imigrantes ser protestante teve profundas implicações culturais, uma vez que os ideais da Reforma Protestante perpetuaram nas regiões coloniais. Um desses ideais dizia respeito à educação, concebida como um direito dos seres humanos. Esse pensamento foi trazido pelos imigrantes alemães para o Brasil e teve impacto no contexto colonial, pois provocou o surgimento de inúmeras escolas comunitárias (Gemeindeschule) no sul do país. Ler a Bíblia, cantar nos cultos ou missas, calcular as áreas de terras semeadas e as colheitas de produtos agrícolas eram atividades imprescindíveis para a sobrevivência social dos imigrantes no Brasil.

Em Novo Hamburgo, as primeiras escolas criadas a partir de 1832 trouxeram uma marca confessional, protestante ou católica: a Evangelisches Stift, de 1886, a escola Comunidade Evangélica de Novo Hamburgo, de 1896, o Colégio Santa Catarina, de 1900, o Colégio São Jacob, de 1914, a Escola Normal Católica São Luiz, de 1929.

Progressivamente, a Rede Municipal de Ensino de Novo Hamburgo (RME/NH) assumiu o princípio universal da oferta da educação pública. As Escolas atualmente atendem as etapas de Educação Infantil, Ensino Fundamental e a modalidade EJA.

Segundo o último censo do IBGE 2010 de um total de 187.287 pessoas com quinze anos ou mais, 17,13% apresentavam como grau de escolaridade sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto, 16,87% apresentavam 1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto, 53,84%, 2º ciclo fundamental completo ou mais. A taxa de analfabetismo era de 3,2% em 2010, ficando abaixo da média da região 7 que é de 3,4 % e, abaixo do Brasil com taxa de analfabetismo de 6,8%.

Esse indicador repercute diretamente na política de saúde à medida que o nível de esclarecimento da população favorece o autocuidado, a adoção de hábitos saudáveis, a compreensão da importância da prevenção e adesão aos tratamentos de saúde, entre outros.

A dificuldade de entendimento de orientações e cuidados em saúde pode interferir nos resultados e requer ações específicas, inclusive com trabalho em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no diagnóstico e encaminhamento dos usuários analfabetos para a adesão aos programas de educação para jovens e adultos.

Conforme Censo Escolar 2020, Novo Hamburgo possui atualmente 89 escolas municipais, destas 52 EMEFs e 37 EMIs, num total de 24.190 alunos, 29 escolas estaduais com 15.902 alunos, 45 escolas privadas com 16.506 alunos e 01 escola federal com 695 alunos, com indicadores de qualidade IDEB 2019: *Anos iniciais: 6,2 e *Anos finais: 5,0 e Rendimento Escolar 2019: Ensino Fundamental: 95,57%.

A Fundação Escola Técnica Liberato Salzano Vieira da Cunha é uma tradicional escola técnica gaúcha, situada em Novo Hamburgo, possui uma estrutura voltada à educação profissional de nível técnico com cerca de 3,5 mil alunos matriculados, provenientes de mais de 50 municípios do Rio Grande do Sul, onde são oferecidos cursos nas áreas de Química, Mecânica, Eletrotécnica e Eletrônica.

Em relação ao ensino de nível superior, Novo Hamburgo possui diversos cursos ofertados através da Universidade FEEVALE, Instituição Evangélica de Novo Hamburgo (IENH), Polo de Educação a Distância da Universidade Luterana do

Brasil (ULBRA), Centro Universitário e Faculdades (UNIFETEC), Universidade Anhanguera, Universidade Aberta do Brasil (UAB), entre outras.

A Secretaria Municipal de Educação (SMED) de Novo Hamburgo defende uma educação que visa ao desenvolvimento do ser humano em todos os seus aspectos, garantindo o direito individual e coletivo ao exercício da cidadania (NOVO HAMBURGO, 2019).

Na perspectiva da educação inclusiva, onde a escola é entendida como um espaço em que cada sujeito é protagonista de sua própria história, que constrói o seu saber na medida de suas possibilidades e potencialidades, a SMED oferece atendimento educacional especializado em 45 Salas de Recursos Multifuncionais que abrangem as escolas de ensino fundamental da Rede Municipal de Ensino. Os estudantes também participam de atendimentos no Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) e em espaço pedagógico que atendem o público-alvo do Atendimento Educacional Especializado (AEE) e os com dificuldades de aprendizagem e de vulnerabilidade social. Destacam-se, ainda, as parcerias com as Secretarias da Saúde e Assistência Social, Associações e Organizações não governamentais com vistas a um trabalho multidisciplinar, aliando estratégias coletivas a partir das quais os processos de intervenção são construídos e trabalhados numa perspectiva intersetorial e com as redes de apoio e minirredes (NOVO HAMBURGO, 2019).

Desde a década de 1980, as Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC) estão inseridas no trabalho pedagógico das escolas de Novo Hamburgo. Atualmente, o CEPIC - Centro Municipal de Tecnologia Educacional - é o espaço pedagógico da SMED/NH responsável por manter a perspectiva de fomento e inserção das tecnologias digitais no processo educacional, em consonância com os contextos atuais, com o intuito de promover a qualificação do processo de ensino e aprendizagem, priorizando o ensino pela pesquisa e o protagonismo do estudante.

2.6. Habitação

Em 1987, o Setor de Assistência Habitacional e o Setor de Saneamento Básico realizaram levantamento dos problemas habitacionais no município. Nas vilas

foram implementadas ações de educação sanitária, extensão de redes de água (unitária e por sistema de ramais), extensão de redes de esgoto e instalação de banheiros híbridos. Uma pesquisa realizada com 2.452 famílias em assentamentos precários constatou a presença de 87% de migrantes, destes, 52,6% residindo há mais de 7 anos no município; 91% das famílias reivindicavam moradia, terreno ou auxílio para as moradias já edificadas.

Atualmente, o setor habitacional está a cargo da Secretaria Municipal de Habitação, criada em 2005, através da Lei Municipal Nº 1299. Através da política habitacional implementada no município foram produzidos lotes, unidades habitacionais e ações voltadas à regularização fundiária. A maior parte dos loteamentos populares se destinou ao reassentamento de famílias que ocupavam áreas de risco, como margens de arroio e faixa de domínio de rodovias. Também foram realizadas remoções, por interesse público, como é o caso de ocupações sobre leito de vias.

A Lei Municipal Nº 1.839/2008 instituiu o Programa de Regularização Fundiária no Município de Novo Hamburgo, e considera, entre outras questões: a regularização fundiária sustentável; a regularização fundiária de interesse social; a regularização fundiária de interesse específico; e o plano de reurbanização específica. O município ainda possui a Comissão de Regularização Fundiária, nomeada através de decreto municipal, está responsável pela análise e aprovação dos planos de regularização fundiária sustentável e consequente emissão de Licença Integrada de Regularização Fundiária (LIRF).

2.7. Abastecimento de Água e Saneamento

Em 17 de junho de 1991, foi constituída a Companhia Municipal de Saneamento - COMUSA, como uma sociedade de economia mista, com capital social acima de 99 % do Município de Novo Hamburgo, com a finalidade de prestar os serviços de abastecimento e esgotamento sanitário em Novo Hamburgo.

Em 03 de dezembro de 1998, a COMUSA assumiu os serviços de abastecimento de Novo Hamburgo, com base em decisão judicial. Naquele

momento, Novo Hamburgo, tinha apenas coleta e tratamento de esgoto doméstico cloacal no Loteamento Mundo Novo, cuja operação a COMUSA assumiu.

Em 1º de junho de 2008, com base na Lei Municipal Nº 1.750 de 26 de dezembro de 2007, a Companhia Municipal de Saneamento - COMUSA foi transformada em autarquia municipal, como órgão da administração indireta do Município, passando a se chamar COMUSA - Serviços de Água e Esgoto de Novo Hamburgo.

A zona urbana de Novo Hamburgo, com exceção do bairro Lomba Grande, e de alguns loteamentos previstos no Plano Diretor de Novo Hamburgo como zonas Especiais com características rurais (exemplos: Loteamento Alpes do Vale e APA Norte até a divisa de Dois Irmãos) é abastecida a partir da captação de água no Rio dos Sinos. Já os loteamentos mais recentes de Lomba Grande, a saber, Jardim da Figueira, Coopserv e Da Lomba, são abastecidos a partir de poços artesianos operados pela COMUSA. Na área urbana de Lomba Grande, as populações residentes utilizam água de poços individuais, uma vez que na formação do loteamento de origem e vocação rural, estes poços foram sendo executados individualmente. Há, em Lomba Grande, algumas escolas, em locais não providos de rede de abastecimento público, que são abastecidos por caminhão-pipa.

A água para o abastecimento da zona urbana de Novo Hamburgo é captada no Rio dos Sinos e tratada atualmente na única ETA - Estação de Tratamento de Água existente, na Rua Coronel Travassos, bairro Rondônia, a partir de onde é distribuída para a área urbana do município, acrescido do Loteamento Integração, na margem leste do Rio dos Sinos junto à ponte da estrada da Integração Leopoldo Petry, excetuando-se do abastecimento o restante da área urbana do bairro de Lomba Grande e áreas acima referidas. O tratamento da água obedece rigorosos padrões definidos pela Portaria nº 888/2021 do Ministério da Saúde, tendo além da desinfecção, e de um controle rígido e extenso sobre os parâmetros de potabilidade, a fluoretação para prevenção às cáries.

Atualmente a COMUSA disponibiliza rede de abastecimento para 98% da população de Novo Hamburgo. Entretanto tem um percentual representativo da

população que não se utiliza do abastecimento público, utilizando-se de água de fontes alternativas, no caso poços artesianos. Com base em levantamento feito pela COMUSA em 2003, mais de 13.000 pontos de ligação de água da COMUSA não se utilizavam da água pública, utilizando-se de fonte alternativa, no caso poços artesianos, sem nenhum tratamento. Esta situação é ímpar no país, e decorre de uma herança anterior à municipalização, onde a operadora anterior não acompanhou o crescimento populacional das décadas de 1970 e 1980 com a infraestrutura de redes e de tratamento.

Todos os loteamentos aprovados a partir do momento que a COMUSA assumiu os serviços em Novo Hamburgo, tem rede coleta de esgoto sanitário (doméstico ou cloacal) e tratamento do esgoto, na atualidade cerca de 18 loteamentos possuem coleta e tratamento de esgoto operados pela COMUSA, totalizando em torno de 5.400 economias atendidas com este serviço, o que corresponde a cerca de 6% da população. O último loteamento que entrou em operação a sua Estação de Tratamento de Esgoto - ETE foi a Vila Palmeira. A Estação de Tratamento de Esgoto - ETE Roselândia, logo estará em operação, o que aumentará o atendimento para acima de 7% da população. A Estação de Tratamento de Esgoto Luiz Rau, já está com o licenciamento ambiental preliminar, que atenderá numa primeira etapa aproximadamente 50% da população de Novo Hamburgo.

2.8. Resíduos Sólidos

O município de Novo Hamburgo possui um PMGIRS (Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos), atualmente conta com dois tipos de coleta: a domiciliar e a seletiva. A coleta seletiva é realizada por duas cooperativas de catadores, que se dividem por bairros de atuação, atendendo o roteiro pré estabelecido. Este tipo de coleta denominada seletiva, visa o recolhimento específico de materiais secos, como papéis, plásticos, metais e vidros, realizando até mesmo o recolhimento de lixo eletrônico.

As cooperativas realizam a coleta em 22 dos 25 bairros do município, pelo menos uma vez por semana, com exceção do Centro que possui coleta de segundas às sextas-feiras. Os bairros Roselândia, São José e São Jorge, não são atendidos por este tipo de coleta. Todo o material recolhido é enviado para os galpões de triagem, onde ocorrem a separação por tipo de material e do rejeito, material que não pode ser reaproveitado, além do armazenamento dos materiais para comercialização.

A coleta domiciliar é realizada por empresa contratada pela Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo, que realiza a coleta de resíduos domiciliares em todos os bairros, três vezes por semana, com exceção da parte central da cidade (Centro, Rio Branco e Pátria Nova), que possui coleta de segunda a sábado. Este tipo de coleta é voltada ao recolhimento dos resíduos orgânicos, secos (quando não separados), e outros resíduos provenientes do uso domiciliar (restos de construções, galhos, móveis velhos, não se enquadram nesta coleta por serem considerados resíduos extradomiciliares). Todos os resíduos coletados na coleta domiciliar, são transportados primeiramente até a Central de Triagem do Bairro Roselândia, onde passam pelo processo de separação. Assim que coletado os resíduos pelo caminhão compactador, o mesmo se dirige até a Central, onde descarregam os resíduos no fosso de recepção.

Na central de triagem, ocorre a atuação de outra cooperativa que é responsável pela realização do serviço de triagem dos materiais coletados na coleta domiciliar. Assim que o resíduo é disposto no fosso de recepção, o mesmo é encaminhado até uma das três esteiras de triagem, através de auxílio de uma espécie de funil. Nas esteiras os cooperados se dividem pelo espaço, rasgando os sacos plásticos e separando os materiais por categoria, sendo assim, o que conseguem triar é armazenado em tonéis, enquanto os resíduos não reaproveitados vão sendo levados pela esteira até a área de transbordo. Os resíduos dispostos na área de transbordo são destinados até aterro sanitário indicado pelo município com o auxílio de carretas.

Diariamente em média, são coletados cerca de 180 toneladas de resíduos domiciliares, representando em média 4700 toneladas coletadas mensalmente.

Dentro deste total cerca de 200 toneladas são reaproveitadas mensalmente, após a triagem dos resíduos pela cooperativa que atua na central de triagem. Enquanto as cooperativas da coleta seletiva reaproveitam mensalmente cerca de 110 toneladas.

2.9 Mobilidade Urbana

O Plano Diretor de Mobilidade Urbana tem como visão de futuro que Novo Hamburgo alcance uma mobilidade mais sustentável que a atual, os objetivos abaixo definem as linhas estratégicas de atuação:

- Fomentar um urbanismo que favoreça os deslocamentos não motorizados;
- Converter o pedestre no protagonista dos deslocamentos de vizinhança;
- Favorecer e valorizar o uso da bicicleta;
- Converter o transporte coletivo no principal meio de transporte da mobilidade na cidade;
- Regular a circulação de veículos motorizados;
- Melhorar a segurança viária;
- Fazer da formação dos gestores públicos e da informação ao cidadão as chaves para uma mobilidade sustentável.

A fim de alcançar tais objetivos a seguir serão apresentadas as diretrizes propostas para o PlanMob de Novo Hamburgo, a estruturação da proposta considera seis temáticas:

Planejamento Urbano: A relação entre o planejamento urbano e a mobilidade é intrínseca. O modelo de cidade e de crescimento urbano possui impacto direto nas pautas de mobilidade. Por essa razão o plano de mobilidade deve ter uma estreita relação com o plano diretor municipal e as demais normas de ordenamento territorial. As diretrizes voltadas para o planejamento urbano devem favorecer os deslocamentos não motorizados e o transporte coletivo. O objetivo é favorecer uma cidade onde a configuração urbana não obrigue à população a realizar grandes deslocamentos.

Pedestres: Em Novo Hamburgo o número de deslocamentos em veículos privados motorizados para realizar percursos de até 5 minutos corresponde a 4% dos deslocamentos, estando muito acima do que seria desejável. O PlanMob busca

inverter esta tendência e converter o pedestre no protagonista dos deslocamentos de vizinhança.

Bicicletas: O Plano de Mobilidade define como objetivo a promoção de meios de transportes alternativos como a bicicleta. Atualmente em Novo Hamburgo, a bicicleta não é um meio de transporte muito utilizado (1,7% na divisão modal, o equivalente a 10.225 deslocamentos ao dia). Tal fato pode ser explicado em razão da topografia acidentada da cidade. No entanto, o uso da bicicleta possui potencial para recuperar o seu espaço na cidade, principalmente nos bairros mais planos. Para isso, segurança é um item fundamental. São necessários dois requisitos básicos para os ciclistas: poder circular e estacionar com total segurança. O plano propõe que os ciclistas disponham de espaços de uso exclusivo ou compartilhado com outros meios de transporte, desde que seja de forma pacífica e segura. Assim como, os ciclistas devem igualmente dispor locais onde possam estacionar, de forma segura, suas bicicletas.

Transporte Coletivo: A melhoria do transporte coletivo é uma prioridade do Plano Diretor de Mobilidade Urbana. A fim de modificar a divisão modal atual, é necessário que o transporte público aumente a sua demanda, o que significa que é preciso melhorar globalmente o sistema existente. Dispor de um bom sistema de transporte coletivo é fundamental para que a divisão modal da cidade seja favorável aos modos de transporte sustentáveis.

Transporte Privado Motorizado: O uso do veículo privado foi o meio de transporte que mais cresceu durante os últimos anos. A situação ainda não é grave, apesar de já apresentar sutis conflitos. Considerando o cenário futuro “Tendencial” a situação poderá vir a ser grave no curto/médio prazo. Desta forma o plano de mobilidade deve romper com esta tendência, apostando em outros meios de transporte e racionalizando o uso do veículo privado.

Gestão da Mobilidade Urbana: Para o desenvolvimento de todas as propostas do plano, é necessário planejar a sua gestão. Neste sentido, é necessário identificar os gestores responsáveis pela implementação do plano, bem como dotá-los de

ferramentas adequadas para que possam realizar seu trabalho em condições adequadas. Governança do Plano.

3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

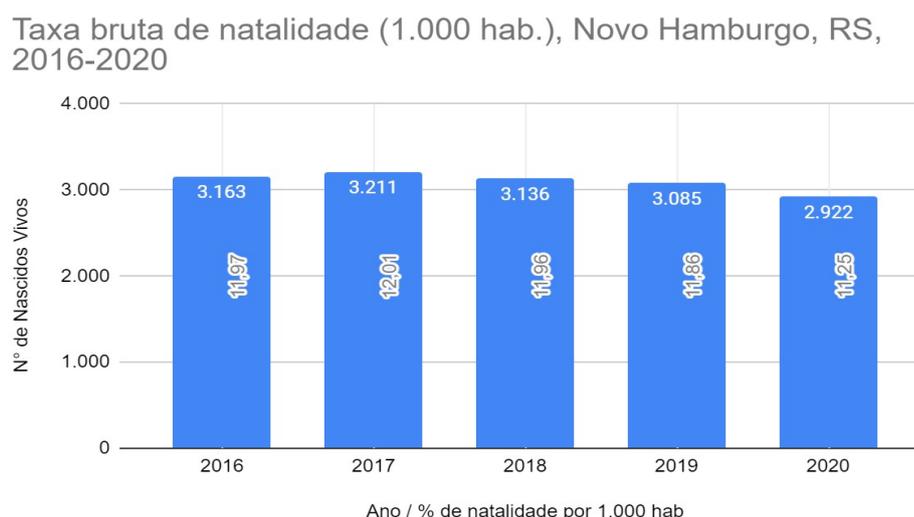
3.1 Dados epidemiológicos

O perfil epidemiológico reflete a qualidade de vida da população, a assistência à saúde prestada em todos os ciclos da vida e o comportamento das doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis.

3.1.2. Nascimento

Em relação a taxa de natalidade, conforme gráfico 8, Novo Hamburgo segue próximo a média regional que é de 13 nascidos vivos para cada 1.000 habitantes, as ações de planejamento familiar devem ser mantidas, o que não se resume somente a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada. É preciso ampliar a abordagem para outras dimensões que contemplem a saúde sexual em diferentes momentos do ciclo de vida e também para promover o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens.

Gráfico 8: Taxa bruta de natalidade (1.000 hab.), Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

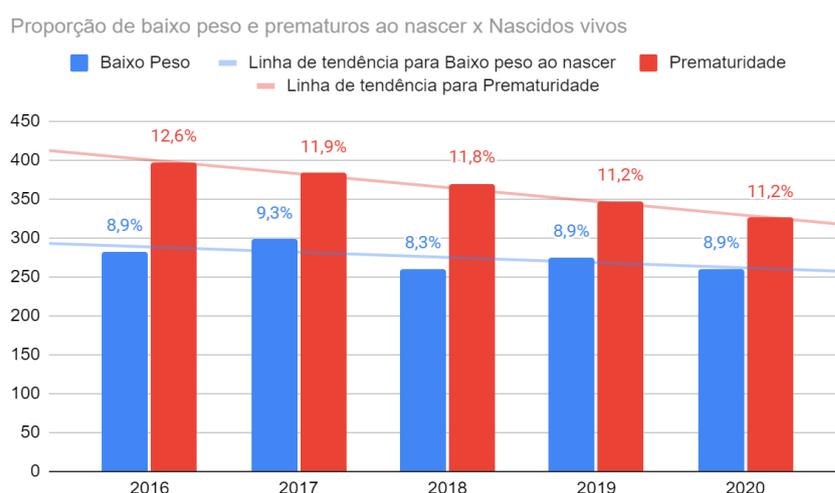


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

O gráfico 9 apresenta uma série histórica do município em relação a prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos.

Um indicador importante que serve como preditor da sobrevivência infantil é o percentual de nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Valores de baixo peso ao nascer em torno de 5-6% são encontrados em países desenvolvidos. Convenções internacionais estabelecem que essa proporção não deve ultrapassar 10%, proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil.

Gráfico 9: Proporção de baixo peso e prematuros ao nascer x nascidos vivos, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.



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

Recentemente, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Previne Brasil, por meio da Portaria nº 2.979/2019, propondo a implementação de um novo modelo de financiamento federal para o custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), neste Programa uma das modalidades de repasse financeiro do MS para a APS é o pagamento por desempenho, atrelado à avaliação de alguns indicadores.

O indicador de proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação, compõe o rol de indicadores deste Programa, ele permite verificar o acompanhamento adequado da gestante ao longo do pré-natal, com consultas em quantidade e qualidade suficientes (entre outros elementos), é capaz de identificar problemas pré-existent

e aqueles desenvolvidos ao longo da gestação, propiciando diagnóstico precoce e tratamento apropriado. Isso aumenta as chances de uma gravidez saudável com o desenvolvimento correto do feto e um parto no tempo certo.

Em relação a série histórica municipal deste indicador, observa-se na tabela abaixo que Novo Hamburgo atingiu nestes anos o parâmetro $\geq 80\%$ preconizado pelo Programa.

Tabela 1: Número de nascidos vivos relacionados com número de consultas e Pré Natal, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Ano do Nascimento	Nenhuma	De 1 a 3 consultas	De 4 a 6 consultas	7 ou mais consultas	Ignorado	Total
2016	15	108	489	2.550 (80,59%)	2	3.164
2017	14	96	467	2.636 (82,04%)	0	3.213
2018	19	88	390	2.634 (83,86%)	10	3.141
2019	20	84	370	2.604 (84,40%)	7	3.085
2020	26	106	325	2.462 (84,26%)	3	2.922

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

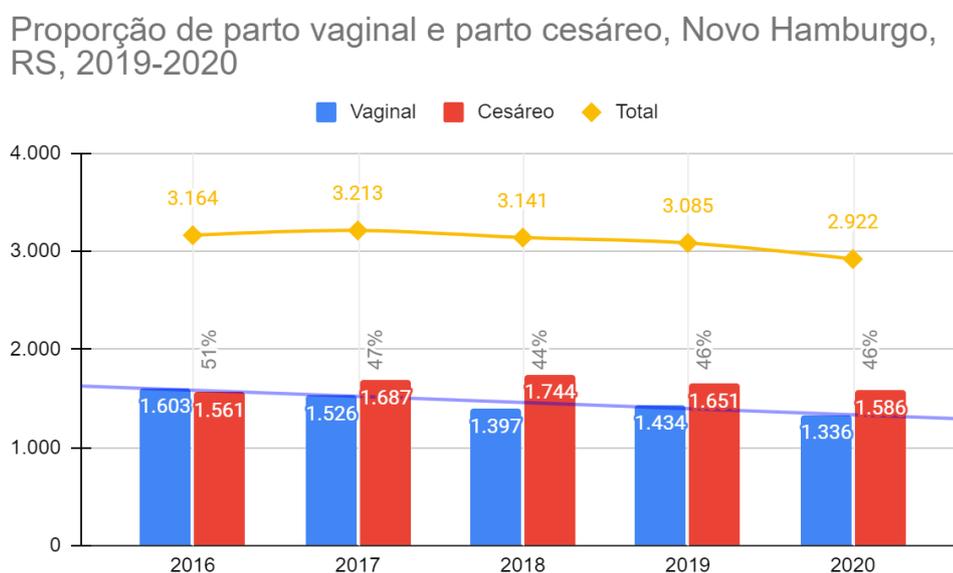
No gráfico 10 abaixo, verifica-se que no ano de 2016, o número de partos vaginas foram superiores ao número de partos cesáreos, 51% e 49% respectivamente, nos demais anos o percentual de partos vaginais sofreu redução para 47%, 44% e 46% respectivamente.

Este indicador é de extrema relevância, pois avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto. O parto normal traz benefícios tanto para mãe quanto para o bebê, pois trata-se de uma técnica que respeita o momento exato do nascimento da criança, além de apresentar uma recuperação mais rápida para a puérpera e sem complicações. Já a cesariana é uma alternativa caso ocorram complicações no decorrer da gestação ou na hora do parto natural, quando há

algum fator que coloca em risco a saúde da mulher, do bebê ou de ambos, porém a recuperação da puérpera é mais longa (UNICEF, 2017).

A decisão a respeito da via de parto é motivada por inúmeros fatores, algumas mulheres são influenciadas pelas suas experiências anteriores ou por pessoas próximas a elas, principalmente familiares, a partir de suas vivências e experiências com partos, até mesmo sobre influência da mídia e de profissionais de saúde (SILVA, 2018).

Gráfico 10: Proporção de parto vaginal e parto cesáreo, Novo Hamburgo, RS, 2019-2020.

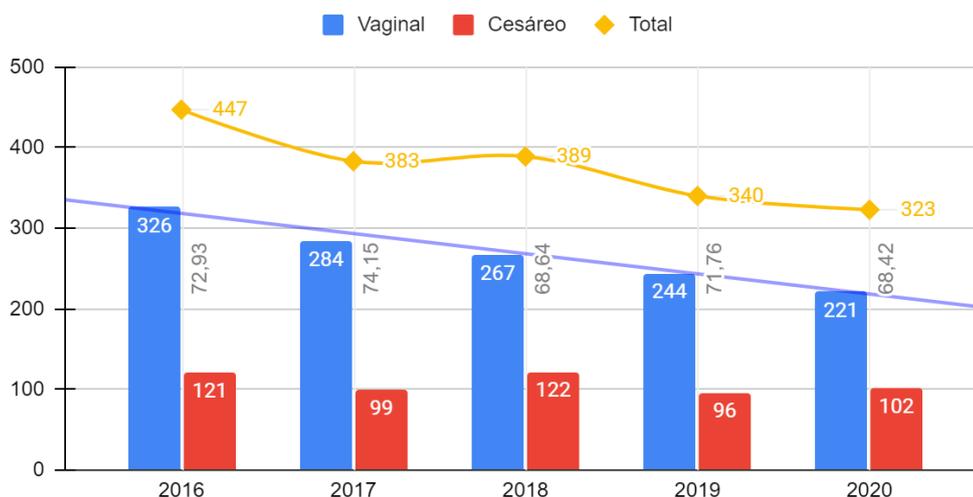


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

O gráfico 11 abaixo, retrata a proporção de parto vaginal e cesáreo entre adolescentes, onde o parto vaginal prevaleceu em relação ao parto cesáreo em todos os anos da série histórica, e também em comparação ao gráfico anterior observa-se que a proporção de parto vaginal entre adolescentes é maior quando comparadas às mulheres adultas. O monitoramento da proporção de parto vaginal na faixa etária de 10 a 19 anos e parto cesáreo, tem o objetivo de nortear as ações de saúde nos territórios, nas Unidades de Atenção Primária, nas escolas com adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) e maternidades.

Gráfico 11: Proporção de parto vaginal e parto cesáreo entre adolescentes de 10 a 19 anos, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Proporção de parto vaginal e parto cesáreo entre adolescentes de 10 a 19 anos, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.



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

3.1.3 Morbidade

Atualmente, estudos interdisciplinares têm demonstrado que a experiência da enfermidade é um fenômeno complexo, conjugando fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais, que muitas vezes são estudados como perfis de risco e necessariamente não trazem o entendimento do adoecer para os sujeitos. Entretanto, o conhecimento da morbidade dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, e o perfil de adoecimento de determinada população são parâmetros básicos para o estabelecimento das necessidades de saúde e elaboração de medidas de prevenção de doenças e agravos, assim como de promoção e recuperação da saúde.

3.1.3.1 Agravos de Notificação Compulsória

A lista de agravos ou doenças de notificação compulsória atualmente está definida pela Portaria nº 204/ fevereiro de 2016. Conforme tabela abaixo, dos agravos notificados de residentes no município de Novo Hamburgo, nos anos de

2016 a 2020, o mais frequente foi atendimento antirrábico humano, seguido de Síndrome Respiratória Aguda (SRAG) e AIDS.

Tabela 2: Número absoluto de notificação do município de Novo Hamburgo/RS de agravos ou doenças de notificação compulsória.

Agravos Notificados	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Atendimento antirrábico	658	653	632	642	528	3113
SRAG	23	05	13	17	1643	1701
AIDS	696	308	284	307	147	1742
Tuberculose	119	135	158	171	143	726
Violência interpessoal/autoprovocada	43	54	164	213	100	574
Sífilis não especificada	92	106	123	123	124	585
Hepatites virais	107	104	153	128	72	564
Criança exposta HIV	53	140	56	46	25	437
Acidente de trabalho com exposição a material biológico	49	34	46	39	46	214
Meningite	41	33	54	44	12	184
Sífilis em gestante	44	41	52	58	50	200
Leptospirose	28	36	49	53	26	192
Sífilis congênita	26	50	41	63	23	203
Gestante HIV	25	36	51	34	29	175
Dengue	175	37	19	56	41	328
Doença aguda pelo vírus zika	85	11	05	13	02	125
Febre de chikungunya	41	21	05	18	06	91
Varicela	0	15	42	10	02	69
Caxumba (parotidite epidêmica)	43	12	07	03	00	75
Eventos adversos pós-vacinação	11	14	12	11	26	74
Intoxicação exógena	08	11	05	08	10	42
Acidente por animais peçonhentos	08	05	07	05	11	36
Doenças exantemáticas	07	00	14	06	07	34
Coqueluche	01	13	03	03	01	21

Toxoplasmose	01	02	08	03	12	26
Toxoplasmose congênita	00	01	01	03	02	11
Malária	00	00	04	01	00	05
Paralisia flácida aguda Poliomielite	00	00	00	01	02	03
Hantavirose	00	00	00	00	02	02
Febre Amarela	01	01	00	01	00	03
Tétano acidental	00	00	00	00	01	01
Acidente de trabalho grave	01	01	00	00	00	02
Hanseníase	00	01	00	00	01	02
Leishmaniose visceral	00	00	00	01	01	02
Doença de creutzfeldt-jacob	01	00	00	00	00	01

Fonte: SINAN/TABWIN

Em números absolutos, as notificações por Atendimento Antirrábico Humano se mantiveram constantes de 2016 a 2019, apresentando uma queda no ano de 2020; tal queda pode estar relacionada com a diminuição da circulação das pessoas devido à Pandemia da Covid-19. Em todos os anos analisados, a principal espécie agressora foi a canina, seguida da felina. O tipo de tratamento indicado mais frequente foi a observação do animal (se cão ou gato), seguido da indicação de vacina antirrábica somada à observação do animal. No município, a vacina antirrábica é disponibilizada na Casa de Vacinas.

A notificação e investigação dos casos hospitalizados e/ou óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) possibilita a vigilância da Influenza desde 2009 e, a partir de 2020 com a transmissão comunitária do Sars-CoV-2 no Brasil, possibilita a vigilância de todos os casos suspeitos e/ou confirmados de Covid-19 que necessitam de internação ou os casos de óbito. Em 2019, dentre os 17 casos de SRAG notificados, três tiveram a confirmação laboratorial de infecção por Influenza; nos demais casos ocorreu a identificação de outros vírus, de outro agente etiológico não viral ou não nenhum agente infeccioso foi identificado. Em 2020, dos 1643 casos de SRAG, 1.048 foram casos confirmados de Covid-19, os demais ocorreram por outro agente etiológico ou não foi identificado nenhum agente

infeccioso. Destaca-se que dentre o total dos casos de SRAG por Covid-19, o percentual de óbitos foi de 33,97% (356 casos).

Em relação aos números totais do Agravo Aids na série histórica apresentada na Tabela 2, cabe ressaltar que desde 2014, conforme Portaria Nº 1.271/GM/MS, de 6 de junho de 2014, a Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) passou a integrar a lista dos Agravos de Notificação Compulsória (BRASIL, 2014), até então só era compulsória a notificação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids); sendo que é utilizada a mesma ficha de notificação para HIV e Aids, na tabela encontram-se somados na linha AIDS. Entre 2016 e 2020, ocorreu diminuição do número de casos HIV/Aids, com exceção do ano de 2019 que apresentou aumento quando comparado a 2018. A infecção pelo HIV apresentou diminuição em números absolutos em todos os anos, sendo igual a 479 casos em 2016, 234 em 2017, 137 em 2018, 118 em 2019 e 81 em 2020. Ao comparar com os dados do Rio Grande do Sul (RS), o número total de casos de infecção pelo HIV do RS também apresentou redução no mesmo período. Já a taxa de detecção de Aids por 100.000 habitantes foi maior em 2018, sendo igual a 49,1 casos/100 mil habitantes; e a menor taxa ocorreu em 2020, igual a 25,5 casos/ 100 mil habitantes. As taxas de detecção de Aids de Novo Hamburgo de 2016 a 2019 são sempre superiores às taxas do RS e do BR (os dados de 2020 do BR e do RS ainda não estão disponíveis) (BRASIL, 2020).

Entre 2016 e 2019, ocorreu aumento do número de casos de Tuberculose em Novo Hamburgo, já em 2020 o número de casos foi menor se comparado a 2018 e 2019. Em todos os anos, a maioria dos casos notificados foram de casos novos da doença. O percentual de abandono ao tratamento da Tuberculose dentre todos os casos notificados é um indicador que vem aumentando ao longo da série histórica, em 2016 4,67% dos casos notificados abandonaram ao tratamento, em 2017 9,6%, em 2018 9,52%, em 2019 10,3%, já em 2020 o percentual de abandono chegou a 13,87%. Ressalta-se que o abandono ao tratamento da Tuberculose auxilia o ciclo de transmissão da doença, é fator de risco para o desenvolvimento da Tuberculose Multirresistente e impacta na morbimortalidade pela doença.

Em relação à Violência interpessoal/autoprovocada, conforme dados da Tabela 2, nota-se crescimento no número de total de casos de 2016 a 2019 e redução em 2020 (quando comparado a 2018 e 2019). Os números absolutos do RS também demonstraram crescimento no mesmo período. A Tabela 3 abaixo, apresenta a taxa de notificação por tipo de violência por 100.000 habitantes, a taxa de violência geral apresentou crescimento de 500,11% entre 2016 e 2019. A taxa de notificação de lesão autoprovocada foi o tipo de violência com maior crescimento no período, foi de 0,8/100 mil habitantes em 2016 para 50,31/100 mil habitantes em 2019. A violência psicológica apresentou redução de 5,62/100 mil habitantes em 2016 para 3,24/100 mil habitantes em 2020. Já a taxa de violência física chegou a 53,97/100 mil habitantes em 2018 e a violência sexual apresentou maior taxa em 2017, igual a 13,24/100 mil habitantes.

A Meningite apresentou o maior número de casos suspeitos notificados em 2018, dos 54 casos, 51 casos foram confirmados, desses 24 foram de etiologia viral e somente 3 casos foram de Doença Meningocócica (a qual pode se apresentar em três formas clínicas distintas: meningite meningocócica, meningococemia e meningite meningocócica com meningococemia). Dentre as meningites, a Doença Meningocócica é a de maior relevância para a Saúde Pública, devido à possibilidade de causar casos secundários e o seu potencial de causar surtos. Na série histórica apresentada, o ano de 2016 foi o ano com maior incidência de casos de Doença Meningocócica, 4 casos.

Em relação a Leptospirose, o ano de 2019 registrou a maior taxa de incidência pela doença, igual a 8,1 casos/100.000 habitantes. No mesmo ano foram registrados dois óbitos pela doença, sendo que a taxa de letalidade foi igual a 13,33%. Nos outros anos da série histórica não foram registrados óbitos pela doença. Destaca-se que a maioria dos casos de leptospirose ocorre em indivíduos que residem ou trabalham em áreas com infraestrutura sanitária precária e com exposição à urina de roedores.

Quanto às doenças imunopreveníveis, dos casos notificados de Coqueluche entre 2016 e 2020, somente 2017 e 2019 tiveram casos confirmados da doença. Em 2017, ocorreram 4 casos confirmados e em 2019 ocorreu 1 caso confirmado. Já dos

casos notificados/suspeitos de Doenças Exantemáticas, não ocorreu nenhum caso confirmado de Sarampo e nem de Rubéola entre 2016 e 2020.

Dentre os casos notificados de Dengue nos cinco anos analisados, 2016 apresentou o maior número de casos confirmados (11 casos), seguido de 2020 (10 casos confirmados). O único ano que apresentou casos confirmados pelo Zika Vírus foi 2016 (19 casos). Já casos confirmados de infecção por Chikungunya ocorreram em 2016 (2 casos) e em 2017 (1 caso).

Tabela 3: Taxa de notificação por tipo de violência (100.000 hab.), Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

NOTIFICAÇÃO VIOLÊNCIA		ANO DE OCORRÊNCIA				
		2016	2017	2018	2019	2020
TIPO DE VIOLÊNCIA	SEXUAL	9,23	13,24	7,71	10,94	7,29
	NEGLIGÊNCIA	2,41	1,61	0,81	2,03	0,4
	LESÃO AUTOPROVOCADA	0,8	4,01	50,31	62,41	23,48
	PSICOLÓGICA	5,62	4,82	7,3	2,84	3,24
	FÍSICA	8,43	6,42	53,97	27,56	9,31
VIOLÊNCIA GERAL		17,26	21,67	66,54	86,32	40,48

Fonte: SINAN/TABWIN

A notificação de violências interpessoal e autoprovocada foi implementada em 2006, e em 2011 passou a ser compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados.

A notificação de violência surgiu com o objetivo de dar visibilidade a esse fenômeno, que se constitui enquanto problema social, de saúde e de segurança pública.

Na série histórica acima, o tipo de violência mais notificada foi lesão autoprovocada (43,2%), seguida de violência física (32,4%), sexual (14,8%), psicológica (7,3%) e negligência (2,3%).

É importante ressaltar que a vigilância epidemiológica de violências pretende, além de obter informações sobre as características desses agravos, subsidiar ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas numa perspectiva intersetorial e com base no direito à saúde e à vida. Busca-se, assim, incentivar a formação de redes de atendimento às pessoas vítimas de violências e Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde e, dessa forma, garantir atenção integral, promoção da saúde e cultura de paz.

A violência precisa ser analisada na perspectiva da sociedade que a produziu, pois o fenômeno se nutre de fatos políticos, econômicos e culturais traduzidos nas relações cotidianas que, por serem construídos por determinada sociedade, e sob determinadas circunstâncias, podem também por ela ser desconstruídos e superados. Estudos sobre o tema têm apontado que, ao mesmo tempo em que fatores biológicos e individuais explicam algumas das predisposições à agressão, é mais frequente que esses interajam com aspectos familiares, comunitários, culturais e outros fatores externos para, assim, criar uma situação propícia à violência (DAHLBERG, 2007).

3.1.3.2 Morbidade Hospitalar

As taxas e causas de hospitalização são importantes indicadores da qualidade da assistência oferecida e da resolubilidade ambulatorial. Dentre esses indicadores, as internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) são de fundamental relevância para avaliar o acesso, a qualidade e a efetividade dos serviços prestados na atenção básica.

As internações por CSAB são indicadores indiretos da efetividade do primeiro nível de atenção do sistema de saúde, pressupondo que as pessoas internadas por condições potencialmente evitáveis não receberam atenção de saúde efetiva em momento oportuno, levando a um agravamento de sua condição clínica, exigindo a hospitalização (NEDEL et al., 2010). Altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo(s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência.

(ALFRADIQUE et al., 2009). Estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde, (ALFRADIQUE et al., 2009).

Em Novo Hamburgo, conforme tabela 4 abaixo constatou-se que a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, vem diminuindo ao longo dos anos, ficando abaixo da média do estado RS que foi de 26,21% em 2017 e muito próximo a média da região 7 que foi de 21,68% em 2017.

Tabela 4: Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Ano	Total geral de internações	Total de internações por ICSAB	Proporção
2016	5.342	1.216	22,76%
2017	5.327	1.192	22,38%
2018	4.650	910	19,57%
2019	4.713	905	19,2%
2020	4.741	711	15%

Fonte: Portal BI - Informações de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Business Intelligence).

Tabela 5: Taxa de internações pelo SUS da população residente (10.000 habitantes), por Capítulo da CID (10.000 habitantes), Novo Hamburgo, RS, 2016 a 2020.

Capítulo CID-10	2016		2017		2018		2019		2020	
	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa	Intern.	Taxa
XV. Gravidez parto e puerpério	2.591	104,00	2.513	100,84	2.516	102,09	2.457	99,57	2.286	92,54
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.989	79,84	2.160	86,67	2.441	99,05	2.352	95,32	1.830	74,08
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1.945	78,07	1.916	76,88	1.680	68,17	1.694	68,65	1.527	61,81
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.206	88,55	1.807	72,51	1.470	59,65	1.385	56,13	947	38,33
II. Neoplasias	1.273	51,10	1.372	55,05	1.456	59,08	1.665	67,48	1.359	55,01

(tumores)										
X. Doenças do aparelho respiratório	1.560	62,62	1.487	59,67	1.293	52,46	1.243	50,37	915	37,04
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	456	18,30	565	22,67	460	18,66	501	20,30	1.238	50,11

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

Gravidez, parto e puerpério apresentaram a maior taxa de internação pelo SUS, no ano de 2020, 92,54 por 10.000 habitantes, seguido de doenças do aparelho circulatório (74,08), causas externas (61,81), neoplasias (55,01), doenças infecciosas e parasitárias (50,11) que tiveram seu índices aumentados em 147% em 2020, devido às internações pela COVID-19, doenças do aparelho digestivo (38,33) e doenças do aparelho respiratório (37,04).

Tabela 6: Principais causas de internações no SUS da população residente, por grupo etário e capítulos do CID (%), Novo Hamburgo, RS, 2020.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (48,3%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (17,0%)	XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas (8,2%)	X. Doenças do aparelho respiratório (5,9%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (4,91%)
01-09	X. Doenças do aparelho respiratório (18,8%)	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (13,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,6%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (11,0%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (7,6%)
10-19	XV. Gravidez, parto e puerpério (37,9%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (16,8%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (11,0%)	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (9,9%)	XIV. Doenças do aparelho geniturinário (3,8%)
20-29	XV. Gravidez, parto e puerpério (59,4%)	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (12,2%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (9,2%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (5,1%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (2,6%)
30-39	XV. Gravidez, parto e puerpério (38,9%)	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (14,7%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (10,6%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (7,5%)	II. Neoplasias (tumores) (5,7%)
40-49	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (18,3%)	II. Neoplasias (tumores) (12,7%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (10,9%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (10,9%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,4%)

50-59	IX. Doenças do aparelho circulatório (23,4%)	II. Neoplasias (tumores) (23,4%)	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (12,6%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (10,2%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (8,7%)
60-69	IX. Doenças do aparelho circulatório (25,9%)	II. Neoplasias (tumores) (20,5%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (12,8%)	X. Doenças do aparelho respiratório (9,6%)	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (9,6%)
70-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (29,4%)	II. Neoplasias (tumores) (15,0%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,8%)	X. Doenças do aparelho respiratório (11,7%)	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (9,9%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (27,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (17,0%)	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (14,3%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (14,0%)	II. Neoplasias (tumores) (9,4%)

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

Quando analisamos as internações, neste mesmo período por faixa etária, observamos que as doenças do aparelho circulatório aparecem como a primeira causa de internação no ano de 2020 na população com idade maior de 50 anos, sendo o infarto agudo do miocárdio (34,52%) o mais prevalente, seguido de outras doenças isquêmicas do coração (33,39%). Quanto ao sexo, as internações por este capítulo da CID foram mais frequentes no sexo masculino (55,8%) em relação as mulheres (44,2%).

As internações por gravidez, parto e puerpério foram predominantes na faixa etária de 10 a 39 anos, analisando mais detalhadamente a questão da gravidez na adolescência, a faixa etária de 10-19 anos de idade apresentou (37,9%) das internações por este capítulo da CID.

Ainda na faixa etária dos 10 aos 49 anos preocupa o aumento das internações por transtornos mentais e comportamentais, estes, constituem-se na segunda causa de internação para pessoas na faixa etária de 10 a 19 anos (16,8%) e na terceira causa para aqueles de 20 a 49 anos, há que se considerar que esses dados podem estar correlacionados com a Pandemia COVID-19, com impactos psicológicos desencadeados pelas preocupações com as perdas financeiras, sociais e temporais resultantes do contexto da Pandemia. Este cenário gera incertezas em relação à capacidade de controle dos sujeitos e aos modos de enfrentamento da

doença, ao excesso de informações equivocadas e a dificuldade de compreensão e internalização das orientações das autoridades sanitárias. (SCHMIDT; et al, 2020).

As medidas de isolamento e a diminuição do contato social também são fatores estressantes em potencial, assim como o medo de ser assintomático e contaminar os familiares. Junto a isto estão as questões de ensino-aprendizagem, onde, com o fechamento das escolas, muitas famílias tiveram a redução de acesso à alimentação, água e assistência social. Essa situação também pode desencadear aumento real da violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos (UNICEF, 2020).

Considerando o grupo etário de menores de 1 ano, apresenta como principal causa algumas afecções originadas no período perinatal (48,3%), seguido de algumas doenças infecciosas parasitárias (17%), malformações congênitas e anomalias cromossômicas (8,2%), doenças respiratórias (5,9%) e doenças do aparelho digestivo (4,91%). O aumento da cobertura de equipes de estratégia de saúde da família deve ser considerado como uma das ações para melhorar estes indicadores, oportunizando um acompanhamento pré-natal e puerperal de qualidade, fortalecendo o vínculo com as equipes e conseqüentemente a prevenção destas internações.

O grupo etário de 01 a 09 anos apresenta como maior causa de internação as doenças do aparelho respiratório (18,8%), seguida de lesões por causas externas (13,8%), algumas doenças infecciosas parasitárias (12,6%), doenças do aparelho digestivo (11,0%) e doenças do aparelho geniturinário (7,6%). O acompanhamento destes pacientes pela atenção básica pode ajudar na prevenção das internações por causas respiratórias e melhorar o prognóstico nos casos já estabelecidos. A que se considerar as causas externas como segunda causa de internação nessa faixa etária, e primeira causa na faixa de 40 a 49 anos de idade, onde se faz necessário trabalhar esta temática de forma abrangente na comunidade.

Nas outras faixas etárias podemos observar que com o aumento da idade aumentam as internações por problemas circulatórios e neoplasias, considerando também na análise o aumento das internações por doenças infecciosas parasitárias,

figurando em 3º e 4º lugar nas idades de 50 a 80+, muitas relacionadas a Pandemia COVID-19.

Tabela 7: Taxa de internações SUS devido ao risco de suicídio (100.000 habitantes), Novo Hamburgo, RS, 2017-2019.

ANO	2017		2018		2019		2020	
	Total de internações	Taxa						
	333	133,46	318	129,03	491	198,99	441	178,52

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

Analisando a tabela 7 acima, em relação a taxa de internações do SUS por risco de suicídio, observamos que o município vem apresentando taxas acima da média da região 7 que em 2017 era de 95,3 casos por 100.000 habitantes, e quando analisadas segundo sexo, a prevalência é maior no sexo feminino em todos os anos da série histórica.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Novo Hamburgo, possui cinco CAPS (3 CAPS II, 1 CAPS AD e 1 CAPS IJ) que prestam o cuidado aos usuários com ideação suicida e risco de autoagressão, porém as equipes de saúde mental observaram que a maioria das internações e das mortalidades por suicídios ocorreram em pessoas que não estavam sendo acompanhadas por estes serviços.

A Rede de Atenção a Saúde, bem como de Assistência Social e Educação necessitam qualificar a identificação dos fatores de risco ao suicídio, para intervir de maneira precoce realizando os encaminhamentos pertinentes.

A implantação da Agenda Programática de Saúde Mental na Atenção Básica é uma das estratégias que está sendo implantada para auxiliar nesta problemática. Outra ação será incluir as equipes de atenção básica no cronograma de capacitação da Saúde Mental.

3.1.4 Mortalidade

De acordo com o Relatório do Ministério da Saúde intitulado Saúde Brasil 2018 (BRASIL, 2019), o estudo do perfil da mortalidade de uma população é

indispensável para subsidiar políticas públicas que visem a melhoria das condições de saúde. O conhecimento das principais causas de morte é um dos aspectos primordiais para atingir esses objetivos, especialmente quando possibilitam a identificação de desigualdades entre vários segmentos populacionais.

A taxa de Mortalidade Geral (taxa bruta) em Novo Hamburgo vem apresentando, no período de 2016 a 2020, um parâmetro entre 7,08% (2016) a 8,02% (2020).

Analisando a tabela 8 abaixo, a mortalidade referente ao capítulo de doenças infecciosas e parasitárias aumentou em 254% em 2020, aumento este em decorrência da COVID-19 cujos óbitos são computados neste capítulo, ainda nos anos de 2019 e 2020 o número de óbitos por neoplasias foi maior que o número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, diferentemente dos anos anteriores.

Tabela 8: Taxa de mortalidade da população residente pelos 5 principais capítulos do CID (100.000 hab.), Novo Hamburgo, RS 2016-2020.

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020
IX - Doenças do aparelho circulatório	171,48	163,92	173,66	171,02	167,99
II - Neoplasias (tumores)	136,48	162,32	169,20	176,7	174,47
X- Doenças do aparelho respiratório	91,12	87,77	92,92	102,94	77,32
XX - Causas Externas por morbidade e mortalidade	57,00	59,32	47,47	55,52	49,79
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	36,13	34,47	39,36	29,99	120,23

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

A taxa de mortalidade da população residente pelos 5 principais capítulos do CID apresenta como principais causas as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas e doenças infecciosas parasitárias.

Ao analisarmos tais dados considerando o sexo, podemos observar que os homens morrem mais (53,7%) que as mulheres (46,3%) em todos os períodos, porém as diferenças entre os números dos dois grupos não difere muito e as causas também são as mesmas para ambos os sexos.

Estratégias para o enfrentamento das DCNT foram estabelecidas no Brasil para o período de 2011 a 2022, estendidas neste ano para 2030, abordando quatro principais doenças (circulatórias, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes), e fatores de risco para tais condições, no sentido de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas para a prevenção e o controle dessas doenças e a melhoria na atenção aos portadores de doenças crônicas, reduzindo a mortalidade por essas condições.

O perfil da situação de saúde do homem no Brasil realizado pelo Ministério da Saúde em 2012, mostra que os homens, comparativamente às mulheres, têm mais excesso de peso, baixo consumo de frutas, de legumes e de verduras, alto consumo abusivo de bebidas alcoólicas e tabagismo, situações que podem estar se refletindo numa maior mortalidade por doenças do aparelho circulatório, principalmente entre os mais velhos, e também por causas externas, predominantemente entre os mais jovens. Comportamentos de risco, como consumo abusivo de bebidas alcoólicas, também se associam a outros comportamentos de risco, muitos determinados pela falsa autopercepção da infalibilidade masculina, facilitando a ocorrência de acidentes e violências e de doenças infectocontagiosas como a SIDA-AIDS e a tuberculose.

O documento ainda fala sobre a importância da Atenção Primária neste contexto, implantando estratégias de avaliação de risco global para DCNT em usuários vinculados a seu território, para o rastreamento de risco e detecção precoce de doenças crônicas e planejamento de ações voltadas a grupos de maior vulnerabilidade para DCNT e obesidade.

Tabela 9: Principais causas de mortalidade da população residente, por grupo etário e capítulos do CID (%), Novo Hamburgo, RS, 2019.

	1º	2º	3º	4º	5º
Menor de 1 ano	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal (51,9%)	XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas (33,3%)	X. Doenças do aparelho respiratório (3,7%)	II. Neoplasias (tumores) (3,7%)	XI. Doenças do sistema nervoso (3,7%)
01-09	II. Neoplasias (tumores) (50%)	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (25%)	X. Doenças do aparelho respiratório (12,5%)	XI. Doenças do sistema nervoso (12,5%)	

10-19	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (66,7%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (13,3%)	II. Neoplasias (tumores (6,7%)	XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas (6,7%)	XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat (6,6%)
20-29	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (64%)	II. Neoplasias (tumores (6%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (6,0%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (4%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (4%)
30-39	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (32,8%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,5%)	II. Neoplasias (tumores (13,8%)	X. Doenças do aparelho respiratório (6,9%)	V. Transtornos mentais e comportamentais (5,2%)
40-49	II. Neoplasias (tumores (29,3%)	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias (18,1%)	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (15,5%)	X. Doenças do aparelho respiratório (6,0%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (6,0%)
50-59	II. Neoplasias (tumores (30,2%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (17,4%)	X. Doenças do aparelho respiratório (11,2%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (8,3%)	XIX. Lesões enven. e alg out conseq causas externas (7,9%)
60-69	II. Neoplasias (tumores (32,3%)	IX. Doenças do aparelho circulatório (22,8%)	X. Doenças do aparelho respiratório (12,6%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (8,1%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (8,1%)
70-79	IX. Doenças do aparelho circulatório (27,8%)	II. Neoplasias (tumores (25,2%)	X. Doenças do aparelho respiratório (18,3%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (8,9%)	XI. Doenças do aparelho digestivo (5,7%)
80+	IX. Doenças do aparelho circulatório (29,8%)	X. Doenças do aparelho respiratório (16,7%)	II. Neoplasias (tumores (16,3%)	XI. Doenças do sistema nervoso (13,7%)	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (6,0%)

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

Analisando tabela acima podemos verificar que a maior causa de morte em 2019 foi por neoplasia, dos 1.842 óbitos, 436 (23,7%), 422 foram pelas doenças do aparelho circulatório (22,9%) e 254 por doenças do aparelho respiratório (13,8%).

Quando analisamos o sexo, 50,7% dos óbitos por neoplasia ocorreram no sexo masculino e 49,3% em mulheres, ela esteve presente como causa de mortalidade em todas as faixas etárias.

Considerando o grupo etário de menores de 1 ano, este apresenta como principal causa de morte as afecções originadas no período perinatal (51,9%),

seguido de malformações congênitas e anomalias cromossômicas (33,3%) e doenças respiratórias (3,7%). O aumento da cobertura de equipes de estratégia de saúde da família deve ser considerado como uma das ações para melhorar estes indicadores, oportunizando um acompanhamento pré natal e puerperal de qualidade, fortalecendo o vínculo com as equipes e conseqüentemente a prevenção da mortalidade por causas evitáveis.

Dos 10 aos 39 anos as causas externas configuram como principal causa de óbitos, onde o principal motivo, conforme análise mais detalhada na Tabela 8 abaixo, foram os acidentes. Preocupando a faixa dos 10 aos 19 anos o segundo lugar de mortalidade por doenças mentais e comportamentais.

Na faixa etária acima de 70 anos predominam os óbitos por doenças do aparelho circulatório. Dos 422 óbitos ocorridos no ano de 2019 por esta causa, 50% ocorreram em mulheres e 50% em homens, as neoplasias e doenças do aparelho respiratório configuram segunda e terceira causa de morte respectivamente neste grupo de idade.

Tabela 10: Taxa de mortalidade por causas externas pelos grupos CID-10, (100.000 habitantes), Novo Hamburgo, RS, 2017-2019.

ANO/ Causas externas por Grupo CID-10	2017		2018		2019	
	Total de óbitos	Taxa	Total de óbitos	Taxa	Total de óbitos	Taxa
Acidentes	51	20,44	54	21,91	61	24,72
Agressões	76	30,46	46	18,66	51	20,67
Lesões autoprovocadas individualmente	20	8,02	13	5,27	23	9,32
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	1	0,40	4	1,62	1	0,41
Sequelas causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	1	0,41
TOTAL	148		117		137	

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

Analisando a série histórica em relação aos óbitos por causas externas no município, as agressões (51,35%) foram a principal causa de óbitos no ano de 2017.

Nos anos de 2018 e 2019, a principal causa foi os acidentes, com 46,15% e 44,53% respectivamente.

Em 2019, o grupo de outras causas externas de traumatismos acidentais totalizaram 62,3% dos óbitos, seguido de acidente de transporte (37,7%). No primeiro grupo, a principal causa de óbitos foram as quedas (60,52%), a maioria no sexo feminino (65,2%) e na faixa etária de 80 ou mais anos (56,52%). Em relação aos acidentes de transporte a causa mais prevalente foi pedestre traumatizado em acidente de transporte (39,13%) seguido de ocupante automóvel traumatizado em acidente transporte (21,74%).

Tabela 11: Taxa de mortalidade por suicídio (100.000 habitantes), Novo Hamburgo, RS, 2017-2019.

ANO	2016		2017		2018		2019	
	Total de óbitos	Taxa	Total de óbitos	Taxa	Total de óbitos	Taxa	Total de óbitos	Taxa
	26	10,44	17	6,81	12	4,87	19	7,70

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

Ao analisarmos os dados da tabela 11, observamos uma redução de 34,78% da mortalidade por suicídio de 2016 para 2017 e de 28,49% de 2017 para 2018, porém em 2019 as taxas aumentaram em 58,11%.

Em relação a categoria CID-10 a lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação totalizaram nos anos demonstrados na série histórica acima, 65 óbitos dos 74 óbitos totais por suicídio, o que equivale a 87,84%, seguido de lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo 8,10%. Quando analisamos o sexo, 74,32% dos óbitos por suicídio ocorreram no sexo masculino e 25,68% no sexo feminino.

Em comparação com a taxa de internações podemos ressaltar que as mulheres internam mais que os homens por risco de suicídio, porém os homens morrem mais que as mulheres pelo mesmo motivo, pois utilizam meios mais letais.

Tabela 12: Taxa de mortalidade materna(100.000 nascidos vivos), Novo Hamburgo, RS, 2017-2020.

Ano	2017		2018		2019		2020	
	Nº óbitos	Taxa						
Mortalidade materna	1	31,1	0	0	3	97,2	3	102,7

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

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), óbito materno é aquele decorrente de complicações na gestação, geradas pelo aborto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto), em mulheres com idade entre (10 a 49 anos).

Dentro dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio esta a redução da taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030 e no Brasil a redução da razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100.000 nascidos vivos. Para atingir estes objetivos será imprescindível desenvolver ações de prevenção desde o pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança e sua família.

Tabela 13: Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal tardia (1.000 nascidos vivos), Novo Hamburgo, RS, 2017-2020.

Ano	2017		2018		2019		2020	
	Nº óbitos	Taxa						
Mortalidade infantil	41	12,8	26	8,3	27	8,8	27	9,2
Mortalidade neonatal precoce (0-6 dias)	19	5,9	12	3,8	16	5,2	12	4,1
Mortalidade neonatal tardia (7-27 dias)	13	4,0	06	1,9	06	1,9	08	2,7
Mortalidade pós neonatal	09	2,8	08	2,6	05	1,6	07	2,4

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

Analisando a tabela acima, em relação à mortalidade infantil, podemos observar que a taxa era maior em 2017 com redução nos anos seguintes onde o

indicador se manteve abaixo dos dois dígitos: 8,3 em 2018, 8,8 em 2019 e 9,2 em 2020.

A taxa de mortalidade infantil é apontada como um dos índices mais importantes para avaliar o desenvolvimento de um País, é um indicador social que demonstra a qualidade dos serviços de saúde, saneamento básico e educação ofertados à população.

O combate à mortalidade infantil inicia desde a gestação com a oferta de exames e acompanhamento da gestante. O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado a melhores indicadores de saúde materno-infantil. Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê.

A Rede Cegonha, a Estratégia de Saúde da Família, o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), o Comitê de Mortalidade Materno Infantil, o amplo calendário vacinal disponibilizado pelo SUS são estratégias primordiais neste contexto, assim como a qualificação do registro e monitoramento desses indicadores.

Tabela 14: Taxa de mortalidade dos tipos de Câncer mais prevalentes (100.000 hab.), Novo Hamburgo, RS, 2017-2020.

Ano	2017		2018		2019	
	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa
Neoplasia maligna dos órgãos digestivos	132	52,90	115	46,66	128	51,94
Neoplasia maligna do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos com lesão invasiva	69	27,65	97	39,36	88	35,70
Neoplasia maligna de mama	33	13,23	38	15,41	44	17,83
Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos	20	8,01	22	8,93	29	11,74

Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos	24	9,62	24	9,74	22	8,91
Neoplasia maligna do trato urinário	18	7,21	19	7,71	24	9,73

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

Analisando a taxa de mortalidade dos tipos de câncer mais prevalentes no município, podemos observar que a neoplasia maligna dos órgãos digestivos prevalece em relação aos demais em todos os anos, com uma taxa de mortalidade por 100.000 habitantes que variou entre 46,66 e 52,90 de 2017 a 2019.

A neoplasia maligna do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos representa a segunda causa de morte neste grupo e quando analisamos a faixa etária percebemos que a maioria dos casos ocorreu acima dos 60 anos de idade: neoplasia maligna dos órgãos digestivos (55,5%) e neoplasia maligna do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos (77,3%).

A mortalidade por neoplasia maligna de mama aparece em terceiro lugar, e em quarto as neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos, ambas apresentando taxas crescentes ao longo dos anos avaliados, também mais prevalentes acima dos 60 anos.

Tabela 15: Taxa de mortalidade por diabetes (100.000 hab.), Novo Hamburgo, RS, 2017-2020.

Ano	2017		2018		2019	
	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa
Mortalidade por diabetes	79	31,67	108	43,82	101	40,93

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

A taxa de mortalidade por diabetes mellitus no município teve um aumento considerável entre os anos 2017 e 2018, acompanhada de uma redução em 2019. Em todos os anos da série histórica acima, os óbitos ocorreram na sua maioria em mulheres (54,51%), quando consideramos a idade, os óbitos foram mais frequentes na faixa etária de 60 a 79 anos (48,10%), seguido de 26,73% na idade de 80 anos +.

O diabetes mellitus é uma das doenças mundialmente mais prevalentes em adultos e está entre as principais causas de perda de anos de vida saudável, o que se agrava com o acelerado envelhecimento populacional no Brasil.

A alta prevalência de diabetes mellitus e suas complicações apontam a necessidade de investimentos na prevenção, no controle da doença e nos cuidados longitudinais (FLOR, 2017). O diabetes mellitus é uma condição sensível à atenção primária (CSAP), ou seja, é uma enfermidade que poderia ser evitada e controlada a partir de um conjunto de ações oportunas e efetivas de profissionais e gestores no âmbito da atenção básica (ARRUDA et al, 2018).

Assim, devem ser ofertados serviços de saúde suficientes e adequados para atender a crescente demanda, buscando evitar complicações, hospitalizações, óbitos e elevados gastos do sistema de saúde (NEVES et al, 2018).

3.1.5 O contexto das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Tabela 16: Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por sexo, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Ano/ Sexo	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Masculino	60	58	72	62	18	270
Feminino	53	58	49	36	18	214
TOTAL	114	116	121	98	36	485

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Analisando a série histórica apresentada na tabela acima podemos observar que o maior número de casos novos de AIDS foi detectado em homens (55,7%) em relação ao sexo feminino (44,3%). Em 2020, ano marcado pela Pandemia de Coronavírus, houve 36 notificações de HIV/AIDS (dados até junho, estimativa anual: 72), o que sugere um cenário atual compreensível mas preocupante de subdiagnóstico e subnotificação, sobretudo na população masculina.

Em relação à escolaridade e raça, as tabelas abaixo evidenciam que a maioria atual e acumulada de pacientes diagnosticados com HIV/AIDS no município

possui ensino fundamental incompleto (34,43%) e com maior prevalência em brancos (80,5%). Neste indicador há vieses a serem considerados: a informação é autodeclarada, há predominância de brancos na cidade e o diagnóstico exige acesso ao serviço, o que historicamente é menor na população negra e vulnerável. Ainda percebe-se na série histórica a importância de se trabalhar a qualificação quanto ao preenchimento da ficha de notificação, onde se observam níveis elevados de registros na categoria “ignorada” em relação à escolaridade.

Tabela 17: Distribuição percentual dos casos de AIDS notificados no SINAN, segundo nível de aprendizado adquirido, Novo Hamburgo, RS 2016-2020.

Ano/ Escolaridade	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Analfabeto	2,9	1,3	1,1	1,3	-	1,32
Fundamental incompleto	35,7	30,4	44,8	38,5	22,6	34,43
Fundamental completo	12,9	11,4	8,0	17,9	16,1	13,26
Médio completo	14,3	16,5	16,1	25,6	19,4	18,35
Superior completo	4,3	2,5	2,3	3,8	3,2	3,22
Ignorado ou não se aplica	30,0	38,0	27,6	12,8	38,7	29,42

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Tabela 18: Distribuição percentual dos casos de AIDS notificados no SINAN, segundo raça/cor, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Ano/ Raça	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Branca	90	88,6	74,7	78,2	71,0	80,50
Preta	5,7	10,1	9,2	14,1	16,1	11,04
Amarela	-	-	-	-	3,2	0,64
Parda	1,4	-	14,9	6,4	9,7	6,48
Indígena	-	-	-	-	-	-
Ignorada	2,9	1,3	1,1	1,3	-	1,34

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Ao longo dos anos, Novo Hamburgo registra uma média anual de 33 óbitos por causas relacionadas à AIDS. Em 2019 a taxa de mortalidade foi 17,8 óbitos/100.000 habitantes, superior a taxa nacional (5,0 óbitos/100.000 habitantes), estadual (9,8 óbitos/100.000 habitantes) e regional (12,9 óbitos/100.000 habitantes), dados evidenciados na Tabela 19.

São fatores determinantes de óbito relacionados à AIDS, o diagnóstico tardio e a má adesão ao tratamento antirretroviral (TARV). O marcador de diagnóstico tardio se dá pela contagem de Linfócitos T-CD4 (células importantes para a organização e eficiência do sistema imunológico do paciente), que quando inferior a 200 células/mL prediz imunossupressão importante, mau prognóstico e maior suscetibilidade à doenças oportunistas, as quais podem levar o paciente óbito.

Tabela 19: Taxa bruta de mortalidade por AIDS (100.000 hab.), Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Ano	2016	2017	2018	2019	2020
Óbitos por AIDS	47	36	43	44	21
Taxa bruta de mortalidade	18,9	14,6	17,4	17,8	8,41

Fonte: Portal BI - Informações de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Business Intelligence)

Na tabela abaixo, observa-se que quase 30% dos pacientes recém-diagnosticados apresentam imunossupressão importante, condição que demora anos para se instalar. A incidência de diagnóstico tardio é ainda maior entre as pessoas com mais de 50 anos, chegando a 63% em 2019, o que reflete a visão das pessoas sobre a própria vulnerabilidade e a insensibilidade dos profissionais em realizar rastreio de HIV nessa faixa etária.

Tabela 20: Percentual de Diagnóstico tardio (primeiro CD4 < 200 céls/ml), por ano, sexo e faixa etária, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

	Ano/ População	2016	2017	2018	2019	2020
Sexo	Homens	19	25	29	37	32
	Mulheres	27	21	38	29	24

Faixa Etária	2 a 4 anos	100	0	*	*	0
	5 a 8 anos	*	*	*	0	*
	9 a 11 anos	*	*	*	*	*
	12 a 17 anos	0	0	0	0	0
	18 a 24 anos	17	8	6	13	27
	25 a 29 anos	0	19	27	14	13
	30 a 49 anos	32	30	36	40	30
	50 anos ou +	28	31	50	63	41
	PVHIV geral	23	22	32	34	28

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Notas: Dados até 31/12/2020 (*) Não houve nenhum indivíduo realizando o primeiro exame de CD4 naquele ano.

Visando evitar a ocorrência de diagnósticos tardios e captação precoce dos casos, a ampliação da testagem rápida para toda a população, a livre demanda, é a principal estratégia. Em 2019, realizamos no município de Novo Hamburgo 16.509 testes rápidos para HIV, dos quais 7.656 (46,4%) ocorreram nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), na época estabelecemos metas para ampliação dessa testagem em 2020, metas iniciais que estabeleciam a testagem mínima de 1 paciente/enfermeiro/dia, cuja produção renderia 1.300 testes/mês e 15.600 testes rápidos de HIV por ano apenas na APS. No entanto, a Pandemia do Coronavírus prejudicou o acesso e a oferta de serviços, de modo que foram realizados 14.361 testes de HIV no município – 6.627 (46,1%) na APS.

No que se refere ao acesso ao tratamento em Novo Hamburgo, 72% das pessoas diagnosticadas com HIV em 2020 iniciaram TARV em até 30 dias após a realização do primeiro T-CD4, enquanto que no Brasil e na capital gaúcha Porto Alegre, as taxas de início de TARV no primeiro mês, foram de 64% e 45%, respectivamente.

Nas tabelas 21 e 22 a seguir, apresentam-se as taxas de adesão e supressão de carga viral.

Tabela 21: Adesão suficiente à Terapia Antirretroviral - TARV: proporção de indivíduos ao final de cada ano, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

	Ano/ População	2016	2017	2018	2019	2020
Sexo	Homens	80	80	76	77	85
	Mulheres	73	71	72	74	81
Faixa Etária						
Faixa Etária	2 a 4 anos	60	100	67	80	100
	5 a 8 anos	60	50	14	67	82
	9 a 11 anos	50	25	67	67	75
	12 a 17 anos	46	69	67	50	79
	18 a 24 anos	67	59	69	64	76
	25 a 29 anos	69	70	67	67	80
	30 a 49 anos	73	71	69	72	81
	50 anos ou +	88	85	84	83	88
PVHIV geral						
	PVHIV geral	77	75	74	76	83

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Notas: (1) Dados até 31/12/2020 (2) Os óbitos estão incluídos no denominador, e não estão representados na tabela.

Tabela 22: Percentual de Supressão Viral (CV<50 cópias/mL) dentre os indivíduos em TARV, por ano, sexo e faixa etária, em Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

	Ano/ População	2016	2017	2018	2019	2020
Sexo	Homens	81	81	86	88	88
	Mulheres	81	81	86	89	92

Faixa Etária	2 a 4 anos	20	40	60	67	0
	5 a 8 anos	75	20	0	75	70
	9 a 11 anos	33	0	50	50	50
	12 a 17 anos	55	85	83	86	73
	18 a 24 anos	79	81	87	82	83
	25 a 29 anos	74	77	85	90	91
	30 a 49 anos	79	79	84	86	88
	50 anos ou +	88	86	91	93	94
PVHIV geral						
		81	81	86	89	90

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Notas: (1) Dados até 31/12/2020.

Novo Hamburgo concluiu 2020 com 83% dos 2.370 pacientes vinculados mantendo adesão adequada a TARV, percentual semelhante em todas as faixas etárias, conforme tabela 21. A adesão suficiente dos pacientes de Novo Hamburgo nos fez atingir a meta de 90% de carga viral indetectável em 2020, na tabela 22 é possível observar que a taxa de supressão viral é maior entre os adultos, principalmente na faixa etária superior a 50 anos. Importante destacar o baixo índice de sucesso terapêutico entre crianças e adolescentes.

Em relação à transmissão vertical, onde o HIV também pode ser transmitido a crianças intraútero (35%), intraparto (60 a 70%) e pela amamentação, porém, quando adotadas as estratégias disponíveis (tratamento para todos e para gestante, profilaxia intraparto, profilaxia ao recém-nascido e oferta de fórmulas lácteas) o risco de transmissão cai para menos de 1%. A adoção de tais estratégias garantiram que, apesar do aumento de casos HIV em gestantes, a ocorrência de transmissão vertical reduzisse para quase 50% no Brasil, em relação aos últimos 10 anos.

Situação semelhante com a de Novo Hamburgo, que na última década registrou uma média anual de 29,8 gestantes HIV, cujos pré-natais são realizados na Atenção Primária à Saúde ou em consultórios particulares e, acompanhados

paralelamente pelo SAE. Enquanto isso, casos de AIDS em menores de 5 anos (essencialmente transmissão vertical) têm ocorrido quase anualmente, embora em baixa frequência, como expõe a tabela 23 a seguir.

Tabela 23: Gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) e crianças menores de 5 anos de idade, infectadas pelo HIV (casos) por ano do parto, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Ano	2016	2017	2018	2019	2020
HIV em gestantes	26	35	36	35	18
Taxa de detecção em gestantes	8,2	10,9	11,5	11,1	9,9
HIV em menores de 5 anos	3	2	-	1	1

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Notas: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2020, SISCEL de 2000 a junho/2020 e SIM de 2000 a 2019; (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Nos últimos 3 anos, foram diagnosticadas 02 crianças com HIV, em uma a via de transmissão foi amamentação decorrente de uma infecção materna de HIV durante lactação e, em outra a gestante teve infecção por HIV no terceiro trimestre e foi diagnosticada somente no parto, não fazendo uso de profilaxias. Nenhuma gestante HIV que foi acompanhada pelo SAE a partir de 2018 transmitiu o HIV para o filho.

É importante ressaltar a necessidade de um pré-natal qualificado, não apenas para o manejo dos casos, mas também para o rastreio de todas as gestantes e parceiros, pois é a partir do diagnóstico que a cascata de cuidado inicia. Para tanto, os serviços da rede cegonha do município se mobilizaram para ampliar a garantir a testagem de gestantes e parceiros, uma vez que infecções durante a gestação têm grande potencial de transmissão vertical.

Na tabela 24 abaixo, é possível observar o aumento crescente e importante da testagem de parceiros no município. Além da testagem de 100% das gestantes, o aumento expressivo da testagem em parceiros se deve à institucionalização da testagem de parceiros na rotina dos centros obstétricos, como prevê a Nota Técnica nº 01/2018 da Coordenação Estadual do RS de IST/Aids. De todo modo, o percentual de parceiros testados na APS também aumentou, de 8,6% em 2018 para

24% em 2020, o que demonstra que, embora a Pandemia tenha limitado os atendimentos primários, as unidades conseguiram ampliar o rastreio no pré-natal.

Tabela 24: Testagem rápida de HIV em gestantes e parceiros e percentual de testagem de parceiros sobre gestantes, Novo Hamburgo, RS, 2018-2020.

Local	2018			2019			2020		
	Gestantes	Parceiros	% P/G	Gestantes	Parceiros	% P/G	Gestantes	Parceiros	% P/G
APS	2.046	176	8,6	2.587	478	18,5	2.169	521	24,0
Maternidades	5.174	0	0,0	4.754	402	8,5	4.247	2.241	52,8
Total Município	7.236	199	2,8	7.359	899	12,2	6.426	2.775	43,2

Fonte: Planilhas internas SAE, fonte secundária de relatórios mensais das Unidades.

A Sífilis representa hoje uma epidemia no Brasil, em Novo Hamburgo a partir de 2015 as notificações aumentaram consideravelmente – reflexo do aumento dos casos e da qualificação da vigilância – apresentando, na atualidade mais de 100 casos por ano, conforme tabela 23 abaixo. No momento o site de indicadores clínicos não havia disponibilizado os casos por faixa etária, mas o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2020 apresenta maior incidência de casos (38,8%) na faixa etária dos 20 aos 29 anos, o boletim também acusa aumento importante da ocorrência de Sífilis a partir de 2015 em todas as regiões do país.

Tabela 25: Casos de sífilis adquirida por sexo e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Ano/ Sexo	2016	2017	2018	2019	2020
Homens	40	46	72	39	25
Mulheres	45	60	66	65	17
TOTAL	85	106	138	104	42
Taxa de detecção	34,6	43,1	56,0	42,1	17,0

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2020.

A Sífilis, além da via sexual, também pode ser transmitida ao feto na gestação, quando não realizado o tratamento adequado em tempo oportuno durante o pré-natal. A Sífilis Congênita por sua vez, acarreta internação do recém-nascido

em UTI Neonatal e risco de malformações e prejuízo no desenvolvimento neuromotor. Para evitá-la, a testagem de gestantes e parceiros é fundamental para garantir a cascata do cuidado e cura oportunos. O índice de testagem em gestantes no município é de 100% e na tabela 26 abaixo, é possível observar o aumento significativo de testagem em parceiros, assim como ocorreu na testagem de HIV, estratégia importante para o controle e prevenção da Sífilis Congênita.

Tabela 26: Testagem rápida de sífilis em gestantes e parceiros e percentual de testagem de parceiros sobre gestantes, Novo Hamburgo, RS, 2018-2020.

Local	2018			2019			2020		
	Gestantes	Parceiros	% P/G	Gestantes	Parceiros	% P/G	Gestantes	Parceiros	% P/G
APS	1.960	180	9,2	2.453	461	18,8	2.134	536	25,1
Maternidades	5.171	0	0,0	4.343	308	7,1	4.121	2.125	51,6
Total Município	7.146	202	2,8	6.811	781	11,5	6.266	2.671	42,6

Fonte: Planilhas internas SAE, fonte secundária de relatórios mensais das Unidades.

Ao analisar o número de casos de sífilis em gestante e em crianças menores de um ano podemos observar que nos dois casos as taxas vêm aumentando ao longo dos anos em ambos.

No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis 2016, no ano de 2015 foram notificados 33.365 casos de sífilis na gestação, sendo a taxa de detecção de 11,2 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos. Em 2010 a taxa era de 3,3 casos por mil nascidos vivos, revelando um aumento de 202% em cinco anos. Nas regiões Sul e Sudeste do país, os dados são ainda mais preocupantes, a taxa de detecção foi de 15,1 e 12,6 casos de sífilis, respectivamente, em gestantes por mil nascidos vivos, o que supera a taxa nacional. O número de casos notificados de sífilis congênita também tem aumentado em todo o país. Nos últimos dez anos, houve um aumento progressivo na taxa de incidência de sífilis congênita, passando de 2,0 casos por mil nascidos vivos em 2006 para 6,5 casos por mil nascidos vivos em 2015.

Analisando as tabelas 27 e 28 abaixo, é possível observar que os números de sífilis congênita são bastante próximos dos casos de sífilis em gestante, em 2019

quase 85% dos casos de Sífilis em gestante causaram sífilis congênita, o que indica ineficiência do pré-natal em evitar a transmissão vertical. Diante disso, em setembro de 2020 o SAE iniciou um monitoramento compartilhado com as Unidades de Saúde, a fim de monitorar em tempo oportuno as falhas de tratamento ou de registro dos casos, estratégia que poderá ter seus resultados avaliados no final de 2021.

Tabela 27: Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Sífilis em gestantes	2016	2017	2018	2019	2020
Casos	42	40	52	52	13
Taxa de detecção	13,3	12,4	16,6	16,6	9,3

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2020.

Tabela 28: Casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos), Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Sífilis congênita em menores de um ano	2016	2017	2018	2019	2020
Casos	26	29	27	44	11
Taxa de detecção	8,2	9,0	8,6	14,0	7,9

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2020.

A sífilis representa um grande desafio para a saúde pública, sífilis em gestantes e em crianças menores de 1 ano tem relação direta com a qualidade da assistência do pré-natal, parto e puerpério e por isso a cobertura da atenção básica está relacionada com a prevenção destes casos. Ações e estratégias de prevenção, diagnóstico, acompanhamento e tratamento da sífilis adquirida em homens e mulheres e em gestantes devem ser implantadas para que as taxas de sífilis congênita também possam diminuir.

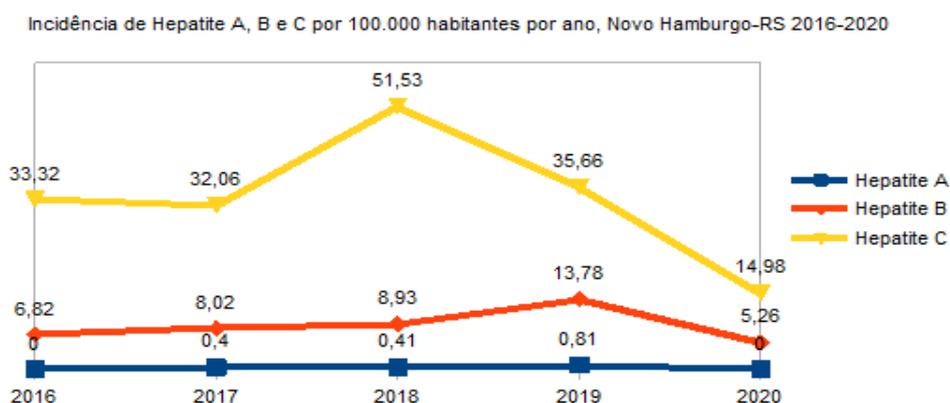
A implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV/Aids, hepatites e triagem de sífilis na atenção básica também caracteriza uma importante ação para a diminuição destas taxas e tem como objetivo a qualificação e a ampliação do acesso dos usuários a estes diagnósticos.

Com relação às hepatites, Novo Hamburgo mantém uma incidência de Hepatite A próxima a zero, assim como o Brasil, que apresentou uma taxa de 0,2 casos/100.000 hab. em 2020. O sucesso do controle da hepatite A, cuja transmissão é fecal-oral, se deve às melhores condições sociais e sanitárias, à imunidade adquirida após uma primeira infecção e à inserção da vacina adsorvida hepatite A no programa nacional de imunização em 2014.

Em relação à incidência de Hepatite B em Novo Hamburgo, observa-se um ligeiro acréscimo entre 2016 e 2018 e, um aumento importante em 2019, quando o município atingiu a taxa de 13,8 casos/100.000 hab. seguido de um decréscimo expressivo em 2020. No Brasil, entre 2016 e 2019 as taxas se mantiveram entre 6,5 e 6,3, enquanto que em 2020 apenas 2,9 casos/100.000 hab., reflexo da Pandemia, redução de testagem e acesso ao diagnóstico. No Rio Grande do Sul (RS), as taxas tiveram pouca oscilação entre 2016 e 2019, variando entre 11,6 e 12,4 casos/100.000 hab., no estado gaúcho também houve redução importante em 2020, 6,7 casos/100.000 hab..

O aumento expressivo de casos de Hepatite B, no município em 2019, pode estar relacionado à força-tarefa de testagem realizada pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) em clínicas de reabilitação e no Instituto Penal, nos quais foram realizados 688 testes no ano, enquanto que em 2018 somente 93 pessoas foram testadas nas mesmas instituições, em 2020 não houve testagem externa.

Gráfico 12: Incidência de Hepatite A, B e C por 100.000 habitantes por ano, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.



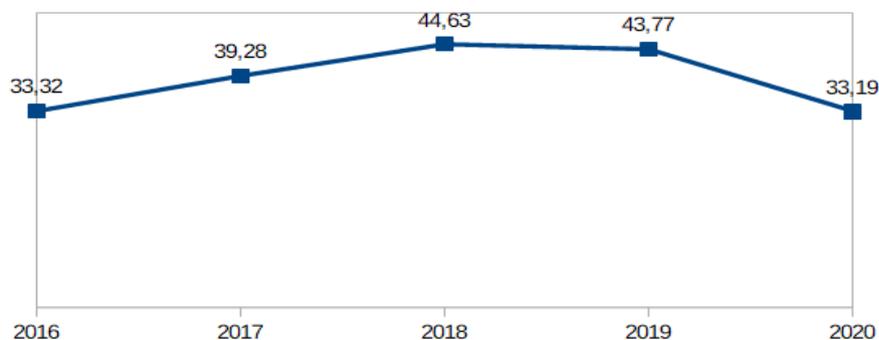
Fonte: SINAN/TABWIN

Dentre as hepatites virais, a Hepatite C é a mais prevalente, Novo Hamburgo manteve uma taxa na casa dos 30,0 em 2016, 2017 e 2019, obteve uma alta taxa de casos em 2018, quando atingiu 51,5 casos/100.000 habitantes. Diferente da Hepatite B, o aumento não se explica por aumento de testagem, mas sim pelo aumento de notificações oriundas de laboratório decorrente de reunião que sensibilizou os serviços na época. No Brasil e RS as taxas de incidência de Hepatite C entre 2016 e 2019 variaram entre 10,2 e 10,1 e 45,3 e 39,6 casos/100.000 hab., respectivamente. Assim como ocorreu nos outros agravos, a incidência de Hepatite C reduziu bastante em 2020, refletindo as limitações impostas no período pandêmico. Diante disso fica evidente a necessidade de ampliar o rastreo de hepatites virais na APS, através de ações sólidas, contínuas e permanentes, sensibilizando as equipes a incluir a testagem nas rotinas dos atendimentos e a realizar ações extramuros, tornando acessível o diagnóstico também para populações-chave ou marginalizadas, que não buscam os serviços.

A Tuberculose (TB) ainda é problema de saúde pública no município, apresentando uma taxa de detecção de 44,6 e 43,7 casos novos/100.000 hab. em 2018 e 2019. Em 2020, durante a Pandemia de COVID-19 os diagnósticos diminuíram, tanto pela redução de acesso aos serviços de saúde, isolamento de sintomáticos respiratórios e confusão de diagnóstico diferencial. As taxas municipais são superiores à estadual e à nacional, que em 2019 atingiram, respectivamente, 36,6 e 42,8 casos/100.000 hab. A taxa de cura de TB pulmonar em Novo Hamburgo foi de 77% em 2018, enquanto que no Brasil e no RS a cura ocorreu, respectivamente, em 73,5% e 64,3% dos casos.

Gráfico 13: Taxa de casos novos de Tuberculose por 100.000 habitantes por ano, Novo Hamburgo, RS, 2016-2020.

Taxa de casos novos de Tuberculose por 100.000 habitantes por ano, Novo Hamburgo-RS 2016-2020



Fonte: SINAN/TABWIN

O serviço de Tisiologia, responsável pela Tuberculose (TB) em Novo Hamburgo, sofreu mudanças em 2020 e agora está sob a mesma coordenação do SAE. A integração de serviços tão relacionados e os movimentos de aproximação com a Atenção Primária em Saúde (APS) prospectam o aumento de rastreio e controle de TB no município, através da maior autonomia e resolutividade da APS em investigar e diagnosticar sintomáticos respiratórios, contactantes e casos de infecção latente de TB (ILTb). Assim, espera-se que nos próximos anos ocorra um aumento de diagnósticos, seguido de aumento nos índices de cura e oferta de ILTB, para então obter uma redução real de novos casos de TB.

4. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA ATENÇÃO À SAÚDE

A operacionalização do sistema municipal de saúde é norteadada pelos princípios e diretrizes do SUS, da Rede de Atenção à Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica (2017), com a celebração dos pactos interfederativos estabelecidos.

Os serviços de saúde para cumprirem os princípios e diretrizes constitucionais estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, em níveis primário, secundário e terciário, compostos por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas.

A gestão das ações de saúde está organizada a partir da Secretaria Municipal de Saúde através das seguintes Gerências:

- Gerência de Atenção Integral à Saúde composta por Departamentos de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde da Pessoa Idosa, Saúde do Homem, Saúde Bucal, Saúde da Pessoa com Deficiência, Departamento de Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis e doenças infectocontagiosas e Política de Alimentação e Nutrição;
- Gerência de Média e Alta Complexidade composta pelo Departamento de Média e Alta Complexidade;
- Gerência de Saúde Mental;
- Gerência de Assistência Farmacêutica composta pelo Departamento de Assistência Farmacêutica.
- Gerência de Vigilância em Saúde composta por Departamentos de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Dentre as suas atribuições destacam-se assessorar e acompanhar a implantação das políticas públicas prioritárias na área de atenção à saúde,

acompanhar e avaliar as ações de promoção, prevenção e recuperação dos agravos à saúde em cada ponto do cuidado, promover a integração entre os níveis de atenção, elaborar normas, rotinas e fluxos para organização do acesso e do percurso dos usuários na rede de serviços, além de oportunizar o aprimoramento da organização dos processos de trabalho.

Considerando-se as linhas de cuidado, de acordo com a proposta do Plano Estadual de Saúde, dentre as ações previstas para o próximo quadriênio estão: a implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, Linha de Cuidado para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, Linha de Cuidado da Pessoa Estomizada.

Para a operacionalização da Assistência Integral à Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conta com serviços próprios e terceirizados. Na Rede Pública, a SMS possui 2.665 servidores, entre concursados, Processo Seletivo Simplificado (PSS) e Cargos Comissionado e Portariados (CCs), distribuídos entre a esfera municipal e das gestões indiretas da Fundação de Saúde Novo Hamburgo e Grupo Solução em Gestão.

A) Serviços próprios

- 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS Rincão, UBS Liberdade, UBS Kunz e UBS Primavera);
- 01 Farmácia Comunitária;
- 01 Centro de Especialidades Médicas;
- 01 Ambulatório de Saúde Mental Adulto;
- 01 Serviço de Assistência Especializada IST/HIV/AIDS e Tisiologia;
- 01 Centro de Educação Nutricional (NUTRIR);
- 01 Equipe de Consultório na Rua;
- 01 Casa da Vacina;
- 01 Setor de Vigilância em Saúde;
- 01 Central de Regulação de Consulta e Exames Especializados.

1. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) possui em seu quadro de estatutários 217 servidores divididos em Diretoria de Governo Eletrônico (08), Diretoria Administrativa (35), Diretoria de Saúde (16), Almoxarifado (04), Ambulatório Saúde Mental (09), Centro de Especialidades Médicas (21), Casa da Vacina (11), Farmácia Comunitária (10), Serviço de Atenção Especializada (SAE)/Tisiologia (17), Unidades Básicas de Saúde (53) e Vigilância em Saúde (33).

B) Serviços terceirizados

B1) Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH):

Criada através da Lei Municipal nº 1.980/2009, de 19 de maio de 2009, organizada sob a forma de fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado, tendo como instituidor o Município de Novo Hamburgo. Conforme o Estatuto, a FSNH é uma entidade jurídica sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com autonomia administrativa, gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira. Integra a Administração Indireta do Município de Novo Hamburgo, sujeita ao regime jurídico próprio das entidades privadas sem fins lucrativos e de assistência social, e segue a Lei Municipal supracitada no que se refere aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas, tributárias e fiscais.

A FSNH possui 2284 empregados públicos responsáveis pela gestão e funcionamento dos serviços abaixo:

- 01 Hospital Municipal de Novo Hamburgo;
- 01 Serviço de Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa;
- 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA Centro e UPA Canudos);
- 14 Unidades de Saúde da Família, totalizando 35 Equipes de Saúde da Família;
- 02 Unidades Básicas de Saúde (UBS Canudos e UBS Santo Afonso);
- 01 Laboratório Público de Análises Clínicas;
- 01 Centro de Diagnóstico por Imagem;
- 01 Base SAMU – 01 ambulância de suporte avançado, 02 ambulâncias de suporte básico;

- 05 Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS (01 CAPS Infanto-Juvenil, 01 CAPS Álcool e Drogas (AD III) e 03 CAPS II);
- 01 Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil;
- 01 Oficina de Geração de Renda (OGR);
- 01 Unidade de Acolhimento Adulto (UAA).

B2) Grupo Solução e Gestão (GSEG):

Trata-se de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público-OSCIP, com personalidade jurídica, de direito privado, sem fins lucrativos, contratada por processo licitatório.

A GSEG possui 150 colaboradores responsáveis pela gestão e funcionamento dos serviços abaixo:

- 05 Unidades de Saúde da Família (13 equipes). Destas, duas possuem o Programa Saúde na Hora com horários de atendimento estendidos à população;
- 01 Centro Especializado em Reabilitação (CER IV);
- 01 Residencial Terapêutico.

B3) Outros serviços terceirizados

A Secretaria Municipal de Saúde SMS possui convênios com serviços complementares na Atenção Hospitalar e Ambulatorial especializada, em procedimentos com finalidade diagnóstica, procedimentos clínicos, procedimentos cirúrgicos e internações.

4.1 Atenção Primária à Saúde

Segundo a Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a

ambas os princípios e as diretrizes definidas: a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi recentemente atualizada pelo Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), que estabeleceu a revisão de diretrizes no âmbito do SUS. A Estratégia de Saúde da Família é reafirmada como forma de organização prioritária para consolidação e qualificação da atenção básica. A nova PNAB reconhece que outras estratégias de atenção básica podem ser aplicadas, contudo, a conversão em Estratégia Saúde da Família deve ser estimulada.

A PNAB 2017 reitera ainda a possibilidade de definir parâmetros populacionais de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Primária (eAP) e equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica, dentre estas especificidades encontra-se a existência da rede privada de saúde cuja taxa de cobertura em porcentagem por planos de saúde, conforme dados atualizados em 05/07/2020 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é de 24,7% no Brasil.

As ações e serviços realizados na Atenção Básica à Saúde devem oportunizar o contato do usuário para atenção e cuidado continuado, incluem acolhimento e atenção à demanda espontânea, às urgências e emergências e as ações programáticas de acordo com as linhas de cuidado. Estas ações compreendem a atenção individual e coletiva, a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, atividades de vigilância em saúde, coordenação do cuidado, incluindo o acesso a ações e serviços fora do âmbito da atenção básica; construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em

saúdes tais como: matriciamento, atividades de ensino com ênfase no acompanhamento de estágios, residências e educação permanente e o fortalecimento do controle social.

4.1.1 Equipes de Atenção Primária e de Saúde Bucal

Atualmente, o município possui seis Unidades Básicas de Saúde e dezenove Unidades de Saúde da Família, 49 equipes de Saúde da Família (eSF) e 9 equipes de Atenção Primária (eAP), apresentando uma cobertura de Atenção Básica de 100% e de Estratégia de Saúde da Família de 64,24%, com previsão de expansão das eSFs e das eAPs para o próximo quadriênio.

O Programa Mais Médicos (PMM) está presente no município desde 2012, atualmente, de um total de 49 equipes de Saúde da Família o Programa acontece em 35 (71,42%). O aperfeiçoamento destes profissionais se dá pela integração ensino-serviço, com a participação em curso de especialização e atividades de ensino, pesquisa e extensão.

As ações de aperfeiçoamento são realizadas com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas, sendo 32 horas para atividades nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município e 8 horas para interação na plataforma do curso de especialização e nas atividades de aperfeiçoamento técnico-científico.

Em 2019 o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro, o programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, atrelado aos seguintes critérios:

- Cadastramento da população com vinculação a uma equipe de atenção primária (eAP) ou equipe de saúde da família (eSF), considerando critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica;
- Desempenho das equipes a partir do monitoramento dos resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES;

- Incentivo para ações estratégicas que contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com as especificidades e prioridades em saúde de cada município, os aspectos estruturais das equipes e a produção em ações estratégicas em saúde.

Para o ano de 2020, foram elencados e pactuados de forma tripartite sete indicadores que atendem às seguintes ações essenciais:

SÃO **INDICADORES** PARA O ANO DE 2020

- | | |
|---|---|
|  <p>1 Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; Saúde da Mulher;</p> |  <p>5 Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; Saúde da Criança ou Imunização (Escolher um);</p> |
|  <p>2 Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; Saúde da Mulher;</p> |  <p>6 Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; Doenças Crônicas ou Condições Crônicas (Escolher um);</p> |
|  <p>3 Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; Saúde da Mulher;</p> |  <p>7 Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada. Doenças Crônicas ou Condições Crônicas (Escolher um).</p> |
|  <p>4 Cobertura de exame citopatológico; Saúde da Mulher;</p> | |

A Diretoria de Governo Eletrônico da SMS elaborou Manual de Indicadores o qual foi compartilhado com a Rede de Atenção Primária à Saúde, para auxílio ao correto preenchimento dos dados no sistema G-MUS. Neste sistema foi criado uma ferramenta para acompanhamento quadrimestral das Unidades de Saúde dos 07 Indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A elaboração de um aplicativo para acompanhamento dos indicadores por Unidade de Saúde é mais uma estratégia que está sendo planejada.

Toda a Rede de Atenção Primária do município recebeu, em setembro de 2020, capacitação quanto ao novo modelo de financiamento a partir do Programa Previne Brasil e, no mês de Julho de 2021 foram apresentados os resultados que cada equipe de saúde alcançou no primeiro quadrimestre de 2021, para que as equipes pudessem conhecer seus indicadores e planejar ações para qualificá-los.

Em relação à Saúde Bucal, são realizadas várias ações tanto na área da prevenção como na área das atividades curativas/restauradoras, efetivando o cuidado em todos os ciclos de vida: criança, adolescente, adulto e idoso. Entre elas, podemos ressaltar o Programa de Promoção à Saúde Bucal nas escolas municipais, estaduais, oficinas para grupos multiplicadores (agentes comunitários, educadores, professoras, merendeiras, entre outros), participação no PSE (Programa Saúde na Escola); Campanha de Prevenção ao Câncer de Boca (Maio Vermelho); procedimentos clínicos da atenção básica desenvolvido junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) e procedimentos clínicos nas especialidades Periodontia e Estomatologia, atenção à gestante a ao pré-natal; atenção às doenças crônicas; atenção aos pacientes com HIV/Aids e Hepatites virais; atenção à pessoa com deficiência, atenção à população em situação de rua.

Novo Hamburgo atualmente conta com 07 Unidades com equipes de Saúde Bucal (eSB), compostas de 01 CD (Cirurgião-dentista) e 01 TSB (Técnico de Saúde Bucal) ou ASB (Auxiliar de Saúde Bucal), além de outras 14 Unidades com 01 CD prestando atendimento odontológico, todas vinculadas às equipes de APS, possibilitando a ampliação do acesso da população aos profissionais e práticas da Saúde Bucal.

Durante o ano de 2019 foram realizados 46.235 atendimentos odontológicos nas unidades de saúde do município, sendo a maior parte relacionada ao tratamento das doenças cárie e periodontal.

Pode-se afirmar com base em dados epidemiológicos do município de Novo Hamburgo que houve um importantíssimo declínio na prevalência da cárie dentária entre os escolares. Levantamento epidemiológico realizado em 1993 detectou crianças livres de cárie com 5-6 anos em 28% das examinadas e o índice CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados Permanentes) aos 11-12 anos era de 2,78. Em 2019, a percentagem de crianças livres de cáries 5-6 anos ficou em 63% e o CPO-D aos 11-12 anos estava em 0,30. Segundo documento intitulado «Global Goals for Oral Health», a OMS sugeriu que, no ano de 2020, 80% das crianças com 6 anos de idade deveriam estar livres de cáries e, aos 12 anos, o índice CPO-D deveria ser inferior a 1,5. Houve, então, uma melhora no índice da idade 5-6 anos,

apesar de não alcançar o idealizado. E houve uma melhora significativa no CPO-D 11-12 anos, ultrapassando a meta da OMS.

Apesar disto, a cárie dentária e a doença periodontal continuam sendo um grande problema de saúde pública em todas as idades. Nos adultos e idosos, provavelmente a redução da cárie é menos significativa, tendo em conta o caráter cumulativo das sequelas da doença. No que diz respeito às condições periodontais, tais problemas aumentam significativamente, de modo geral, com a idade. A magnitude desses e dos demais problemas de saúde bucal constituem um desafio a ser enfrentado com responsabilidade, e assim contribuir para a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida da população de Novo Hamburgo.

Dentre os indicadores elencados para o pagamento por desempenho das equipes da AB em 2020, de acordo com a Portaria Nº 3.222/2019, se encontra a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, que no primeiro quadrimestre de 2021 foi de 39,66%, buscando através da implementação de ações articuladas com as equipes de saúde atingir 60%, conforme preconiza o Programa Previne Brasil.

Em relação ao Programa de Promoção de Saúde Bucal nas Escolas Públicas de Novo Hamburgo realizado desde 1993, no ano de 2019 foram realizadas as seguintes ações:

Levantamento Epidemiológico	3.486
Educação em Saúde Bucal (ESB)	643
Higiene Bucal Supervisionada (HBS)	9.056
Bochecho de Flúor	16.827
Escovação e uso do fio dental	1.047.880
TOTAL	1.077.892

Os objetivos para o próximo quadriênio quanto a saúde bucal estão: ampliar a cobertura das equipes de saúde bucal na atenção básica, implantar o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o serviço de atendimento odontológico de urgência e emergência 24 horas, buscando paulatinamente a constituição de novos

padrões de saúde bucal na comunidade, dando, além do enfoque da Odontologia Preventiva e Social, também o enfoque da Saúde Bucal Coletiva, procurando atingir as metas estabelecidas.

4.1.2 Equipe de Consultório na Rua (eCR)

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) foi instituída através do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 para assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as diversas políticas públicas desenvolvidas pelos órgãos do Governo Federal.

Em Novo Hamburgo, o Consultório na Rua foi implantado em 2018, possui uma equipe de Consultório na Rua (eCR), cujos princípios norteadores são os da promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade. A Unidade Básica de Saúde Primavera é referência para o atendimento médico e odontológico para esta população, a eCR realiza abordagem nos locais onde as pessoas em situação de rua estabelecem sua moradia provisória e no Centro Pop de Novo Hamburgo.

O atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, são assuntos que devem ser constantemente abordados com as equipes de saúde. A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em 2008, revelou que 18,4% das pessoas em situação de rua já passaram por experiências de impedimento de receber atendimento na rede de saúde, por conta disso, essa população acaba por não procurar atendimento médico a não ser em casos de urgência e emergência.

De acordo com o censo realizado pela Universidade Feevale, em 2019, Novo Hamburgo possuía uma população adulta em situação de rua de 215 pessoas, hoje este número aumentou significativamente com a Pandemia COVID-19. A maioria apresentava idade média de 39 anos, sendo que 33,3% tinham entre 30 e 49 anos, seguido de 24,4% com idade entre 19 e 29 anos, cabe destacar que as idades da

amostra variaram entre 19 e 67 anos. Quanto ao sexo, 86,5% eram homens e 13,5%, mulheres. No que se refere à cor ou raça, 50% dos participantes autodeclararam-se brancos e 45,3%, pardos e negros. Ainda 83,4% não possuíam companheiro(a) e 57,4% possuíam filhos. Analisando-se apenas aqueles que possuíam filhos, a média foi de 2,4 filhos por pessoa. Em relação aos principais motivos pelos quais os participantes passaram a morar na rua, 70,6% dos entrevistados relataram problemas familiares e 45,3% referiram o uso de álcool/drogas, o desemprego foi o terceiro motivo mais comum, com 19,4%, seguido de adoecimento psíquico, com 4,7% das respostas.

Ainda de acordo com este estudo, a patologia que se sobressaiu dentre as relatadas foi a depressão, citada por 28,8% dos participantes, e quando compatibilizadas, o grupo geral de sintomas ou doenças mentais (depressão, ansiedade, transtorno bipolar, esquizofrenia, síndrome do pânico e insônia), chegou-se a um percentual de 62,8%. Além disso, foram observadas outras patologias recorrentes, como dores crônicas (18,9%) e HIV (13,5%). Somando-se o percentual de HIV, hepatite e sífilis (27%), visualiza-se uma disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) entre essa população, onde o município tem como metas levar a informação a respeito de formas de prevenção e tratamento a estas patologias, garantir a distribuição de métodos contraceptivos bem como realizar rotineiramente os testes rápidos a livre demanda dessa população.

Sobre o uso de medicações, 38% dos entrevistados relataram utilizar alguma terapia medicamentosa, enquanto 62% referiram não utilizar nada. Ao serem questionados sobre o uso de substâncias psicoativas, 81,7% responderam que utilizavam, enquanto 18,3% revelaram que não. Cabe observar que 3,5% dos participantes não responderam essa questão e 1,8% assinalaram a opção “outras drogas”, citando o uso de LSD, etanol e lança-perfume. Analisando-se os casos daqueles que afirmaram fazer uso de alguma substância psicoativa, no que se refere à dependência, o cigarro foi citado por 74,3% dos participantes e o crack por 64,7%. Quanto ao uso nocivo, 23,5% dos entrevistados citaram o crack e 12,4% o cigarro. Dentre as substâncias classificadas como de uso recreativo, a maconha foi citada por 51,7% dos entrevistados e o álcool por 30,8%.

Ações como rodas de conversa para trabalhar estas temáticas, abordando o autocuidado e assuntos de interesse desta população vinculando-os a eCR, oportunizando a abordagem conjunta com a equipe de saúde mental em casos específicos, trabalhando a questão da violência e agressividade entre eles, são de extrema relevância para intervir neste contexto.

A eCR tem como meta para o quadriênio, além das acima relatadas, capacitar toda a Rede de Atenção à Saúde sobre o atendimento qualificado e humanizado aos moradores de rua, bem como retomar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) aos portadores de tuberculose e a implementação de ações preventivas de saúde bucal, com distribuição de kits de higiene.

4.2 Política de Alimentação e Nutrição (PAN)

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas públicas como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) têm objetivo comum de levar saúde, autonomia no cuidado e cidadania aos brasileiros.

A atual situação epidemiológica brasileira é um objeto em transição, com a coexistência de desnutrição, doenças infecciosas e parasitárias, ao lado da obesidade, doenças cardiovasculares e câncer, coexistindo nas mesmas comunidades e, muitas vezes, no mesmo domicílio, demonstrando assim a importância das ações de alimentação e nutrição no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS).

Estas demandas emergentes e crescentes em atenção à saúde decorrem, principalmente, dos agravos que acompanham as doenças crônicas não transmissíveis e as deficiências nutricionais, ambos os grupos associados ao modo de vida e má nutrição.

Com a Pandemia do novo Coronavírus, em 2020, embora ainda existam poucas evidências sobre alimentação e COVID-19, sabe-se da importância de um estado nutricional adequado para a manutenção da saúde dos indivíduos, este decorrente tanto de uma ingestão adequada quanto de atividade física regular.

4.2.1 Cenário Epidemiológico da Má Nutrição em Novo Hamburgo

No município de Novo Hamburgo, quando comparamos os anos de 2019 e 2020, o ano da Pandemia, os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), mostram que houve um aumento do excesso de peso em quase todas as faixas etárias: crianças de dois até dez anos, adolescentes e adultos. Na adolescência ocorreu a mudança mais significativa. Em 2019, 36,86% dos adolescentes avaliados estavam com excesso de peso e em 2020, este percentual subiu para 51,49%. Na fase adulta, em 2019, 77,45% dos avaliados apresentavam excesso de peso e em 2020 este percentual aumentou para 78,03%. Tanto gestantes quanto os idosos mantiveram percentuais altos para o excesso de peso com 58,97% e 64,19%, respectivamente. As faixas etárias de zero a 06 meses e de seis meses a dois anos, tiveram aumento no percentual de eutrofia (estado nutricional adequado para a idade), de 71,21% para 76,52% e de 59,20% para 65,21%, respectivamente.

Os dados analisados abaixo foram retirados da plataforma do E-Gestor no perfil do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional em junho/2021. (<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan>).

a) Crianças de zero a seis meses (Peso x Comprimento)

Ano	Magreza acentuada	Magreza	Eutrófico	Risco sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade	Total
2019	6,06	1,52	71,21	15,15	3,03	3,03	66
2020	0,89	3,88	76,52	14,29	3,88	0,55	903
RS	1,52	4,23	74,23	13,92	4,22	1,88	-
Brasil	2,41	4,71	69,66	14,55	5,12	3,55	-

b) Crianças de seis meses a dois anos (Peso x Comprimento)

Ano	Magreza acentuada	Magreza	Eutrófico	Risco sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade	Total
2019	0,87	1,39	59,20	28,82	6,42	3,30	576
2020	0,31	1,76	65,21	21,76	7,05	3,91	1305

RS	0,82	1,67	63,20	21,32	8,38	4,62	-
Brasil	2,03	2,43	60,53	20,07	8,51	6,43	-

c) Crianças de dois a cinco anos (IMC)

Ano	Magreza acentuada	Magreza	Eutrófico	Risco sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade	Total
2019	0,74	1,41	63,99	20,34	7,72	5,79	1347
2020	1,52	2,33	63,52	17,60	7,23	7,81	858
RS	1,43	2,10	56,58	20,29	9,87	9,73	-
Brasil	3,27	3,51	60,72	16,27	8,03	8,18	-

d) Crianças de cinco a sete anos (IMC)

Ano	Magreza acentuada	Magreza	Eutrófico	Risco sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade	Total
2019	1,48	2,76	67,19	16,06	6,80	5,71	1015
2020	0,78	2,94	63,53	13,73	6,86	12,16	510
RS	1,13	1,90	58,11	18,35	10,43	10,07	-
Brasil	2,75	3,4	63,93	14,69	8,16	7,07	-

e) Crianças de sete a dez anos (IMC)

Ano	Magreza acentuada	Magreza	Eutrófico	Risco sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade	Total
2019	0,81	1,88	63,95	15,7	12,29	5,38	1115
2020	0,71	1,43	50	18,57	16,07	13,21	280
RS	0,85	1,53	53,27	19,98	15,18	9,20	-
Brasil	1,81	3,05	61,19	17,41	11,09	5,44	-

f) Adolescentes (IMC)

Ano	Magreza acentuada	Magreza	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade	Obesidade Grave	Total
2019	0,83	2,59	59,74	19,42	12,87	4,57	1818
2020	0,59	2,14	45,78	25,45	18,79	7,25	841
RS	0,58	1,85	54,79	22,35	15,08	5,35	-

Brasil	1,05	2,92	64,24	19,87	9,52	2,39	-
--------	------	------	-------	-------	------	------	---

g) Adultos (IMC)

Ano	Baixo Peso	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade Grau I	Obesidade Grau II	Obesidade Grau III	Total
2019	1,58	21,97	29,97	24,66	13,43	8,39	2599
2020	1,52	20,45	29,29	24,81	13,46	10,47	3619
RS	1,23	24,28	32,55	23,57	11,13	7,24	-
Brasil	2,08	31,53	34,83	19,99	7,71	3,85	-

h) Idosos (IMC)

Ano	Baixo peso	Eutrofia	Sobrepeso	Total
2019	8,88	24,42	66,79	557
2020	8,48	27,33	64,19	955
RS	8,89	31,07	60,04	-
Brasil	12,03	36,23	51,74	-

i) Gestantes (IMC)

Ano	Baixo peso	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade	Total
2019	11,23	28,82	31,26	28,69	739
2020	10,13	30,9	28,22	30,75	1382
RS	9,93	29,92	28,52	31,64	-
Brasil	14,2	33,88	28,64	23,28	-

Considerando estes perfis nutricionais e o contexto atual de crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de risco, como a inatividade física e a alimentação inadequada, é imprescindível reorganizar, qualificar e ampliar as ações para o enfrentamento da complexidade da situação de má nutrição da população de Novo Hamburgo na Rede de Atenção à Saúde.

4.2.2 NUTRIR - Centro de Educação Nutricional

A Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, implantou em 24 de Setembro de 1998, o NUTRIR - Centro de Educação Nutricional, junto a Escola Municipal de Ensino Fundamental Arnaldo Grin e Escola Municipal de Educação Infantil Favo de Mel, no Bairro Santo Afonso, tendo como principal objetivo a redução da mortalidade infantil através da melhoria do padrão alimentar da comunidade, incentivando o uso de alternativas alimentares de baixo custo e alto valor nutricional.

A proposta inicial previa a implantação de uma Padaria Comunitária para produção da farinha múltipla e alimentos enriquecidos (pães, bolos, cucas), através de uma experiência solidária na área de alimentação e nutrição, resgatando a autonomia no cuidado e saúde das gestantes e crianças com baixo peso atendidas por este serviço.

Para a operacionalização desta proposta, foram constituídas oficinas como um espaço potente para ações de educação em saúde com estreitamento de laços com a comunidade e fortalecimento da parceria na Padaria Comunitária. Inicialmente foram formatadas 03 oficinas: Oficina de Reabilitação Nutricional (para crianças com baixo peso), Oficina de Educação em Saúde (obesos, escolares, diabéticos, hipertensos) e Oficina para Agentes Multiplicadores (agentes comunitários, merendeiras, entre outros).

Ao longo de 12 anos (1998/2010), a equipe do Nutrir implementa a proposta inicial desenvolvendo atividades nos eixos da Educação, Assistência ao Usuário do SUS e Gestão de Políticas Públicas na área de alimentação e nutrição, priorizando ações voltadas para a criança, os adolescentes e gestantes, com ênfase ao atendimento interdisciplinar em interconsultas e a descentralização das oficinas de educação alimentar com atividades intersetoriais (CAPS, Pastoral da Criança, CRAS, Rede Municipal de Ensino, etc...).

A gestão do NUTRIR está sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde que estabelece uma gestão compartilhada da equipe com coordenação técnica da SMS e coordenação administrativa da Fundação de Saúde de Novo

Hamburgo (FSNH) e, tem como objetivo, operacionalizar programas governamentais e implementar ações que visem a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde, a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados a alimentação e nutrição, implantando a atenção nutricional para todas as fases da vida dentro do Sistema Único de Saúde, tendo como referência as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

4.2.3 Principais diretrizes da Política da Alimentação e Nutrição no município

A estruturação desta Política no Município segue as Diretrizes da PNAN que indica linhas de ação para o alcance dos propósitos capazes de modificar determinantes e promover a saúde da população, em conformidade com os princípios do SUS.

4.2.4 Organização da Atenção Nutricional nos territórios

De acordo com a necessidade não só de garantir o acesso da população de Novo Hamburgo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, bem como ampliar a resolutividade destas ações na atenção básica, a PAN Municipal, propõe a divisão por territórios com uma nutricionista de referência para cada território, estabelecendo a configuração mínima de acordo com o contingente populacional de cada território assim distribuídos:

- Território 01: UBSs Primavera e Rincão, USF Boa Saúde, Roselândia e Petrópolis;
- Território 02: UBSs Santo Afonso e Liberdade, USFs Liberdade, Kroeff e Palmeira;
- Território 03: USFs Kephas, Redentora, São Jorge e Kramer.
- Território 04: UBS Canudos, USFs Morada dos Eucaliptos, Getúlio Vargas e Iguaçu;
- Território 05: USFs Guarani, Rondônia, Lomba Grande, Operário e Rondônia II;

- Território 06: UBS Kunz e USF Mundo Novo.

No âmbito da Atenção Básica, a atuação do nutricionista deve ser conjunta com as equipes de saúde com respostas para as demandas e necessidades dos usuários, observando situações de risco e vulnerabilidade, como obesidade, desnutrição, carências nutricionais, doenças crônicas não transmissíveis, indivíduos portadores de necessidades alimentares específicas identificando outros pontos de atenção na rede de serviços, fortalecendo ações intersetoriais.

Todos os programas da Atenção Básica sob gestão da Política de Alimentação e Nutrição (Programa Bolsa Família, Crescer Saudável, Vigilância Alimentar e Nutricional, entre outros), terão sua execução sob responsabilidade das equipes das Unidades de Saúde e gerenciamento da nutricionista referência do território.

4.2.5 Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS)

Considerada uma das vertentes da Promoção à Saúde, a implantação desta diretriz no município fundamenta-se no incentivo, apoio, proteção e promoção de saúde combinando iniciativas focadas em políticas públicas, criação de ambientes favoráveis, ações comunitárias, desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes, orientação dos serviços na perspectiva da promoção de saúde.

Nesta diretriz, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é compreendida como um campo de conhecimento e prática contínua e permanente com caráter interdisciplinar e intersetorial que visa promover a autonomia na prática de hábitos alimentares saudáveis no contexto do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável.

Importante ressaltar que a responsabilidade das equipes com esta diretriz transcende os limites da unidade de saúde, inserindo-se em espaços comunitários, escolas, creches, associações comunitárias, CAPS, CRAS, entre outros.

Nesta diretriz, destacam-se as seguintes ações:

- Oficinas de Culinária – desenvolvidas no NUTRIR - Centro de Educação Nutricional, em escolas, espaços comunitários ou em Unidades de Saúde devidamente aparelhadas para isso. Consiste em atividade teórico-prática onde se vivencia a produção de uma receita saudável e oportuniza a troca de saber entre usuários e técnicos, estimulando através da educação nutricional a autonomia do cuidado;
- Projeto Nutrição em Cena – financiado com recursos do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), projeto que utiliza a linguagem do teatro como ferramenta para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e promoção de saúde. A apresentação de esquetes e espetáculos teatrais com enfoque para aspectos relacionados a temáticas como a promoção do aleitamento materno, alimentação saudável e obesidade infantil, demonstrou ser uma forma efetiva de transmissão de conhecimento, sensibilização e conscientização para a adoção de novas práticas em alimentação e nutrição;
- Atividades de Educação Nutricional: planejamento de atividades de educação nutricional com alunos de EMEIs, EMEFs e Escolas Estaduais como ação de enfrentamento da obesidade infantil e má nutrição nas escolas com adesão ao PSE/Crescer Saudável;
- Grupos de Educação em Saúde: as ações de educação nutricional com grupos nas Unidades de Saúde favorecem a troca de experiência e conhecimentos teóricos e práticos entre os usuários e técnicos, estimulando a mudança de prática alimentares insatisfatórias com efetiva mudança de comportamento alimentar com recursos disponíveis na comunidade;
- Ações intersetoriais: considerando o caráter intersetorial da Política de Alimentação e Nutrição, é fundamental a participação da equipe em ações, eventos e campanhas organizadas por outras políticas e/ou setores, como o “Outubro Rosa” e “Novembro Azul”, Semana do Aleitamento Materno, Dia Mundial da Alimentação, entre outros. O Comitê Intersetorial do Programa Bolsa Família também tem se mostrado fundamental para o efetivo exercício do trabalho intersetorial, onde Saúde, Educação e Assistência Social

constroem juntos projetos e ações para beneficiários do Programa Bolsa Família, como exemplo o “Projeto: PÃO - Protagonismo, Ação e Oportunidades”. Este projeto retoma a importância das oficinas para o resgate da cidadania deste público.

- Guia Alimentar: importante ferramenta do Ministério da Saúde disponível para as equipes da atenção básica para ações de educação alimentar.

4.2.6 Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

O SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), a partir de dados gerados os atendimentos da atenção básica em interface com o Sistema G-MUS, tem como objetivo monitorar o consumo alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos no SUS, em todos os ciclos da vida, apoiando os profissionais no diagnóstico local e oportuno de agravos alimentares e nutricionais e levantamento de marcadores de consumo identificando fatores de risco e/ou proteção, como o aleitamento materno e a introdução de novos alimentos.

Atualmente, com a integração dos Sistemas (G-MUS, E-SUS, Sistema Bolsa Família e SISVAN), as equipes de saúde estão sendo permanentemente orientadas quanto a importância de aferir o peso e a altura dos usuários das Unidades de Saúde e inserção destes dados no campo correto do Sistema G-MUS), desta forma os dados migram para todos os outros sistemas garantindo o acompanhamento dos usuários do Bolsa Família, Crianças do Crescer Saudável e dados de perfil nutricional da população sempre atualizados.

O Projeto “Fortalecimento da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica”, escrito em 2020, detalha a sequência de ações que implementam esta diretriz: levantamento das necessidades de equipamentos, aferição dos existentes, implantação da Oficina Permanente de Antropometria para capacitação das equipes e emissão de nota técnica.

4.2.7 Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição

A PAN representa uma estratégia para a articulação entre dois sistemas: O SUS (Sistema Único de Saúde) e o SISAN (Sistema de Segurança Alimentar e

Nutricional), possuindo uma natureza transversal com as demais políticas de saúde e um caráter intersetorial, sendo seu maior desafio a construção de uma agenda comum com os demais setores do governo, programas e ações do SUS.

A perspectiva intersetorial da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas nesta área requerem parcerias com outros setores, educação, ação social, cultura, esporte e lazer entre outros.

A PAN municipal tem participação ativa no Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA), na Comissão Intersetorial do Programa Bolsa Família, no Núcleo Municipal de Educação em Saúde, Comitê de Mortalidade Materna e Infantil e Colegiado de Residência Multiprofissional, fortalecendo o trabalho intersetorial e interinstitucional na implantação de ações de segurança alimentar e nutricional no município.

4.2.8 Qualificação da força de trabalho

A educação permanente em saúde revela-se na principal estratégia para qualificação das práticas do cuidado, gestão e participação popular. O NUMESC constitui-se no espaço de discussão, planejamento e articulação de ações de qualificação das equipes planejadas pela PAN, através da articulação de parcerias com instituições formadoras para desenvolvimento de projetos de formação em serviço, criação e implantação de protocolos, pesquisas na rede de atenção do SUS.

Nesta diretriz, foi aprovado o Plano de Trabalho da Residência Multiprofissional com ênfase em Família e Comunidade, da Universidade Feevale, bem como os planos de estágio curricular na área de nutrição das Universidades Feevale e Unisinos, constituindo-se tanto a residência quanto os estágios um importante espaço de troca de conhecimentos entre o campo e a academia. Assim, as nutricionistas da Atenção Básica também disponibilizam parte da sua carga horária para supervisão de estágios curriculares e preceptoria da residência.

4.2.9 Principais Programas e Ações sob responsabilidade da PAN Municipal

A) Programa Bolsa Família (PBF)

Programa Intersetorial, com interface entre assistência social, saúde e educação, sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Prevê a transferência direta de renda destinada às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, no qual o recebimento do auxílio está vinculado ao cumprimento de condicionalidades assumidas pelas famílias e pelo poder público nas três áreas envolvidas. As condicionalidades de saúde são: acompanhamento da situação vacinal, do crescimento e do desenvolvimento de crianças menores de sete anos de idade, mulheres entre 14 e 44 anos e assistência ao pré-natal e puerpério. Através do monitoramento dos dados inseridos no Sistema G-MUS, o acompanhamento dos indivíduos beneficiados pelo Programa tem sido crescente e mesmo com a Pandemia do Coronavírus, o município conseguiu manter e até ampliar este acompanhamento (ver gráfico abaixo).

Responsabilidades da gestão da PAN: garantir a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa, tais como: fazer parte da coordenação intersetorial do Programa; implantar a Vigilância Alimentar Nutricional (VAN); estimular e mobilizar as famílias, capacitar as equipes de saúde para identificação, acompanhamento e inserção dos dados de acompanhamento no sistema G-MUS.

Gráfico 14: Série Histórica de acompanhamento do Programa Bolsa Família, Novo Hamburgo, RS, 2012-2021.



Fonte: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio>.

B) Guia Alimentar para População Brasileira

Documento oficial do Ministério da Saúde que apresenta um conjunto de informações e recomendações sobre alimentação adequada e saudável. Considerado uma ferramenta importante para subsidiar as políticas, programas e ações locais que visem a incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população.

Responsabilidades da gestão da PAN: capacitar as equipes de saúde, grupos populacionais, trabalhadores da educação, entre outros, ao uso do guia alimentar.

C) Programa PSE/Crescer Saudável

O Programa Crescer Saudável consiste em um conjunto de ações a serem implementadas no âmbito do Programa Saúde na Escola, com o objetivo de contribuir com a prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil de crianças até 10 anos. O município fez adesão a este programa em maio de 2019 com o compromisso de implementar as ações preconizadas. Em nova adesão do PSE (2021/2022), o município pactuou ações com 38 Escolas: 17 EMEIs, 16 EMEFs e 05 EEEFs.

4.2.10 Linha Cuidado Sobrepeso e Obesidade

No ano de 2018, o Município de Novo Hamburgo, encaminhou ao Estado um documento manifestando o interesse em aderir a “Linha do Cuidado para Sobrepeso e Obesidade”, conforme a Portaria 424, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, onde o município tem como meta a implantação da linha inicialmente na Atenção Primária em Saúde, com o acolhimento do usuário, a coleta de dados antropométricos que possibilitem traçar um perfil e planejar ações que venham a modificar o perfil nutricional dos territórios e também proporcionar ações adequadas de prevenção e tratamento da obesidade no município. Portanto, a implantação desta linha favorecerá mudanças importantes no perfil nutricional do município diminuindo os agravos da obesidade e cronificação de doenças.

4.3 Atenção à Saúde Materno Infantil

As mulheres constituem a maior parte da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde, já que é sabido que situações como gênero, raça, etnia, vulnerabilidade, idade, entre outras, aprofundam ainda mais as desigualdades vividas pelas mulheres, exigindo assim que o SUS direcione cada vez mais o olhar para este segmento da população brasileira (Ministério da Saúde, 2015).

De acordo com o último censo realizado em 2010, Novo Hamburgo possuía uma população feminina de 123.174, onde 16,74% encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos de idade, 15,6% de 40 a 49 anos e 14,89% de 30 a 39 anos.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada pelo Ministério da Saúde em 2004, surgiu a partir da necessidade do Ministério da Saúde, de contar com diretrizes técnico-políticas para a atenção à saúde das mulheres no País. A PNAISM foi elaborada em parceria com outras áreas e departamentos do Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres.

A Secretaria Municipal de Saúde estrutura suas ações em consonância com os preceitos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que são de: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

As ações planejadas buscam fortalecer e qualificar os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Básica como principal porta de entrada do Sistema para o cuidado da mulher em todas as fases da vida através do estabelecimento de vínculo, garantindo a oferta de exames preventivos, testes rápidos para ISTs, assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva, bem como a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes e a atenção à saúde da mulher no climatério, qualificando a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual em parceria com a saúde mental.

Outra ação importante à Saúde Integral da Mulher é o rastreamento do Câncer de Mama e lesões de Câncer de Colo de Útero, através de coleta do exame citopatológico do colo do útero em todas as Unidades de Saúde. O Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) - que é uma versão em plataforma web que integra os sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), é disponibilizado pelo Ministério da Saúde através do DATASUS. Este sistema tem por objetivo, enquanto ferramenta de gestão, fortalecer as ações de controle e prevenção destas alterações, gerando dados que subsidiam o monitoramento e a avaliação.

Com auxílio da ferramenta automatizada SISCAN, nossos serviços têm como objetivo captar mais precocemente casos que apresentem alteração, e também

ampliar o diagnóstico de câncer para mulheres com baixa adesão à atenção básica, garantir a realização de exame físico anual por profissional de saúde (inspeção e palpação de mamas), garantir cobertura de mamografias para a população alvo (faixa etária, risco familiar) e para os casos de detecção de alterações sugestivas, garantir seguimento para lesões precursoras.

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, e implantada no município no ano de 2013, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável, tem como objetivos: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Durante o segundo semestre de 2018 e primeiro semestre de 2019, a Secretaria Municipal de Saúde em parceria com o Projeto Educar Mamãe-Bebê da Universidade Feevale, ministrou um curso para os profissionais que atuam nas Unidades de Saúde e Hospitais do município, oportunizando, a partir de encontros mensais, aperfeiçoamento, atualização e troca de experiências aos trabalhadores da área. Participaram representantes da atenção primária, secundária e terciária, e profissionais de todas as categorias.

O Pré-natal é o período adequado para o preparo físico e psicológico para o parto, o nascimento, a maternidade e a paternidade, oportuniza também que os profissionais de saúde possam abordar assuntos tais como hábitos de saúde da família com a intenção de promover o bom andamento das gestações de baixo risco, bem como, de identificar precocemente alterações apresentadas, de modo a evitar um desfecho desfavorável, encaminhando a gestante de maneira adequada e oportuna para a realização de tratamento, ou se for o caso para um nível de assistência mais complexo.

No ano de 2019 ocorreu o lançamento do Protocolo Municipal de Pré-natal de Novo Hamburgo e o curso de atualização de Pré-natal organizado pela Rede Cegonha do Município, tendo como público os profissionais de nível superior de toda a Rede de Atenção à Saúde que realizam atendimento de Pré-natal, estendido para os municípios de referência para parto de alto risco no Hospital Municipal de Novo Hamburgo.

Em relação ao Pré-natal de Alto Risco, as gestantes do município são encaminhadas para realizar o acompanhamento Pré-natal no município de Porto Alegre, por ser a referência para esta especialidade, realizando consultas intercaladas com a Unidade de Saúde de referência preservando o vínculo com a equipe de saúde do território. O município oportuniza também consultas de consultoria com ginecologistas de referência da Rede de Atenção Básica municipal, atualmente existente na UBS Canudos, UBS Santo Afonso, UBS Primavera, Centro de Especialidades Médicas e SAE para gestantes acompanhadas por este serviço.

4.4 Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

O Ministério da Saúde (MS), para efeitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), segue o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera: “Criança” – pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, ou seja, de zero até completar 10 anos ou 120 meses, e como definição de adolescência o período de 10 e 19 anos, da mesma forma que compreende como juventude a população dos 15 a 24 anos (BRASIL, 2010, p. 46). Contudo que, segundo a Agenda Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica (2018), na realidade brasileira, adolescentes e jovens são definidos por diferentes aspectos, emergindo opiniões diferenciadas quanto às formas de situá-los nos marcos referenciais que os caracterizam.

Conforme as estimativas do IBGE de 2020, Novo Hamburgo possui uma população de 247.032 habitantes, sendo que 29,85% desta população tem menos de 19 anos de idade. A tabela abaixo apresenta uma estimativa populacional com subdivisão por faixa etária e número de atendimentos realizados na Rede de Atenção Primária em Saúde, no período de julho de 2020 a junho de 2021:

Tabela 29: Estimativa populacional com subdivisão por faixa etária x número de atendimentos realizados na Rede de Atenção Primária em Saúde, Novo Hamburgo, RS, 2020-2021.

Faixa Etária	Estimativa Populacional	%	Nº crianças e adolesc. atendidos jul/20 a jun/21	Nº atendimentos jul/20 a jun/21
De 0 a 11 meses e 29 dias	3.064	1,24%	715 (UBS) 1.610 (USF) Total: 2.326 (75% desta população)	2.857 (UBS) 8.791 (USF) Total: 11.648 (média de 3,8 atend. por criança)
De 1 a 9 anos	29.273	11,84%	3.673 (UBS) 9.941 (USF) Total: 13.614 (46,5% desta população)	9.669 (UBS) 28.639 (USF) Total: 38.308 (média de 2,8 atend. por criança)
Adolescentes de 10 a 19 anos	41.427	16,77%	2.906 (UBS) 8.037 (USF) Total: 10.943 (26,4% desta população)	6.896(UBS) 26.625 (USF) Total: 33.521 (média de 3,0 atend. por adolescente)

Fonte: G-MUS acesso em 26/08/21.

A tabela acima mostra que com o aumento da faixa etária diminui a procura por atendimento em saúde, principalmente entre 10 e 19 anos, evidenciando a importância de se estruturar ações para aproximar este público da assistência em saúde em todos os aspectos, abordando principalmente o uso de álcool e outras drogas, gestação na adolescência, obesidade, IST's (Infecções sexualmente transmissíveis), entre outros.

4.4.1 Comitê de Mortalidade Infantil e Materna (CMIM)

A Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, instituiu o Comitê de Mortalidade Infantil e Materna (CMIM), em 23 de Setembro de 2003 que ao longo dos anos passou por reestruturações, sendo a última em 26 de Março de 2015 através do Decreto Nº 6.757/2015, que também aprovou o seu Regimento Interno.

As reuniões do CMIM ocorrem mensalmente, orientadas pelo referido regimento, revisado e atualizado em julho de 2021, bem como pelo Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal do Ministério da Saúde.

O Comitê de Mortalidade Infantil e Materna (CMIM) é um comitê interinstitucional, de natureza consultiva, educativa e fiscalizadora e tem por objetivo geral, discutir de forma confidencial, ética e sigilosa, as circunstâncias da ocorrência de óbitos maternos, infantis e fetais ocorridas no Município, identificando e propondo ações estratégicas que contribuam para melhorar a qualidade da assistência, a fim de reduzir a mortalidade perinatal e infantil. Destacamos aqui, dentre outras, as atribuições de :

I – Analisar a investigação dos óbitos infantis e perinatais, seguindo critérios estabelecidos pelo Comitê Nacional/Ministério da Saúde, de acordo com a realidade e interesse local.

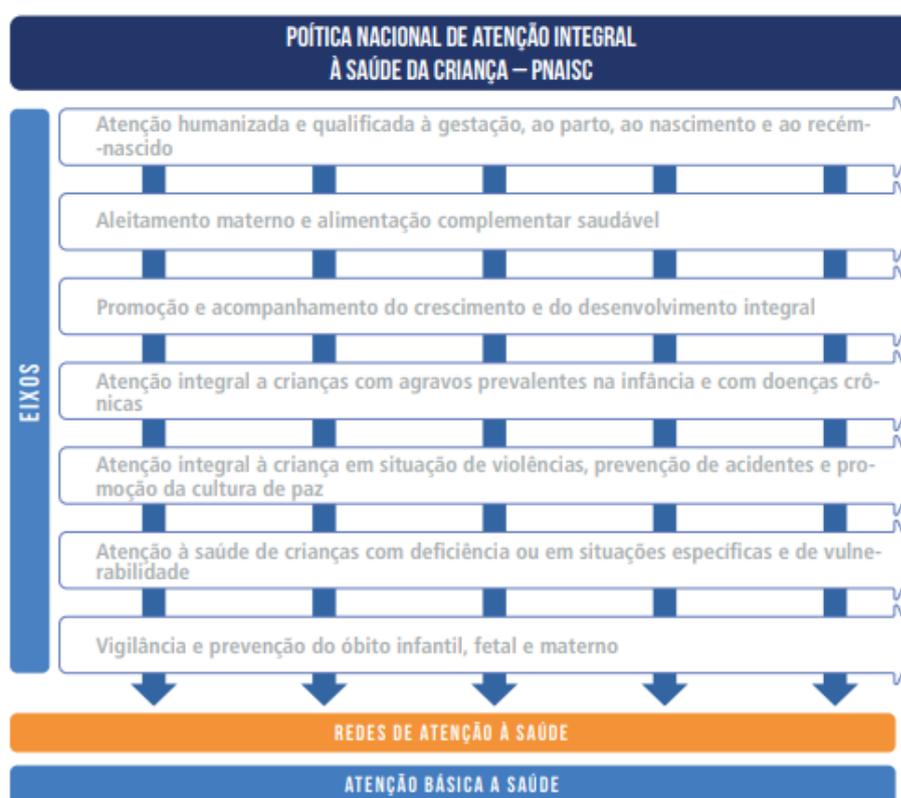
II - Sistematizar e consolidar as informações e elaborar relatórios técnicos periódicos para envio ao Secretário Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Prefeito.

III - Elaborar propostas para a construção de políticas municipais dirigidas à redução da mortalidade materna, infantil e perinatal.

Evidenciamos uma significativa diminuição da mortalidade de crianças de zero a um ano de idade no município, contudo, a Coordenação de Atenção à Criança, em conjunto com a Comissão Perinatal e o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde encontra-se diante do desafio pela manutenção da Agenda de Compromissos com a Saúde da Criança incluindo a Redução da Mortalidade Infantil como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. Isso vem a reiterar a importância das decisões e consequentes ações do Comitê de Mortalidade Materna Infantil, que são oriundas do estudo e da análise de situações problemas vividos de acordo com a realidade do município também considerando o contexto estadual, nacional e internacional.

Para superar tamanhos desafios e qualificar a Atenção Integral à Saúde da Criança nesses contextos, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem sido pautada como norteadora das ações, com base nos sete eixos estratégicos, a seguir conforme quadro abaixo:

Figura 2: Eixos PNAISC



Fonte: PNAISC, 2018.

Baseado em tais premissas e orientações, o município está elaborando o Protocolo de Saúde da Criança e do Adolescente com revisão técnica realizada por profissionais (pediatras, enfermeiros, nutricionista, psicólogo, entre outros), como um dos meios para compor e consolidar a implementação da PNAISC. Este trabalho também será seguido de capacitação e formação dos profissionais da rede no ano de 2022. Buscou-se consolidar uma linha em comum, principalmente, entre os serviços de atenção básica em saúde para, a partir daí, estabelecer maior qualificação no diálogo e na assistência à população considerando também os níveis de média e alta complexidade na assistência à saúde da criança e do adolescente.

4.4.2 Primeira Infância Melhor – PIM

O Programa Infância Melhor (PIM), instituído no ano de 2008 no município, e funciona intersetorialmente (Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Desenvolvimento Social e Secretaria Municipal de Educação) direcionado a famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de acompanhar as famílias orientando-as, promovendo a interação do cuidador e a criança através do brincar, valorizando o seu potencial, trabalhando sua autonomia, tornando-as protagonistas de seu crescimento, articulando a rede de serviços e realizando encaminhamentos implicados conforme necessidades das famílias, isto é, contribuindo para a melhora na qualidade de vida.

O trabalho se dá através de visitação domiciliar semanal que propõe acompanhar e garantir o desenvolvimento pleno e saudável das crianças – da gestação até cinco anos de idade ou ingresso na rede escolar. A modalidade de atenção pode ser individual – para gestantes e crianças menores de três anos, e em grupo para crianças maiores de três anos e gestantes.

Atualmente, o PIM de Novo Hamburgo está situado no território Getúlio Vargas, no Ginásio da EMEF Tancredo Neves, atendendo as comunidades Kipling, Getúlio Vargas, Esmeralda e Arroio Pampa, com 05 (cinco) visitantes, acompanhando 85 (oitenta e cinco) famílias e para o próximo ano ocorrerá ampliação do Programa com a atuação de mais 05 (cinco) visitantes no território de Santo Afonso, oportunizando o acompanhamento de um total de 180 famílias.

4.4.3 Programa Amigos do Bebê

O Programa “Amigos do Bebê” iniciou suas atividades em setembro de 1998, visando reduzir o índice de mortalidade infantil de Novo Hamburgo que na época se encontrava em 15,9%, superior aos 15,87% registrados no Rio Grande do Sul no mesmo período. Tem como população-alvo crianças de zero a um ano nascidas no Hospital Municipal de Novo Hamburgo, através da busca ativa dos bebês considerados de risco. O programa possui uma equipe composta por 01 (uma) enfermeira e 02 (duas) técnicas de enfermagem e está vinculado ao Departamento de Saúde da Criança na Gerência de Atenção Integral à Saúde/SMS/PMN. A equipe vem

acolhendo alunos para realização de estágios curriculares psicologia e residentes do curso de nutrição e enfermagem.

Algumas ações desenvolvidas pelo Programa:

- Visita ao leito com entrevista para as mães aplicando um instrumento de avaliação de risco do recém-nascido;
- Agendamento de revisão pós-parto para as mães e consulta de puericultura e teste do pezinho para os bebês nas Unidades Básicas de Saúde e/ou Estratégia de Saúde da Família antes da alta hospitalar;
- Orientação quanto a promoção do Aleitamento Materno exclusivo já nas primeiras horas de vida do bebê;
- Fortalecimento do vínculo mãe-bebê, tanto nas visitas ao leito quanto nas visitas domiciliares, e sua importância para a saúde física e psíquica do bebê;
- Visitas domiciliares após alta hospitalar para monitoramento do quadro de saúde dos recém-nascidos considerados em risco;
- Recolhimento de material para o Teste do Pezinho em todas as Unidades de Saúde e encaminhamento do material para análise;
- Encaminhamento dos bebês visitados para serviços da rede como: Conselho tutelar, centros de referência em assistência social, unidades de saúde, centros de atenção psicossocial e outros, conforme a situação encontrada;
- Articulação junto a Rede acerca da mortalidade infantil nos diferentes níveis de gestão.

4.4.4 Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola – PSE prevê a união das políticas públicas voltadas às crianças, adolescentes e jovens para promover saúde e educação integral, dá-se através da articulação intersetorial das redes de saúde, educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa.

Novo Hamburgo realizou a primeira adesão ao Programa Saúde na Escola no ano de 2013, composta por cinco unidades de saúde e cinco escolas, atualmente, o programa acontece em 25 Unidades de Saúde e 38 Escolas pactuadas, contando com

17 EMEIs, 16 EMEFs e 05 EEEFs.

As Escolas de Educação Infantil são consideradas prioritárias no programa. O número de educandos pactuados para o período de 2021- 2022 é de 12.270.

Nos últimos anos de PSE na cidade houve aumento da participação, incluindo atualmente 100% das Unidades de Saúde vinculadas ao programa. Em diversos territórios a demanda específica prevista no programa vem sendo atendida conforme as principais necessidades detectadas nas avaliações ocorrendo melhora nos indicadores da Saúde Bucal, acompanhamento junto à política nacional de alimentação e nutrição a partir da realização de avaliações antropométricas, realização de consultas oftalmológicas a todos os educandos que apresentarem alterações no teste de acuidade visual, criação de novos grupos de adolescentes, atualização da cobertura vacinal, entre outros resultados. A partir das avaliações são planejadas ações educativas como teatros, gincanas, mutirões e feiras possibilitando a reflexão sobre a importância de hábitos saudáveis, sempre com a participação das famílias.

Este processo foi corrente até o advento da Pandemia do COVID-19, que levou a um novo funcionamento do programa, com intensificação da comunicação on-line entre os profissionais da saúde e da educação, bem como os alunos atingidos diretamente pelo programa. As atividades, que requerem a presencialidade, vêm sendo retomadas de forma gradativa. O processo de retomada das atividades presenciais são desafiadoras e unem-se ao desafio de avançar no investimento em ações mais associadas ao enfoque psicossocial tais como: prevenção ao uso de álcool, tabaco; crack e outras drogas; direito sexual e reprodutivo e prevenção de IST/AIDS; promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos; prevenção das violências e dos acidentes.

O Programa Saúde na Escola prevê, ao todo, treze ações a serem realizadas em parceria entre Escolas e Unidades de Saúde, sendo que a décima terceira é relativa ao COVID -19, foi acrescentada em 2020, considerada essencial e obrigatória para todas as unidades, crianças e adolescentes envolvidos:

1- Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*.;

- 2- Promoção das Práticas Corporais da Atividade Física e do Lazer nas Escolas;
- 3- Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- 4- Promoção da Cultura da Paz, Cidadania e Direitos Humanos;
- 5- Prevenção das Violências e dos Acidentes;
- 6- Identificação dos Educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- 7- Promoção e Avaliação de Saúde Bucal e aplicação tópica de flúor;
- 8- Verificação da situação vacinal;
- 9- Promoção da segurança alimentar e nutricional, da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- 10- Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- 11- Direito sexual e reprodutivo e prevenção de ISTs/AIDS;
- 12- Promoção da Saúde Ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- 13- Ações de prevenção ao COVID 19.

O Eixo Estratégico V da PNAISC de Atenção Integral à Criança e adolescente em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz, entre outras frentes, também, vem sendo trabalhado com base na participação e em construções intersetoriais no comitê EVESCA (Comitê Municipal de Enfrentamento à Violência e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes). Trata-se de um Comitê Intersetorial composto por membros do Gabinete de gestão integrada com participação do Observatório da violência, Secretaria Municipal de Segurança Pública, Judiciário, Política da Saúde Mental, Política de Saúde da Criança e Adolescente, e Secretaria do Desenvolvimento Social. O comitê desenvolve ações e estratégias para enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no município atuando na qualificação do acolhimento, atendimento, notificação da violência e seguimento na rede de cuidado e proteção social. Participa da elaboração da Linha de Cuidado de atenção a crianças e adolescentes vítimas de violências.

4.4.5 Saúde do Adolescente

A garantia do acesso dos adolescentes à atenção primária se dá com ações educativas do Programa Saúde na Escola, com a criação de grupos de adolescentes promovendo o protagonismo jovem, com a utilização da Caderneta de Saúde do Adolescente e com acesso aos métodos contraceptivos, preservativos e planejamento familiar.

Nos casos de gestação na adolescência, atenção especial à adolescente com suas necessidades específicas, e nos casos de violência sexual, notificação e atenção aos casos através da Atenção Primária em Saúde.

Os adolescentes privados de liberdade são acompanhados pela Rede de Saúde através do Plano Operativo Local (POL). A Portaria 1.082 de 23/5/2014 habilita o município de Novo Hamburgo à adesão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), e em 2015, a Portaria 1.485 habilita o município a receber incentivos para aplicação do POL. O POL tem por objetivo estabelecer diretrizes para implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da atenção básica, média e alta complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação provisória.

4.5 Atenção à Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi instituída através da Portaria nº 1.944/09 no âmbito do SUS. É entendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que a qualidade de vida do homem, na faixa etária dos 20 aos 59 anos de idade, exige cuidados com a saúde. São muitos desafios a serem enfrentados, principalmente em relação às doenças que mais acometem os homens.

Os três eixos principais em que se baseia a PNAISH são: saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade; violências e acidentes em geral e o acesso/acolhimento dos homens na atenção básica, porta de entrada prioritária na

Rede SUS.

Esses eixos são abordados através da transversalidade entre as várias Políticas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e também na inter-relação entre as diversas Secretarias Municipais no que lhes compete a fim de construir a integralidade do cuidado da população masculina de 20 a 59 anos.

4.5.1 Eixo Saúde Sexual, Reprodutiva e Paternidade:

- a) O Serviço Atenção Especializada (SAE) - Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), fone de contato 3527-9139 ramal 9413;
- b) Planejamento Familiar, fone de contato 3097-9445 ramal 9348;
- c) Protocolo do Pré-natal do Município de Novo Hamburgo com inserção do pré-natal do Homem (em página virtual da PMNH item Rede Cegonha);

4.5.2 Eixo Violências e acidentes em geral:

- a) Campanha nacional de Violência no Trânsito: Diretoria Municipal de Trânsito, fone de contato 3594-8737;
- b) Guarda Municipal: assessoria de operacionalização e setor de Educação para o Trânsito, fone de contato 3594-9963;
- c) GT-Grupo de Trabalho Violências/violência sexual contra crianças e adolescentes - Gestão Integrada - setor de coordenação, fone de contato 3594-9962;
- d) EVESCA (Comitê Municipal específico sobre o Enfrentamento à Violência e Exploração Sexual a Crianças e Adolescentes, PMNH; fone de contato, 3524-8737/153;
- e) Departamento de Vigilância em Saúde do Trabalhador e Doenças e Agravos Não Transmissíveis (VISAT); Violências que impactam na morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes, inclusive casos de violência sexual e tentativas de suicídio), fone de contato 3527-1317.

4.5.3 Eixo Acesso/acolhimento dos homens na Atenção Básica:

a) capacitações permanentes e sensibilização para o atendimento da população masculina jovem e adulta, entre 18 e 59 anos (políticas de saúde e NUMESC), fone de contato 3097-9445 ramal 5522;

b) otimização/operacionalização de espaços de atendimento/acolhimento na rede de saúde (políticas de saúde), fone de contato 3097-9445 ramal 5522;

Como exemplo temos também as ações desenvolvidas pelo Serviço de Saúde Mental, SAE (Serviço de Atendimento Especializado), Atenção Básica de Saúde, Consultório na Rua, CER (Centro Especializado de Reabilitação), Secretaria de Desenvolvimento Social, e outros espaços que também abrangem/abordam essas temáticas.

É um processo contínuo de estruturação e amadurecimento da Rede SUS para avançar na resposta cada vez mais adequada às necessidades dessa população, combatendo preconceitos que tanto prejudicam esses indivíduos.

Isto impacta no bem-estar do indivíduo, seu núcleo familiar, o meio social onde vive e, por fim no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS): é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades.”

É um desafio e um dever da sociedade trabalhar para cada vez mais se aproximar desse objetivo.

4.5.4. Indicadores de Morbidade na Saúde do Homem

No período de 2019 até setembro de 2021, do total de internações ocorridas no Hospital Municipal de Novo Hamburgo, 42,2% foram homens e 57,6% mulheres. Considerando que a primeira causa de internações no município na faixa etária de 10 a 39 anos estão relacionadas a gravidez, parto e puerpério pode-se inferir que por outras causas que não as relacionadas a gravidez os homens internam mais. Quando avaliadas pelo local de residência 82,6% são homens residentes de Novo Hamburgo e 17,4% residem em outros municípios da região.

As seis principais patologias/motivo de internação neste período nos homens, em diferentes faixas etárias foram:

1ª causa: CID B342 Infecções por coronavírus – 1064 internações

2ª causa: CID I200 e I209 Angina Instável – 728 internações

3ª causa: CID I219 Infarto Agudo do Miocárdio – 650 internações

4ª causa: CID I64 Acidente Vascular Cerebral (AVC) – 370 internações

5ª causa: CID F312 Transtorno Afetivo Bipolar – 272 internações

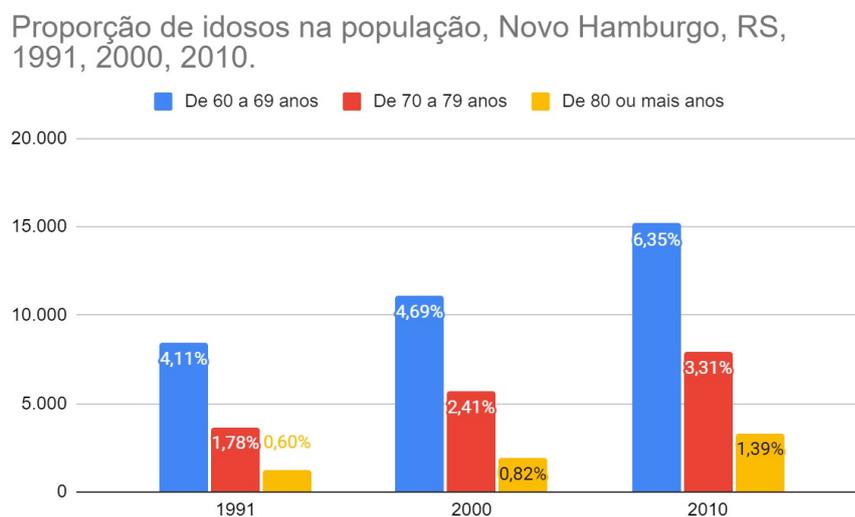
6ª causa: CID K 359 Apendicite aguda – 248 internações

Fonte: G-HOSP/SMS/PMNH

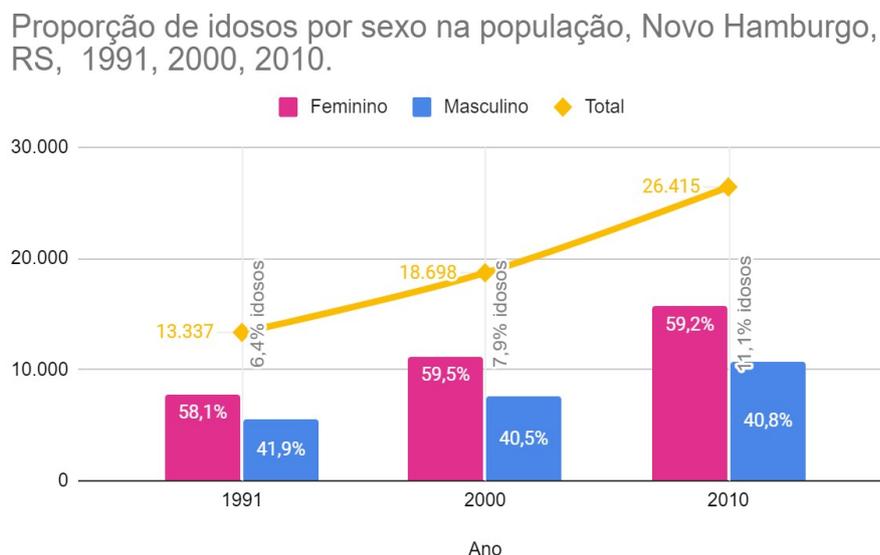
4.6 Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

O Brasil passa por um rápido e intenso processo de envelhecimento da sua população, gerando um alto impacto para a saúde pública. A população na faixa etária acima de 60 anos ou mais apresentou, por sua vez, um aumento de 656.362 pessoas, passando de 1.105.807 pessoas em 2001 (10,7% da população geral) a 1.762.169 em 2015 (15,7% da população). Em torno de 29 milhões de brasileiros têm 60 anos ou mais, o que equivale a 14,3% da população total (IBGE, 2015) e as projeções apontam que, em 2030, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos em cerca de 2,28 milhões. Em 2050, a população idosa representará cerca de 30% da população brasileira, enquanto as crianças, 14% (BRASIL, 2018).

No Rio Grande do Sul, estima-se que, em 2019, a população maior de 60 anos já havia ultrapassado a marca de 2 milhões de pessoas no Estado (BRASIL, 2019). De acordo com a Fundação de Economia e Estatística (FEE), no período de 2001 a 2015, o Rio Grande do Sul apresentou um acréscimo de 882 mil habitantes (8,5%) de pessoas, passando de 10.365.992 para 11.247.972 (RIO GRANDE DO SUL, 2018), fato este observado em nosso município também, conforme gráficos abaixo.

Gráfico 15: Proporção de idosos na população, Novo Hamburgo, RS, 1991, 2000, 2010.

Fonte: IBGE - Censos Demográficos 1991, 2000, 2010.

Gráfico 16: Proporção de idosos por sexo na população, Novo Hamburgo, RS, 1991, 2000, 2010.

Fonte: IBGE - Censos Demográficos 1991, 2000, 2010

Nos gráficos 15 e 16 observamos que a proporção de idosos na população do município vem aumentando gradativamente quando analisamos a série histórica dos anos do censo, 6,4%, 7,9% e 11,05%, prevalecendo um número maior do sexo

feminino em todos os anos, tais dados representam a importância de se planejar ações específicas para a assistência à pessoa idosa em todos os níveis de atenção, acessibilidade, prevenção de acidentes domésticos, entre outras que incentivem as ações voltadas para a promoção, prevenção e atenção integral à saúde visando assim uma longevidade com qualidade de vida.

De acordo com o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a proporção da população “longeva”, ou seja, com 80 anos ou mais, também está aumentando, alterando a composição etária da população idosa. Significa dizer que esta população também está envelhecendo, estima-se que 312.814 maiores de 80 anos componham atualmente a população do Estado (BRASIL, 2019).

O envelhecimento da população é reconhecidamente atravessado por questões de gênero, sendo que 56% da população idosa é formada por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto maior a longevidade do segmento. Na população acima de 80 anos, por exemplo, as mulheres representam 65% (BRASIL, 2019).

Quanto à expectativa de vida da população idosa gaúcha, a FEE aponta que houve um acréscimo de 5,1 anos de vida de 2000 a 2015, passando de 72,4 a 77,5. Além disso, há um aumento na expectativa de vida das pessoas que atingem os 60 anos de idade. Enquanto, em 2000 esperava-se que uma pessoa idosa, ao atingir os 60 anos vivesse, em média, mais 19,4 anos, atingindo os 79,4 anos, em 2015 esse tempo é aumentado em 22,7 anos, alcançando os 82,7 anos de idade. Na população longeva (80 anos ou mais), em 2000, esperava-se que as pessoas idosas que atingissem os 80, alcançassem 87,7 anos; já em 2015, 89,8 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

À medida que envelhece, a população passa a apresentar um perfil epidemiológico diferenciado, caracterizado pelo aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doença arterial coronariana e doença pulmonar obstrutiva, entre outras, do qual decorre a crescente demanda por cuidados de longa duração. As principais causas de óbito na população acima de 60 anos no município são as doenças do aparelho circulatório (27,2%),

neoplasias (23,5%), doenças do aparelho respiratório (16,1%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,5%), condições estas que demandam cuidados contínuos e complexos.

Contudo, a população não envelhece da mesma forma: há pessoas idosas que permanecem absolutamente capazes de realizar as suas atividades cotidianas por si mesmas, ainda que apresentem doenças crônicas ou outras condições importantes de saúde. Outras pessoas precisam de apoio e adaptações para a realização de suas atividades e algumas se tornam completamente dependentes de cuidados contínuos e da ajuda de terceiros, mesmo que não sejam cronologicamente tão idosas. Assim, a presença de múltiplos problemas de saúde e a idade avançada não implicam, necessariamente, dependência para a realização das suas atividades da vida diária, ou dependência funcional.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), expressa como metas na Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2, a atenção integral à saúde da pessoa idosa e considera a condição de funcionalidade, como um importante indicador de saúde desta população. Em consonância com a PNSPI, o Ministério da Saúde publicou, em 2018, um documento com orientações técnicas para implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. Tal documento propõe que a organização do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) seja direcionada a partir da realização da avaliação multidimensional da pessoa idosa na atenção primária à saúde. Essa avaliação permite identificar as necessidades de cada pessoa idosa, do ponto de vista clínico, psicossocial e funcional. Esta avaliação direciona a construção de um plano de cuidados individualizado que contemple as intervenções mais adequadas e resolutivas na atenção primária, bem como identifica as reais necessidades de suporte e apoio da atenção especializada.

Em 10 de junho de 2021, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, publica a Portaria SES 444/2021 aprovando a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa e enfatizando a importância da implementação, monitoramento e avaliação de ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável nos municípios.

Considerando este contexto a Secretaria Municipal de Saúde tem como metas para o próximo quadriênio a implantação da Linha de Cuidados da Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde e a implementação da realização da avaliação multidimensional nas Unidades Básicas de Saúde, como forma de identificar as principais vulnerabilidades, estratificar o risco e definir as intervenções mais adequadas para cada caso. Com isso espera-se reduzir as internações por condições sensíveis e a mortalidade prematura de idosos, bem como manter a autonomia e independência dos idosos pelo maior tempo possível das suas vidas.

A tabela 30 expressa a distribuição da população acima de 60 anos de idade cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do município de Novo Hamburgo em agosto de 2021.

Tabela 30: Distribuição de Idosos por sexo e proporção em relação à população adscrita, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família, Novo Hamburgo, RS.

USF	Masculino	Feminino	Total de Idosos	Total População adscrita	Proporção
Boa Saúde	747	911	1.658	11.053	15,00%
Iguaçu	245	331	576	3.919	14,70%
Getúlio Vargas	312	428	740	6.896	10,73%
Guarani	875	1.217	2.092	7.197	29,07%
Kephas	533	719	1.252	9.440	13,26%
Kraemer	143	229	372	1.825	20,38%
Kroeff	485	645	1.130	7.004	16,13%
Liberdade	432	637	1.069	3.876	27,58%
Lomba Grande	744	836	1.580	7.617	20,74%
Morada dos Eucaliptos	192	313	505	4.630	10,91%
Redentora	279	344	623	3.753	16,60%
Roselândia	331	426	757	5.248	14,42%
São Jorge	189	274	463	1.599	28,95%
Rondônia	572	860	1.432	7.582	18,89%
Mundo Novo	663	1.071	1.734	8.451	20,52%

Operário	173	224	397	1.482	26,79%
Palmeira	498	663	1.161	9.925	11,70%
Petrópolis	644	856	1.500	5.472	27,41%
TOTAL	8.057	10.984	19.041	106.969	17,80%

Fonte: Sistema G-MUS acesso em 25/08/21.

Seguem abaixo alguns fluxos em relação ao atendimento à Pessoa Idosa no município de Novo Hamburgo:

A) Quanto ao atendimento prioritário:

- **Lei 10.048/2000** – Art. 1º As pessoas com deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com criança de colo e os obesos terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei.
- **Lei 10.741/2003** – Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Art. 3º § 1º A garantia de prioridade compreende: I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; § 2º Dentre os idosos, é assegurada **prioridade especial aos maiores de oitenta anos**, atendendo-se duas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos.
- **Leis Municipais 2287/2011 e 2763/2014** – estabelece o agendamento telefônico de (20%) consultas médicas para pacientes idosos, gestantes e portadores de deficiência, cadastrados nas Unidades de Saúde do município de Novo Hamburgo.

B) Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI)

É um instrumento estratégico de qualificação da atenção à Pessoa Idosa, ela contribui para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde e para otimização de ações que possibilitem uma avaliação integral da saúde da pessoa idosa, identificando suas principais vulnerabilidades e oferecendo orientações de autocuidado.

Os serviços solicitam ao almoxarifado central da SMS, o quantitativo de cadernetas necessárias de acordo com o número de idosos em seu território de abrangência.

C) Solicitação de passe livre municipal para Pessoa Idosa

A partir dos 65 anos:

Documentos necessários: RG, CPF e comprovante de residência

Local: CEVVAT na Rua Júlio de Castilhos, 440 – Centro

Telefone: 3582-0021

D) Programa Melhor Idade (PMI)

Programa municipal que possui núcleos nos bairros e que oferece gratuitamente atividades: - pilates de solo, ritmos, ginástica, câmbio, funcional. Informações para inscrição com SMEL (Secretaria de Esporte e Lazer) pelo fone 3595-1121.

E) Solicitação de Vaga Especial para estacionamento – Cartão Estacionamento

Documentos necessários: documento oficial com foto e comprovante de residência, a partir dos 60 anos.

Local: 7º andar da Prefeitura.

F) Conselho Municipal de Direitos da Cidadania do Idoso – CMDCI

As plenárias do CMDCI costumam ocorrer na terceira quarta-feira, às 14 horas de cada mês. Telefones: 3527-1887 / 35271883

Endereço: Rua David Canabarro, nº 20, 5º andar, centro, Casa da Cidadania.

G) BPC – Benefício de Prestação Continuada

Um benefício de renda no valor de um salário-mínimo para pessoas com deficiência ou para idosos com idade de 65 anos ou mais que apresentam impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e que, por isso, apresentam dificuldades para a participação e interação plena na

sociedade. Para a concessão deste benefício, é exigido que a renda familiar mensal seja de até $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo por pessoa, maiores orientações com o CRAS de referência.

H) Bolsa Família

O Programa Bolsa Família atende às famílias que vivem em situação de pobreza e de extrema pobreza. Foi utilizado um limite de renda para definir esses dois patamares. Assim, podem fazer parte do programa todas as famílias com renda por pessoa de até R\$ 89,00 mensais e famílias com renda por pessoa entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 mensais, desde que tenham crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos, os mesmos critérios se aplicam para os idosos.

Abaixo seguem dados atuais de idosos inscritos no CadÚnico e no Programa Bolsa Família no município de Novo Hamburgo:

Faixa Etária	Cadastro Único	Bolsa Família
60 – 79 anos	6.902	937
80 anos +	846	8
TOTAL	7.748	945

Fonte: Cad Único/ SDS (setembro2021).

Estima-se que o segmento mais vulnerável de pessoas idosas, como da população em geral, seja aquela cadastrada no CadÚnico e mais ainda, aquela beneficiária do Programa Bolsa Família.

O número de idosos que assumem a maior parte da responsabilidade financeira de famílias que continuam vivendo em seus lares, constituídas pelos filhos/as, genros/noras e por netos/as, vem crescendo todos os anos. Santana e Lima (2012, p.182) ressaltam que “A renda dos mais velhos vem sendo identificada como responsável pela manutenção familiar, especialmente dos mais jovens”:

A renda familiar do idoso que coabita com outros familiares chega a representar quase 60% do total de renda das famílias urbanas e 70% das rurais. [...] A problemática da relação intergeracional atinge as famílias de baixa renda de forma mais expressiva, vez que, para estas, o rendimento e o trabalho do idoso são essenciais para a sua manutenção.

Embora tenha havido maior acesso dos idosos aos benefícios de transferência de renda nos últimos dez anos, “dados recentes da PNAD de Trabalho de Conclusão de Curso 2008” indicam que os idosos “[...] lideram as posições de chefes de família dos domicílios intergeracionais” e que “[...] houve aumento das mulheres idosas chefes de domicílio, o que indica que estas, quando possuem renda, auxiliam filhos, netos e familiares” (SALMAZOSILVA et al., 2012). Dessa forma, as mudanças nas configurações das famílias tem levado a que várias gerações dividam o mesmo lar, sendo que o idoso, anteriormente visto como dependente das gerações mais novas, tem assumido cada vez mais um papel importante na formação do orçamento familiar. Nesse sentido, ao refletir sobre vulnerabilidade, os fatores ligados à questão financeira – o que envolve o recebimento ou não de aposentadoria, a necessidade ou não de buscar trabalho informal, a inclusão ou exclusão de programas de transferência de renda – acabam interferindo no quanto o idoso se tornará autônomo ou dependente, ou se terá acesso a serviços básicos de saúde que lhe proporcionem melhor qualidade de vida.

No contexto da Saúde da Pessoa Idosa e o enfrentamento da Pandemia COVID-19, são necessárias ações articuladas, multidimensionais e intersetoriais, que vão desde a organização dos processos de trabalho das equipes na atenção primária à saúde para incluir a ampliação do cadastramento, a realização da avaliação multidimensional e a consequente definição de planos de cuidado individuais, até a definição e organização de serviços de referência na atenção especializada, para apoio e matriciamento das equipes da APS de forma integral e não fragmentada. Esse processo conduz a uma forma de organização da atenção à saúde das pessoas idosas na Rede de Atenção à Saúde em linha de cuidado, considerando as reais necessidades e especificidades de saúde deste segmento populacional.

A Secretaria Municipal de Saúde elaborou Documento Orientador em relação ao Plano Municipal de Contingência para COVID-19 específico para as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) do Município. Este documento também foi compartilhado com toda a Rede de Atenção à Saúde, com orientações específicas realizadas in loco aos Responsáveis Técnicos destas Instituições,

formando uma rede de apoio e referência para as mesmas. As equipes de Atenção Primária foram capacitadas em relação às Normativas Vigentes, coleta de RT-PCR nas ILPIs do território e monitoramento semanal das mesmas, com orientações permanentes e atualizadas para prevenção e enfrentamento da COVID-19, todas as ações em parceria com a coordenação da Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa e a Vigilância em Saúde.

Em relação a vacinação contra Covid-19 nas ILPIs, a mesma ocorreu nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2021 com a administração da 1ª e 2ª dose em todos os residentes e funcionários e seguindo os critérios do Ministério da Saúde em setembro foi administrada a 3ª dose aos residentes. Esta ação foi considerada prioritária, uma vez que esta população é mais vulnerável ao agravamento da infecção pelo Sars-Cov-2 e à evolução para óbito.

Portanto, a articulação entre os diferentes pontos de atenção, que integram os diferentes níveis e ofertas de cuidado, a corresponsabilidade pelo cuidado entre os profissionais que integram a equipe multidisciplinar, a regulação dos fluxos a partir da trajetória do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS), o apoio aos familiares e cuidadores, assim como a garantia de participação da pessoa idosa no seu cuidado, são fundamentais para que a atenção ofertada atenda de forma integral e integrada às necessidades das pessoas idosas, pontuando mais uma vez a importância da implementação desta linha de cuidado.

4.7 Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

De acordo com o Censo/2010, o Brasil possui cerca de 45 milhões de pessoas que se declararam com algum tipo de deficiência. Segundo o mesmo levantamento, 69.571 pessoas residentes em Novo Hamburgo, ou seja, 29% da população, declararam ter algum tipo de deficiência e estão divididas conforme quadro abaixo:

Tabela 31: População com deficiência autodeclarada, Novo Hamburgo, RS, 2010.

População Total	População que se declara com deficiência
238.940	69.571
100%	29,11%
Por tipo de deficiência	
Deficiência Visual	39.172 - 16,39%
Auditiva	11.740 - 4,91%
Motora	15.619 - 6,53%
Mental / Intelectual	3.040 - 1,27%
Deficiência Visual	
Cego total	657 - 1,67%
Grande dificuldade (Baixa Visão)	6.046 - 15,43%
Alguma Dificuldade	32.649 - 82,88%
Total	39.172 - 100%
Deficiência Auditiva	
Surdo Total	498 - 4,24%
Grande dificuldade	2.275 - 19,37%
Alguma Dificuldade	8.967 - 76,37%
Total	11.740 - 100%
Deficiência Motora	
Não consegue de modo algum	958 - 6,13%
Grande dificuldade	4.323 - 27,67%
Alguma Dificuldade	10.338 - 66,18%
Total	15.619 - 100%

Fonte: IBGE - censo 2010 adaptado

Embora a Prefeitura Municipal tenha, junto à Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS), a Coordenadoria de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência, a necessidade de se dar uma atenção maior à saúde dessa população fez com que

a Secretaria Municipal de Saúde estruturasse esta Política para atender a população e cumprir as legislações e convenções vigentes de proteção dos direitos da pessoa com deficiência, em especial o Estatuto da Pessoa com Deficiência, datado de 2015, que, no Art. 18 assegura a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário (BRASIL, 2015).

A adesão do município ao Plano Viver Sem Limites, lançado em novembro de 2011, cuja finalidade do mesmo era de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2011), possibilitou ao município de Novo Hamburgo à construção do Centro Especializado em Reabilitação IV inaugurado em 29 de março de 2020.

Em 2018 e 2019, a Política promoveu capacitações nas Unidades de Saúde da Família, algumas Unidades Básicas, UPA e Hospital sobre a Saúde da Pessoa com Deficiência, além do 1º Seminário de Saúde da Pessoa com Deficiência, em parceria com a Associação dos Amigos do Down 21.

4.7.1 Centro Especializado em Reabilitação (CER IV)

O Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) possui uma área construída de 1.928 m² e está situado no bairro Rondônia, tem por finalidade realizar assistência ambulatorial especializada em reabilitação, diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência visual, intelectual, física e auditiva, bem como pessoas com transtornos do espectro do autismo, é referência para os municípios da Região 6 e 7 e a regulação está sob competência do Estado desde junho de 2021.

4.7.2 Linha de Cuidado da Criança com Síndrome de Down

Tem como objetivo direcionar a rede para o cuidado da criança com Síndrome de Down, em parceria com AFAD 21 (Associação dos Familiares e

Amigos do Down) de Novo Hamburgo, desde o nascimento, e de quantificar essas crianças para o desenvolvimento de políticas públicas.

A construção da Linha de Cuidado da Criança com Síndrome de Down iniciou em julho de 2018 com palestras promovidas pela Política Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência em parceria com a AFAD 21 realizadas em dezessete Unidades de Saúde da Família, abordando o acolhimento à pessoa com deficiência.

Em novembro, as Políticas de Saúde da Pessoa com Deficiência, da Criança e Adolescente e da Mulher, em parceria com a AFAD 21, organizaram o fluxo para atender crianças com Síndrome de Down.

A Secretaria emitiu a Nota Técnica 01/2019 que instrui maternidades a solicitar o cariótipo. Os nascidos no Hospital Municipal com Síndrome de Down saem com o cariótipo coletado.

O Programa Amigos do Bebê, agenda visita com a AFAD 21 inserindo a criança na entidade para estimulação precoce. As Unidades de Saúde encaminham as crianças para os Amigos do Bebê quando nascem fora do município. Esse controle também é feito pelas Declarações de Nascidos Vivos recebidas pela Secretaria. No sistema de Gerenciamento de Saúde (G-MUS) foi criado um campo para sinalizar às pessoas com Síndrome de Down para acompanhamento. Também foi construído um protocolo para os médicos, porém, diante do cenário da Pandemia da COVID-19, esse sofreu alterações mediante a impossibilidade do pleno funcionamento dos serviços, não sendo garantido todas as etapas de atendimento e acompanhamento da forma planejada e descrita. Um novo protocolo deve ser lançado após a Pandemia para que sejam revistos os fluxos e a inserção do Centro Especializado em Reabilitação - CER IV.

4.7.3 Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas

O Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas no município de Novo Hamburgo, funciona num espaço anexo à Casa de Vacinas, no Bairro Rio Branco, e está regulamentado pela Portaria MS Nº 400, de 16 de novembro de 2009, que visa à prestação de assistência especializada, de natureza interdisciplinar, às pessoas

com estoma, cuidadores e/ou familiares, objetivando sua reabilitação, com ênfase na escuta qualificada, orientação para o autocuidado, realização das atividades de vida diária e prevenção de complicações nas estomias, garantindo o acesso aos equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

4.7.4 Entidades de Atendimento à Pessoa com deficiência

Novo Hamburgo, além dos atendimentos proporcionados pela Administração Pública, possui sete importantes entidades de cuidado à pessoa com deficiência. Essas têm como referência no poder público a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Com o contexto da Pandemia, algumas alteraram os seus atendimentos presenciais para remoto ou reduziram parte das suas atribuições, porém, a definição das entidades é de acordo com a sua natureza inicial.

- **APAE - ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS:**

Instituição filantrópica, sem fins lucrativos, tem por objetivo atender crianças, adolescentes e adultos, prestando atendimento nas áreas da saúde, educação, cultura, desporto, lazer, preparação, inserção e manutenção para o mercado de trabalho, dentre outros.

- **LEME – ASSOCIAÇÃO DOS LESADOS MEDULARES DO RS:**

Associação civil filantrópica, sem fins lucrativos, de natureza assistencial à pessoa com deficiência medular do Estado do Rio Grande do Sul e Pessoas com Deficiência Física. Entre seus objetivos está a promoção de ações de difusão e desenvolvimento da assistência social, reabilitação na vida social e no mercado de trabalho, promoção de atividades culturais, educacionais, culturais e recreativas e a criação de um banco de dados dos lesados medulares do Rio Grande do Sul.

- **AMIS – ASSOCIAÇÃO MISSÃO SURDOS DE NOVO HAMBURGO:**

Trabalho realizado pela Igreja Luterana do Brasil, no Vale dos Sinos, coordenado pelo Pastor Gilberto Lange e um grupo de apoio, que tem por objetivo, atender aos surdos no que se refere a vida espiritual e social.

- ADEFI-NH – ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES FÍSICOS DE NOVO HAMBURGO:

Entidade beneficente que atende pessoas com deficiência física, na área de assistência social.

- ADEVIS – ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS DE NOVO HAMBURGO:

Entidade que conta com grupos de convivência, apoio pedagógico a favor de alunos com deficiência visual com repasse de material tiflológico para estabelecimentos escolares; mini Centro de Apoio Pedagógico (produção de material tiflológico nas modalidades braille, alto-relevo e ampliado), a favor de técnicos, professores e associados, organização de espaço cultural, a partir da Biblioteca para todos, contendo acervo literário, psicopedagógico e informativo; alfabetização de adultos pelo sistema Braille; treinamento em informática, informação e orientação a profissionais, a partir da realização de cursos e seminários e encaminhamentos dos associados para recursos da rede pública e comunidade.

- AFAD 21 - ASSOCIAÇÃO DOS FAMILIARES E AMIGOS DO DOWN 21:

Associação civil de direito privado. Os projetos vão desde o acolhimento da família até o terapêutico, com um grupo de profissionais. Entidade parceira da Linha de Cuidado à criança com Síndrome de Down.

- AMA - ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS DOS AUTISTAS:

Associação que proporciona à pessoa com autismo uma vida digna: trabalho, saúde, lazer e integração à sociedade. Oferece à família da pessoa com autismo instrumentos para a convivência no lar e em sociedade. Promove e incentiva pesquisas sobre o autismo, difundindo o conhecimento acumulado.

4.7.5 Comunicação e PCD

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) institui diretrizes de comunicação de acessibilidade na prestação de serviços (NBR 15599/2008) e

específica que à informação deve ser prestada diretamente a pessoa com deficiência interessada, mesmo que a pergunta tenha vindo de seu acompanhante.

A Política Municipal de Saúde da Pessoa com Deficiência, antes chamada de Setor de Acessibilidade, foi pioneira nas questões de acessibilidade de informações de saúde para pessoas cegas, lançando, em 2014, o primeiro Guia de Serviços de Saúde em braille do país, tendo sua segunda edição atualizada em 2019. Também promoveu um curso de Língua Brasileira de Sinais a 20 dos 52 servidores interessados em compor o módulo inicial. Também foi responsável pela primeira sessão da Câmara no Estado do Rio Grande do Sul, totalmente acessível a pessoas cegas, com audiodescrição, em 2015, em homenagem aos 25 anos da Associação dos Deficientes Visuais de Novo Hamburgo (ADEVIS).

4.8 Atenção Secundária e Terciária

A Atenção Secundária e Terciária é caracterizada por ações e serviços de saúde em âmbito ambulatorial e hospitalar, realizados mediante procedimentos de maior densidade tecnológica, de média e alta complexidade.

A organização da Atenção Secundária no município de Novo Hamburgo se dá através de serviços ambulatoriais próprios e contratualizados.

4.8.1 Centro de Especialidades Médicas – CEM

O Centro de Especialidades Médicas (CEM) disponibiliza, além de consultas especializadas em dermatologia, cardiologia, urologia, ginecologia e obstetrícia, otorrinolaringologia, neonatologia, gastroenterologia, cardiovascular, clínica diabética, traumatologia e ortopedia, vascular, neurocirurgia em coluna, fonoaudiologia, também exames de eletrocardiografia e RX odontológico. Atualmente, o CEM se localiza no Centro de Novo Hamburgo.

4.8.2 Serviço de Atendimento Especializado (SAE)

O Serviço de Assistência Especializada – SAE é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas que vivem com HIV/Aids e Hepatites Virais, cujo

objetivo é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar.

Em Novo Hamburgo este serviço funciona desde 1.994, além de prestar assistência clínica, terapêutica, farmacêutica e psicossocial, em nível ambulatorial, trabalha a promoção em saúde em escolas e empresas, realização de palestras e participação em eventos para a população, conta com uma equipe multidisciplinar composta por 01 infectologista pediatra, 03 infectologistas adulto, 01 clínico geral, 02 enfermeiros, 04 técnicos de enfermagem, 01 psicólogo, 01 educador em saúde, 01 farmacêutico, 01 atendente de farmácia, 02 assistentes administrativos, 03 estagiários e 01 coordenação administrativa.

Uma das estratégias criadas para o combate à epidemia do HIV/Aids/ISTs junto a população jovem de Novo Hamburgo, é o projeto JUNTOS & PROTEGIDOS, realizado pela Secretaria Municipal da Saúde na representação do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e pela Secretaria de Cultura em parceria com a Universidade Feevale, representada pelo projeto de Extensão HIV Fique Sabendo, e com a Equipe Voluntária Brasil (EVB). O JUNTOS & PROTEGIDOS propõe atividades voltadas ao público jovem com uso de ferramentas digitais, sendo os materiais desenvolvidos divulgados em redes sociais (Instagram, Facebook e TikTok).

Uma das iniciativas do projeto é a instrumentalização dos profissionais de saúde possibilitando o desenvolvimento de temáticas de grande relevância social e de prevenção a saúde da população jovem nos territórios que atendem.

O quadro abaixo apresenta um breve resumo em relação ao cenário atual do SAE acerca dos processos de trabalho e desafios a serem implementados para o fortalecimento de sua atuação.

Situação atual	Estratégias/Processos de trabalho realizados no momento	Desafios e necessidades
PREVENÇÃO DO HIV	Educação em saúde (escolas, empresas). Projeto Juntos e Protegidos	Dar início/seguimento ao projeto Juntos e Protegidos. Fortalecer atuação e ampliar a

<p>Realização de palestras e participação em eventos com a população.</p> <p>Distribuição de preservativos e material informativo.</p> <p>130 pacientes vinculados à PrEP em 2020</p> <p>240 PEPs em 2020</p> <p>90% de carga viral indetectável.</p>	<p>(público-alvo: adolescentes)</p> <p>Preservativos disponíveis em todas as unidades de saúde do município e fornecimento de quantitativo maior a serviços e população, mediante solicitação.</p> <p>Oferta de PrEP no SAE.</p> <p>Todas as unidades de APS capacitadas para o atendimento integral de PEP.</p> <p>Vide estratégias em Tratamento.</p>	<p>oferta de preservativos em escolas e demais instituições.</p> <p>Oficializar protocolo para prescrição de PrEP e PEP por enfermeiro.</p> <p>Promover saúde e ofertar PrEP à população transexual.</p> <p>Disponibilizar esquema preferencial de PEP em UBS/ESF chaves.</p> <p>Sustentar 90% de carga viral indetectável.</p>
<p>DIAGNÓSTICO DE HIV</p> <p>2.652 casos de HIV/AIDS 1980-2020</p> <p>Média: 106,3 casos novos/ano na última década</p> <p>Cerca de 30% são diagnósticos tardios (CD4 <200 céls/mL), principalmente >50 anos. 2020: 14.361 TR HIV no município, 6.627 (46,1%) na APS.</p> <p>2019: 16.509 TR HIV no município, 7.656 (46,4%) na APS.</p>	<p>TRs disponíveis em todas as UBSs/USFs, emergências e serviços de saúde mental.</p> <p>Testagem a livre demanda, sem necessidade de solicitação médica.</p> <p>Ampliação da testagem de parceiros de gestante.</p>	<p>Facilitar acesso à testagem (ampliar RH, reorganizar agendas).</p> <p>Sensibilizar equipes sobre vulnerabilidades e rastreio.</p> <p>Atingir a meta inicial de 1 TR-HIV/enfermeiro/dia útil na APS.</p> <p>Realizar campanhas de testagem estratégica em populações vulneráveis (presídio, clínicas, profissionais do sexo, pop trans, periferias).</p>
<p>TRATAMENTO DO HIV</p> <p>2.370 pessoas em TARV.</p> <p>72% iniciam TARV em até 30 dias.</p> <p>83% de adesão suficiente à TARV em 2020.</p>	<p>Tratamento disponível para todos.</p> <p>Encaminhamento direto APS/SAE.</p> <p>SAE é porta de entrada. Acolhimento de enfermagem a livre demanda.</p> <p>Antecipação de atendimento a pacientes com condições clínicas desfavoráveis.</p>	<p>Manter e agilizar a disponibilidade de atendimentos iniciais.</p> <p>Garantir equipe multiprofissional no SAE.</p> <p>Busca ativa de faltosos.</p> <p>Articulação em rede para resgate de abandonos.</p> <p>Atingir a meta de 90% de adesão à TARV.</p>
<p>MORTALIDADE POR AIDS</p> <p>33 óbitos relacionados à AIDS/ano</p>	<p>Todas as estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento acima.</p>	<p>Meta 90-90-90 em 2020</p> <p>Meta 95-95-95 em 2030</p>

17,8 óbitos AIDS/100.000 habitantes		
<p>TRANSMISSÃO VERTICAL HIV</p> <p>Média 29,8 gestantes HIV/ano</p> <p>Testagem de 100% das gestantes.</p> <p>Testagem de parceiros na maternidade: 52,8% em 2020</p> <p>Ampliação da testagem de parceiros no pré-natal, de 8,6% em 2018 para 24% em 2020.</p> <p>Menos de 1 transmissão vertical/ano</p> <p>Nenhum caso de transmissão vertical, nos últimos 3 anos, de gestante em TARV.</p>	<p>Ampliação da testagem em pré-natal e parto.</p> <p>Disponibilidade de TRs em todas as UBS/ESF e maternidades pública e privadas.</p> <p>Encaminhamento direto APS/SAE.</p> <p>SAE é porta aberta.</p> <p>Monitoramento de gestantes HIV no SAE.</p> <p>Articulação SAE Maternidades (profilaxias parturiente e RN e fórmulas lácteas).</p> <p>Tratamento e profilaxias disponíveis para todos.</p>	<p>Consolidar monitoramento compartilhado de gestantes com HIV.</p> <p>Ampliar a testagem aos parceiros durante pré-natal e parto.</p> <p>Evitar a ocorrência de transmissão vertical de HIV.</p>
<p>SÍFILIS CONGÊNITA</p> <p>Média 33,1 gestantes Sífilis/ano*</p> <p>Média 25 Sífilis Congênita/ano*</p> <p>75,5% de transmissão</p> <p>Testagem de 100% das gestantes</p> <p>Testagem de parceiros na maternidade: 51,6% em 2020</p> <p>Ampliação da testagem de parceiros no pré-natal, de 9,2% em 2018 para 25,1% em 2020.</p> <p>*2011-2020</p>	<p>Ampliação da testagem em pré-natal e parto.</p> <p>Disponibilidade de TRs em todas as UBS/ESF e maternidades pública e privadas.</p> <p>Tratamento disponível para todos.</p> <p>Início do monitoramento compartilhado SAE/APS de gestantes com Sífilis em set/2020.</p> <p>Aproximação com maternidade para discussão de casos e troca de informações.</p>	<p>Reduzir a ocorrência de Sífilis Congênita.</p> <p>Meta inicial: máximo de 20 casos de sífilis congênita/ano.</p>

4.8.3 Ambulatório de Atendimento à Tuberculose

O ambulatório de atendimento à tuberculose está situado junto ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e conta com uma equipe composta por 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 farmacêutico, 01 assistente

administrativo, 01 auxiliar de serviços gerais e equipe médica de referência do SAE (01 clínico geral, 01 infectologista pediátrico e 03 infectologistas adultos).

O Serviço realiza acolhimento, escuta, orientação, atendimento sob demanda espontânea ou de usuários encaminhados sistema público ou privado; consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas com o profissional farmacêutico, além das seguintes ações:

- Realização de exames: PPD/MANTOUX (aplicação e leitura) para comunicantes de TB pulmonar/laríngea e para os usuários da rede privada que serão usuários de medicação imunossupressora;
- Testes Rápidos HIV, HBV, HCV, SÍFILIS;
- Realização de TR HIV trimestral;
- Recolhimento, encaminhamento e monitoramento de BK;
- Dispensação de medicamentos para tratamento da Tuberculose;
- Atendimento de profilaxia de ILTB (Infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*) no SUS e na Rede Privada;
- Registro dos BKs no sistema G-MUS/LAB e impressão de resultados;
- Acompanhamento de culturas e testes de sensibilidade;
- Identificação dos comunicantes e tratamento dos comunicantes do caso fonte;
- Atendimento com enfoque aos coinfectados HIV/TB;
- Serviço de apoio e referência ao Tratamento Diretamente Observado (TDO);
- Interação permanente com os serviços de saúde da rede público privada;
- Trabalho permanente de reforço à descentralização da captação dos sintomáticos respiratórios e seus exames;
- Atualização de registro dos livros de sintomáticos respiratórios e de pacientes em acompanhamento de tratamento dos casos TB;
- Avaliação de situação de vulnerabilidade social dos usuários do serviço com distribuição de cestas básicas para usuários vulneráveis conforme critérios pré estabelecidos em pesquisa socioeconômica;
- Ação específica com profissionais IPNH (Instituto Penal de Novo Hamburgo) com trabalhadores e PPLs (Pessoas Privadas de Liberdade) com orientação, tratamento, exames, consulta e dispensação de medicação;

- Capacitação em PPD de profissionais de outros municípios, em parceria com o Departamento de Tuberculose do Estado.
- Construções de POPs e fluxos de trabalho.

O quadro abaixo apresenta um breve resumo em relação ao cenário atual do Ambulatório de Tuberculose acerca dos indicadores, processos de trabalho e desafios a serem implementados para o fortalecimento de sua atuação.

INDICADORES		AÇÕES	DESAFIOS E NECESSIDADES
Indicadores de diagnóstico	<p>Coefficiente de incidência de tuberculose por todas as formas: 47,0% (2019)</p> <p>Proporção de casos novos pulmonares confirmados por critério laboratorial: 75,5% (2018)</p>	<p>Estabelecimento de fluxo de coleta, envio de amostras de escarro para BK com cadastramento no sistema G-MUS em todas as Unidades de Saúde.</p> <p>Busca dos comunicantes de casos confirmados para realização de exames.</p>	<p>Fortalecer a responsabilidade compartilhada com a AB para a busca de sintomáticos respiratórios e diagnóstico de TB.</p> <p>Ampliar a realização de Teste Rápido molecular para Tuberculose (TRM-TB).</p>
Indicadores de cura	<p>Proporção de cura de tratamento de casos novos pulmonares de TB, com confirmação laboratorial: 77% (2018)</p>	<p>Buscas ativas de abandono.</p> <p>Fortalecer a adesão ao tratamento através do oferecimento de cestas básicas.</p>	<p>Ampliação e descentralização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) e construção de Projeto Terapêutico Singular.</p>
Indicadores de coinfeção HIV/ Tuberculose	<p>Proporção de testagem para HIV entre os casos novos de TB: 94,8% (2019)</p>	<p>Implantação do Teste Rápido para HIV em todos os pacientes com diagnóstico de TB no início do tratamento e trimestralmente.</p>	
Indicadores de abandono	<p>Proporção de abandono de tratamento de casos novos de TB: 6,6% (2019)</p>	<p>1-Busca ativa 2-Visita Domiciliar (VD) 3-Criação de grupo de Whatsapp para a transmissão dinâmica de informações.</p>	<p>Articulação com a RAS, Consultório de rua e centro POP para a busca dos pacientes.</p> <p>Contratação de Assistente Social para encaminhamento de questões de vulnerabilidade social que dificultam a continuidade do tratamento e busca ativa.</p>

No que se refere a articulação com a Rede de Atenção em Saúde uma ação a ser implementada seria a criação de grupo de Whatsapp para a transmissão dinâmica de informações, bem como a realização de reuniões intersetoriais e Tisiologia itinerante com a visita às Unidades de Atenção Primária em Saúde, reforçando o papel da atenção básica na detecção precoce de casos de TB a qual inclui a busca de sintomáticos respiratórios (SR) de casos para investigação e encaminhamento, bem como na investigação dos contatos e o fortalecimento da criação de vínculo, através da supervisão do tratamento diretamente observado (TDO) e de construção de Plano Terapêutico Singular, desafios que necessitam ser percorridos.

Quanto a qualificação das notificações, estão no planejamento do serviço, a realização de ações como criação de grupo de Whatsapp para a transmissão dinâmica de informações, reuniões intersetoriais e investigação de TB ou ILTB (Infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*) nos comunicantes do paciente portador de tuberculose tanto no âmbito profissional quanto pessoal, capacitações em parceria a Vigilância Epidemiológica.

4.8.4 Rede de Atenção Psicossocial

A Casa de Saúde Mental, inaugurada em 1989, foi o primeiro serviço do município de Novo Hamburgo a desenvolver suas atividades tendo como horizonte de trabalho a atenção psicossocial. Esse serviço surgiu tendo em vista a necessidade de estruturar e qualificar a atenção à saúde mental desde o âmbito local. Por muitos anos, a Casa de Saúde Mental foi a principal responsável pelo cuidado de crianças, adolescentes e adultos, com algum tipo de transtorno mental ou problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Desde então, gestores, trabalhadores, usuários e familiares têm buscado implantar uma variedade de serviços de saúde mental que possam atender as demandas da população.

A partir das proposições da política municipal de saúde mental e da lei da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2001), foram criados o Serviço de Atendimento a Crianças e Adolescentes - SACA (2002) e o Centro de Atenção a Usuários de

Substâncias - CAUS (2002), programa criado em 2002, nas dependências da Casa de Saúde Mental, tendo em vista a crescente demanda para o cuidado de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Após advento da portaria 336/GM, de 30 de abril de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no âmbito do SUS, ocorreu uma mudança significativa no modelo de cuidado às pessoas com transtornos mentais no Brasil. Os CAPS tornaram-se serviços fundamentais para atender a crise e evitar, o máximo possível, as internações psiquiátricas; promover ações de reabilitação psicossocial; dar suporte à Atenção Básica; articular e coordenar o cuidado de modo corresponsável com os demais pontos de atenção da rede de atenção psicossocial. Em outras palavras, os CAPS passaram a ocupar uma posição estratégica para a reforma psiquiátrica brasileira.

A Casa de Saúde Mental, tendo em vista a mudança do modelo de cuidado, teve um papel fundamental, pois serviu de matriz para a abertura dos novos serviços. A própria Casa de Saúde Mental foi transformada no CAPS Centro; o SACA deu lugar ao CAPS Infante Juvenil (IJ); e o CAUS criou o CAPS Álcool e Drogas (AD) II. Além desses, a partir da experiência de profissionais da Casa de Saúde Mental na Atenção Básica, foram criados os CAPS Santo Afonso e o CAPS Canudos.

A Oficina de Geração de Trabalho e Renda (OGR) surgiu em 1999, também nas dependências da Casa de Saúde Mental. Na época eram desenvolvidas as oficinas de papel reciclado, fotocópias, costura, pintura e velas, com objetivo, entre outros, de gerar renda para os pacientes. Em 2006, a OGR consolidou-se como um serviço autônomo. A partir do ano de 2011, com sede própria, passou a atuar em outras dimensões do mundo do trabalho, via Economia Solidária e no trabalho formal, por meio da inclusão de pacientes em vagas de cotas e programa de aprendizagem profissional, ambos destinados à pessoa com Deficiência Psicossocial. Atualmente, a OGR está articulada com grandes empresas da região, que oferecem cursos profissionalizantes e vagas para contratação de pacientes do serviço.

Em abril de 2012 foi criado o Ambulatório de Saúde Mental, que atende pessoas de todas as idades com transtornos mentais moderados. Em 2015, foi criada a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), responsável por ofertar moradia e cuidados contínuos para pessoas acima de 18 anos, de ambos os sexos, com problemas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Ainda em 2015, foram implantadas as Equipes de Saúde Mental Infantojuvenil no território (ESMIT), vinculadas ao CAPS IJ. Em 2020, essas equipes ganharam autonomia ao serem transformadas no Ambulatório IJ. Esse serviço atende crianças e adolescentes com problemas de saúde mental de média complexidade. Suas ações são realizadas de modo articulado com as Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), prioritariamente. Além de ser referência para as equipes de Atenção Primária, a ESMIT fornece apoio para a rede intersetorial - Educação, Assistência Social, Conselho Tutelar, entre outros.

O Serviço Residencial Terapêutico Tipo II (gerenciado pelo Grupo Solução em Gestão) foi criado em 2019, o qual busca oferecer moradia digna e tratamento em saúde mental para usuários com transtornos mentais graves e persistentes de ambos os sexos. O CAPS Santo Afonso é referência para este serviço.

O quadro abaixo apresenta as características dos serviços, vinculados a RAPS, e da população atendida.

COMPONENTES	SERVIÇOS
<p style="text-align: center;">ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA</p>	<p>CAPS CANUDOS Endereço: Rua Av. Gen. Daltro Filho, 1660. Bairro Canudos. Fone:3582-4206. Horário de funcionamento: 8h às 18h de segunda a sexta-feira. Atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes, oriundos dos bairros Canudos, São Jorge, Kraemer e Mundo Novo.</p>
	<p>CAPS SANTO AFONSO Endereço: Rua Alvear, 168. Bairro Santo Afonso. Fone: 3580-1297 Horário de funcionamento: 8h às18h de segunda a sexta-feira. Atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes, oriundos dos bairros Santo Afonso, Industrial, Liberdade, Ideal, Pátria Nova e Ouro Branco.</p>
	<p>CAPS CENTRO Endereço: Rua Joaquim Pedro Soares, 198. Bairro Centro.</p>

	<p>Fone: 3593-9573. Horário de funcionamento: 8h às 18h de segunda a sexta-feira.</p> <p>Atende adultos com transtornos graves e persistentes dos demais bairros Rincão, Primavera, Boa Saúde, Roselândia, Petrópolis, Centro, Operário, Guarani, Vila Rosa, Boa Vista, Rio Branco, Hamburgo Velho, São José, Kephaz, Vila Diehl, Redentora, Vila Nova, Jardim Mauá, Rondônia, Lomba Grande.</p> <hr/> <p>CAPS INFANTOJUVENIL Endereço: Rua Gomes Jardim, 291. Bairro Centro. Fone: 3527-2206/3065-4727 Horário de funcionamento: 8h às 18h de segunda a sexta-feira.</p> <p>Atende crianças e adolescentes com transtornos graves e persistentes, oriundos de todos os bairros do município.</p> <hr/> <p>CAPS AD III Endereço: Rua Visconde de Taunay, 164. Bairro Rio Branco. Fone: 3600-8362 Horário de funcionamento: 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Atende adultos com transtornos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, oriundos de todos os bairros do município. Possui 10 leitos de acolhimento noturno (internação).</p> <hr/> <p>AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL ADULTO Endereço: Rua Anita Garibaldi, 34. Bairro Guarani. Fone: 3594 1174 99769 9978 996893213 Horário de Funcionamento: Segunda à quinta-feira, das 7h às 17h. Sexta-feira das 12h às 17h.</p> <p>Presta atenção às pessoas com mais de 18 anos de idade, diagnosticadas com Transtornos Mentais Moderados (decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas ou não) residentes no município de Novo Hamburgo. Constitui-se como uma unidade de saúde de média complexidade, que se caracteriza por desenvolver um nível de cuidado em saúde mental intermediário entre a Atenção Básica e os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).</p> <hr/> <p>AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL Endereço: Av. Marcílio Dias, 560, Bairro Rio Branco. Fone: 3593-2243. Horário de funcionamento: 8h às 17h de segunda a sexta-feira.</p> <p>Atende crianças e adolescentes com Transtornos Mentais Moderados (decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas ou não) residentes no município de Novo Hamburgo.</p>
<p>REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL</p>	<p>OFICINA GERAÇÃO DE TRABALHO E RENDA Endereço: Av. Marcílio Dias, 560, Bairro Rio Branco. Fone: 3593-2243. Horário de funcionamento: 8h às 17h de segunda a sexta-feira.</p> <p>Atende pessoas com deficiência psicossocial da rede pública e/ou privada do município de Novo Hamburgo, com idade mínima de 16</p>

	(dezesseis) anos, que manifestem interesse, desejo e disponibilidade para a atividade de trabalho.
ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO	<p>UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTOS – RODA VIDA Rua Bartolomeu de Gusmão, 2575, Bairro Canudos. Fone: 35954258 Horário de funcionamento: 24h de segunda a sexta-feira.</p> <p>Atende pessoas acima de 18 anos, de ambos os sexos, com problemas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, que necessitam de moradia assistida.</p>
	<p>SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO Rua Quaraí, 197. Bairro Boa Vista. Fone: 3939 1506 Horário de funcionamento: 24h de segunda a sexta-feira.</p> <p>Serviço destinado a oferecer moradia digna e tratamento em saúde para 10 (dez) usuários adultos, de ambos os sexos, com transtornos mentais graves, oriundos de internações psiquiátricas longas ou recorrentes e situação de grave vulnerabilidade social e sem vínculos familiares que possibilitem o seu cuidado; que não possuam moradia; e que não tenham autonomia suficiente para realizarem o autocuidado.</p>

Além destes serviços, a SMS conta ainda com vagas em serviços conveniados:

- 10 vagas para internação compulsória de dependência química no Hospital Sagrada Família no município de São Sebastião do Caí.
- 22 vagas de acolhimento em Comunidade Terapêutica para adultos
- 07 vagas de acolhimento o em Comunidade Terapêutica para adolescentes
- 10 vagas para acolhimento em Serviço Residencial Terapêutico Privado

Segundo dados da OMS, a prevalência de transtornos mentais na população é de 20% a 25% da população. Considerando que a população estimada de Novo Hamburgo é de 247.032 pessoas, teríamos entre de 49.406 a 61.758 pessoas com transtornos mentais. Já quanto à dependência de álcool, este índice é de 13% (aproximadamente de 32.114 pessoas) e 3% de outras drogas (cerca de 7.410 pessoas). A maioria destes casos podem ser atendidos na AB, entretanto, casos moderados e graves devem ser encaminhados para os serviços especializados (CAPS e Ambulatórios).

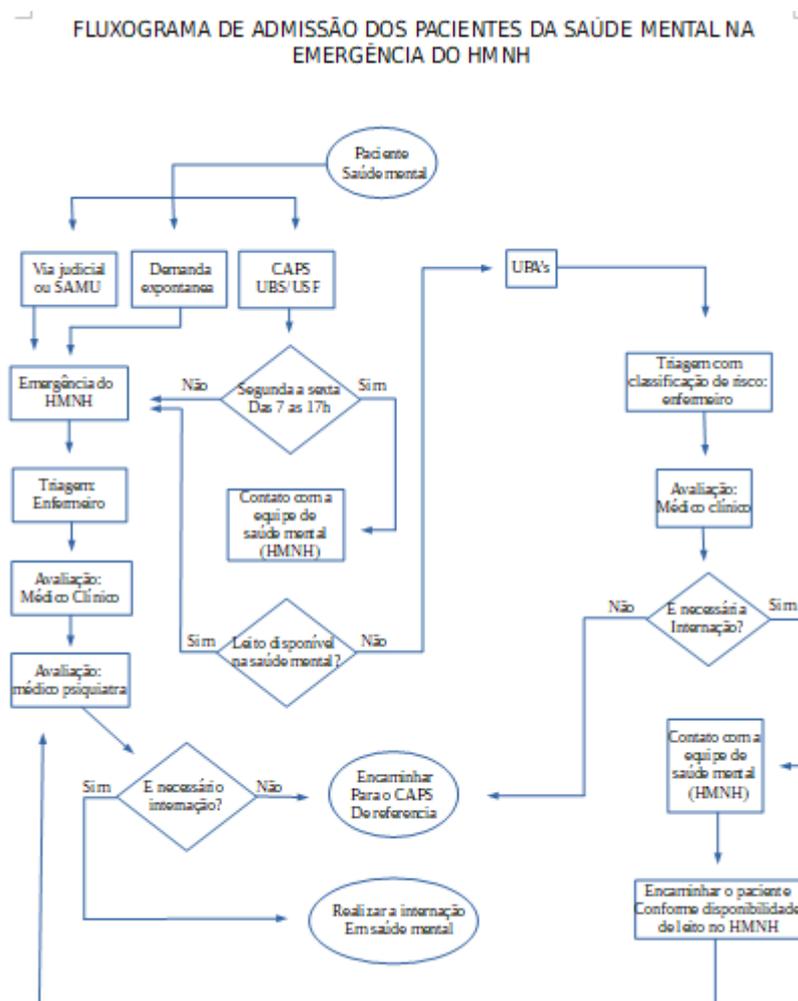
Atualmente, os transtornos mais atendidos na RAPS de Novo Hamburgo são respectivamente:

1. Transtornos mentais devido uso múltiplo drogas/out. psicoativas - síndrome de dependência(F192);
2. Transtornos mentais e comportais devidos uso de álcool - síndrome de dependência(F102);
3. Transtornos comportamentais e emocionais não especificado com início habitualmente na infância ou adolescência(F989);
4. Transtorno afetivo bipolar(F31).

Em relação a qualificação e resolutividade dos processos de trabalho, atualmente a RAPS está estruturando as seguintes ações:

- Implantação da agenda programática de saúde mental na Atenção Básica;
- Reorganização dos o processo de internação compulsória;
- Capacitação em relação ao atendimento para usuários de álcool;
- Revisão da linha de cuidado;
- Reestruturação dos Planos Institucionais dos Serviços;
- Organização de Protocolos de atendimento;
- Ampliação do horário de atendimento dos serviços (CAPS) até as 18h;
- Manutenção da gestão itinerante (gerente de saúde mental e coordenador assistencial visitam um serviço por semana para verificar as demandas).

4.8.4.1 Fluxograma de Admissão dos pacientes de Saúde Mental na Emergência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo



A organização da Atenção Terciária no município de Novo Hamburgo se dá através de serviços contratualizados.

4.8.5 Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH)

O HMNH é a unidade hospitalar gerenciada pela FSNH, seus serviços são 100% SUS e, além de atender a população de Novo Hamburgo é referência em algumas especialidades para a região, como por exemplo, a cardiologia que é referência de alta complexidade para os seguintes municípios: Novo Hamburgo, Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro

Reuter, Nova Hartz, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, Sapiranga e São José do Hortêncio.

O hospital é composto por 258 leitos, entre eles 10 leitos de saúde mental, 19 leitos de obstetrícia, 10 leitos neonatal, 10 leitos UTI adulto, 10 leitos UTI Neonatal nível II, 10 leitos intermediária neonatal e atualmente possui habilitação para 25 leitos UTI adulto COVID e 07 leitos ventilação mecânica.

Atende as seguintes especialidades: anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, clínica geral, cardiologia pediátrica, traumatologia/ortopedia adulto e pediátrica, emergência clínica, infectologia, mastologia, medicina de emergência, medicina intensivista, neonatologia, neurocirurgia, obstetrícia/ginecologia, psiquiatria e fisiologia, através dos serviços de ambulatório especializado, cirurgias, emergências, fisioterapia hospitalar, internação hospitalar e domiciliar, ultrassonografia, centro obstétrico, nutrição enteral e parental, radiografia, UTI neonatal e adulto, análises clínicas, fonoaudiologia, fibro broncoscopia, endoscopia/colonoscopia, hemodiálise, hemodinâmica/hemoterapia, laboratório de apoio e patologia, ressonância magnética, tomografia, ultrassonografia de urgência, ecocardiograma, cintilografia, angioplastia, audiometria, holter/teste ergométrico e angiotomografia.

4.8.6 Hospital Regina

O Hospital passou a ser contratualizado pelo município de Novo Hamburgo a partir de 2010, quando esse município passou a ser gestão plena. Anteriormente o hospital tinha contrato com o Estado do Rio Grande do Sul. Atualmente, dispõe de 66 leitos para atendimento ao SUS: 22 leitos oncológicos (13 clínicos + 9 cirúrgicos), 41 leitos de pediatria, 01 leito UTI adulto e 02 leitos UTI pediátrica. Para atender as especialidades de pediatria e oncologia clínica e cirúrgica, o hospital dispões dos seguintes serviços: análises clínicas, biópsias, anátomos e citopatológicos, UTI adulto e pediátrica, tomografia, ultrassonografia, densitometria, ressonância magnética, cintilografia, endoscopia/colonoscopia, hemoterapia, quimioterapia, cirurgias e mamografia.

4.8.7 Outros Hospitais

O Hospital São José, localizado na cidade de Dois Irmãos, realiza cirurgias eletivas de histeriorrafia e colecistectomia, por meio de convênio. Hospital Sagrada Família de São Sebastião do Caí, internações compulsórias de dependência química para usuários de álcool e outras drogas.

4.8.8 Articulação e fluxo entre os diferentes níveis de assistência

A articulação entre os diferentes níveis de assistência inicia-se na Atenção Básica (USF/UBS) ou nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), onde o usuário recebe o primeiro atendimento. Após avaliação médica, se necessário, realiza exames ou consultas especializadas para complemento ou confirmação de diagnóstico. Com relação às consultas especializadas, os Serviços de Saúde da rede SUS encaminham carta de referência eletrônica através do sistema G-MUS. A Central Municipal de Marcações de consulta regula e realiza os encaminhamentos pertinentes, agenda para atendimento no município ou insere no sistema GERCON (Central de Marcações de Consultas do Estado, em Porto Alegre) quando se trata de encaminhamento para outros municípios que são referência para o atendimento.

4.8.9 Referências de consultas, procedimentos e internações

As consultas especializadas são realizadas no Centro de Especialidades Médicas do município e em clínicas contratualizadas.

No Centro Municipal de Especialidades Médicas são realizadas consultas nas especialidades de dermatologia, ginecologia e obstetrícia, urologia, cardiologia, ortopedia e traumatologia, pneumologia, gastroenterologia, vascular e otorrinolaringologia.

Na rede contratada os serviços oferecidos são: endocrinologia, neurologia, proctologista, dermatologia, reumatologia, otorrinolaringologia, traumato/ortopedia; oftalmologia e nefrologia.

As cirurgias de caráter ambulatorial e hospitalar são realizadas no Hospital Municipal de Novo Hamburgo e, em outros serviços da região conforme convênio/pactuação.

As internações ocorrem no Hospital Municipal e nas especialidades de pediatria e oncologia no Hospital Regina, e também em outros municípios através da central de regulação de leitos do Estado para os casos necessários.

4.8.10 Gestão, Monitoramento e Avaliação de Convênio/Contratos e Auditoria

O setor de Monitoramento e Avaliação de Convênios/Contratos e Auditoria da SMS orienta a gestão na contratação de serviços de saúde de forma complementar com instituições privadas e a sua relação estabelecida por vínculos formais, permitindo-lhe suprir a insuficiência dos serviços no setor público, fomentar e apoiar a formalização do instrumento contratual com todos os estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS.

A celebração de vínculos formais entre gestores e prestadores de serviços de saúde tem dupla função: estabelecer uma ferramenta formal de compromisso entre as partes no aspecto qualitativo, quantitativo e garantir a legalidade dos repasses dos recursos financeiros, cumprindo as regras fixadas na legislação pertinente às Licitações e aos Contratos Administrativos.

O monitoramento, controle e a avaliação oportunizam intervenções sobre os problemas identificados, com vistas à melhoria contínua dos serviços ofertados, buscando a conformidade da estrutura e da produção dos serviços, ressaltando também a importância de acompanhar as pactuações dos serviços referenciados para o município com foco no controle e avaliação dos serviços contratados, bem como prestar contas para os outros municípios com o quantitativo e valores mensais utilizados.

Com relação a auditoria, os exames/consultas/procedimentos realizados pelos prestadores de serviços são conferidos mensalmente e posteriormente elaborado relatório descrevendo procedimentos realizados, valor faturado pelo

prestador e – caso tenha ocorrido alguma inconsistência – valor que deve ser glosado.

Na concepção trazida pelo SNA, auditoria é um instrumento de qualificação da gestão que visa fortalecer o SUS, por meio de recomendações e orientações ao auditado, com vista à garantia do acesso e à qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Os relatórios produzidos pelas auditorias materializam-se em instrumentos utilizados para detectar irregularidades e oportunidades de melhoria na gestão do SUS, desde que elaborados observando-se princípios, métodos e técnicas apropriados.

No que se refere o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC), trata-se de uma agenda política ampla que tem o objetivo de aperfeiçoar o ambiente jurídico e institucional relacionado às Organizações da Sociedade Civil e suas relações de parceria com o Estado.

As ações do Marco Regulatório são parte da agenda estratégica do Governo Federal que, em conjunto com a sociedade civil, definiu três eixos orientadores: contratualização, sustentabilidade econômica e certificação. Esses temas são trabalhados tanto na dimensão normativa – projetos de lei, decretos, portarias – quanto na dimensão do conhecimento – estudos e pesquisas, seminários, publicações, cursos de capacitação e disseminação de informações sobre o universo das Organizações da Sociedade Civil.

O novo Marco Regulatório das organizações da sociedade civil, aprovado pela Lei Federal nº 13.019, de 31 de julho de 2014, e regulamentado, no Poder Executivo Federal, pelo Decreto nº 8.726, de 2016, introduziu mudanças significativas nas formas de parcerias entre o Poder Público e entidades da sociedade civil. A Lei, de aplicação nacional, instituiu o termo de fomento e o termo de colaboração como instrumentos de ajustes próprios para a regulação da parceria público-privada, em substituição ao convênio. Também, tornou o chamamento público obrigatório; estabeleceu novos procedimentos para a condução das parcerias e para a prestação de contas, dentre outras medidas.

Um primeiro aspecto relevante a ser destacado sobre a Lei Federal nº 13.019 refere-se ao uso do termo “organização da sociedade civil – OSC” que engloba:

1. entidades civis sem fins lucrativos que não distribuam seus resultados, sobras, excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, isenções de qualquer natureza, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades; e que os apliquem integralmente na consecução do respectivo objeto social, de forma imediata ou por meio da constituição de fundo patrimonial ou fundo de reserva;
2. as organizações religiosas que se dediquem a atividades ou projetos de interesse público e de cunho social, distintas das destinadas a fins exclusivamente religiosos;
3. cooperativas sociais, previstas na Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999; e as regidas pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que sejam integradas por pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade pessoal ou social; alcançadas por programas e ações de combate à pobreza e de geração de trabalho e renda; voltadas para fomento, educação e capacitação de trabalhadores rurais ou capacitação de agentes de assistência técnica e extensão rural; e capacitadas para execução de atividades ou de projetos de interesse público e de cunho social.

Portanto, o conjunto de entidades alcançadas pelo termo OSC, para fins da aplicação dos dispositivos da Lei nº 13.019, vai além do universo de entidades alcançado pelas Leis Federais das organizações sociais (Lei nº 9.637, de 1998); e das OSCIPS (Lei nº 9.790, de 1999), visto que esses diplomas legais referem-se, apenas, às entidades civis sem fins lucrativos, conforme previstas no art. 12, § 3º da Lei nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997:

Considera-se entidade sem fins lucrativos a que não apresente superavit em suas contas ou, caso o apresente em determinado exercício, destine referido resultado, integralmente, à manutenção e ao desenvolvimento dos seus objetivos sociais.

As cooperativas, ainda que sociais, exercem atividade econômica, de proveito comum de seus cooperados, sem objetivo de lucro.

As leis federais, estaduais e municipais que tratam dos modelos de qualificação de organizações sociais - OS e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos (OSCIP) restringem o universo de entidades qualificáveis às entidades civis sem fins lucrativos. Também a Lei Federal nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, limita essa certificação às entidades civis sem fins lucrativos.

Outro aspecto relevante a ser ressaltado é que o termo OSC não se trata de um título concedido à entidade privada, tais como organizações sociais; OSCIPS; entidade beneficente de assistência social e outros. A expressão é utilizada apenas para delimitar o universo de entidades que especifica.

A Lei 13.019/2014 define parceria como o conjunto de direitos, responsabilidades e obrigações decorrentes de relação jurídica estabelecida formalmente entre a administração pública e organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividade ou de projeto expressos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação.

Interessante ressaltar que o termo “parceria” foi utilizado para nominar toda e qualquer relação existente entre as OSCs e o Poder Público, que envolvam ou não transferências de recursos públicos. Essa utilização vai de encontro ao Termo de Colaboração e Termo de Fomento.

Para garantir o monitoramento das parcerias, é importante que os órgãos públicos estejam preparados e capacitados desde o momento da concepção do projeto até a fase de prestação de contas. Para tanto, o Marco Regulatório propõe a criação, nos órgãos públicos, de uma Comissão de Monitoramento e Avaliação, que seja responsável por formular procedimentos de acompanhamento das parcerias, sugerir uniformização de entendimentos e identificar boas práticas, entre outras atividades de apoio.

Atualmente, na SMS realizam-se monitoramentos mensais, através dos registros do sistema G-MUS, no tocante aos serviços de saúde que estejam

cadastrados para produção. Os demais serviços prestados pelas demais OSCs, o monitoramento é mensal, ou conforme contratualização, mediante apresentação das prestações de contas. Quanto às fiscalizações, elas são realizadas mediante visitas *in loco*, sempre que necessário.

4.9 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) é definida como área prioritária e essencial para a promoção e recuperação da saúde e deve ser assegurada nos serviços de saúde através de um ciclo de ações para a sua execução que envolve: padronização/ seleção de medicamentos, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, prescrição, dispensação, produção, controle de qualidade, educação em saúde para o uso adequado e racional de medicamentos, vigilância farmacológica e sanitária dos produtos farmacêuticos, educação permanente dos profissionais farmacêuticos e de outros profissionais (agentes de saúde, atendentes de farmácia, estagiários, outros).

Trata-se de um processo que visa promoção e proteção da saúde, em nível individual ou coletivo e deve ser parte da política de saúde em qualquer nível de governo, respeitando os princípios do Sistema Único e orientando-se para garantir a redução das desigualdades em saúde, principalmente pela ampliação do acesso aos medicamentos e pela redução dos riscos e agravos, assegurando o seu uso racional.

A Gerência de Assistência Farmacêutica contribui para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, elaborando normas, procedimentos, recomendações e outros documentos que possam orientar e sistematizar as ações e serviços farmacêuticos. Cabe também a esses profissionais promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, visando o desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica.

As atividades da Assistência Farmacêutica estão estabelecidas na Instrução Normativa de 2017 que foi avaliada e estudada junto ao Conselho Municipal de

Saúde e que nesse novo plano de saúde deverá ser revisada, atualizada e regulamentada em Portaria Municipal.

O acesso aos medicamentos essenciais no SUS é orientado pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), um elemento técnico-científico que orienta a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos no Serviço de Saúde. A RENAME é composta por três componentes: Básico, Estratégico e Especializado. Da RENAME o município já construiu sua Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) com medicamentos específicos e complementares, de acordo com as características epidemiológicas da região. Essa REMUME está sendo continuamente revisada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) que foi criada no município pelo Decreto Municipal 7.068/2015.

A CFT possui caráter consultivo e de assessoria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sendo responsável pelo desenvolvimento de ações para garantir o uso seguro e racional dos medicamentos. Tem por finalidade supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos na rede de atenção à saúde, contribuindo para o seu desenvolvimento, com vistas a obtenção de resultados clínicos satisfatórios e menores riscos potenciais. Seus membros efetivos são 01 representante da categoria médica, 04 representantes da categoria de Farmácia, 01 representante da categoria de Enfermagem, 01 representante da categoria de Nutrição e 01 representante do Gabinete da SMS.

Os serviços da rede SUS contam com 12 farmácias e 07 dispensários (unidades de dispensação sem a presença do farmacêutico e sem medicamentos controlados) distribuídos em 07 distritos conforme exposto abaixo e também 02 almoxarifados que fazem a distribuição dos medicamentos (Almoxarifado Central e Almoxarifado da Farmácia Comunitária).

4.9.1 Farmácias e dispensários por distrito:

Primeiro Distrito - RINCÃO

- USF Boa Saúde - Dispensário
- USF Petrópolis - Farmácia

- USF Roselândia - Dispensário

Segundo Distrito - CENTRO

Farmácia Comunitária

Farmácia do Estado

- USF Operário - Farmácia
- Casa de Vacina - Medicamentos para Tuberculose

Terceiro Distrito - HAMBURGO VELHO

- USF Kephass - Farmácia
- SAE NH- Farmácia para dispensação de medicamentos DST/HIV

Quarto Distrito - CANUDOS

- UBS Canudos - Farmácia
- USF Getúlio Vargas - Dispensário
- USF Morada dos Eucaliptos - Dispensário
- USF Mundo Novo - Farmácia

Quinto Distrito - RONDÔNIA

- USF Rondônia II- Farmácia
- USF Rondônia - Dispensário

Sexto Distrito - SANTO AFONSO

- UBS Santo Afonso- Farmácia
- USF Liberdade - Dispensário
- USF Palmeira - Farmácia
- USF Vila Kroeff - Dispensário

Sétimo Distrito - LOMBA GRANDE

- USF Lomba Grande - Farmácia

A Secretaria Municipal de Saúde tem como meta para o próximo quadriênio transformar paulatinamente os Dispensários de Medicamentos em Farmácias com a

finalidade de promover ao usuário o acesso facilitado a todos os medicamentos da nossa Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

4.10 Vigilância em Saúde

A Gerência de Vigilância em Saúde (GVS) está situada na Rua Marcílio Dias, 1590, Centro, temporariamente, e possui quatro departamentos:

1. Departamento de Vigilância Ambiental em Saúde
2. Departamento de Vigilância Sanitária
3. Departamento de Vigilância em Saúde do Trabalhador e Violências
4. Departamento de Vigilância Epidemiológica

A Casa de Vacinas, situada na Rua Coronel Frederico Linck, 900, Bairro Rio Branco, é vinculada ao Departamento de Vigilância Epidemiológica e o Ambulatório de Atendimento às Pessoas Ostromizadas. Até o início da epidemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19), a Casa de Vacinas também sediava as ações de execução do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que aos poucos está sendo descentralizado para as Unidades Básicas de Saúde.

A Saúde (SMS), através do Departamento de Vigilância Sanitária em conjunto com as Secretarias de Desenvolvimento Econômico (SEDEC), de Meio Ambiente (SEMAM) e da Fazenda (SEMFAZ), compõem a Sala do Empreendedor, situada no 2º andar do Centro Administrativo Leopoldo Petry, facilitando ao contribuinte o licenciamento do seu empreendimento.

Um importante avanço foi a mudança de prédio que sedia a Gerência de Vigilância em Saúde, que nos últimos anos evoluiu em relação à constituição de suas equipes. Um espaço maior e planejado foi essencial para a reorganização do trabalho e uma maior interação entre as equipes. A epidemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) também contribuiu para a reestruturação das rotinas de trabalho de todas as Vigilâncias.

A incorporação de ferramentas tecnológicas, como a realização de reuniões virtuais, por meio de videoconferência, possibilitou a comunicação e articulação que

na maioria das vezes ocorria presencialmente, mas não representa uma alternativa viável para a realização de capacitações e treinamentos de equipe, tampouco contempla a ação de educação sanitária junto à população.

4.10.1 Instrumentos legais

Entre os instrumentos legais que norteiam as ações da Gerência de Vigilância em Saúde, em ordem cronológica, destacam-se:

- Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Novo Hamburgo. Lei Complementar N.º 177, de 17 de Dezembro de 1997. Institui o Código Municipal de Saúde.
- Novo Hamburgo. Lei N.º 2985, de 06 de Janeiro de 2017. Consolida a legislação municipal que dispõe sobre a estrutura administrativa organizacional da Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo.

4.10.2 Interface com as demais áreas (assistência e gestão)

Os Departamentos que compõem a Gerência de Vigilância em Saúde realizam um trabalho pautado pelas Diretrizes e Normas do Ministério da Saúde, Anvisa e Secretaria Estadual de Saúde. O planejamento e a execução de suas ações ultrapassam os limites da Vigilância em Saúde, caracterizando a intersetorialidade e multidisciplinaridade necessárias para o êxito de suas metas, que estão descritas nas tabelas finais.

4.10.3 Departamento de Vigilância Ambiental em Saúde

O Departamento de Vigilância Ambiental em Saúde é responsável pelo monitoramento e controle dos problemas vinculados ao desequilíbrio do meio ambiente, visando eliminar ou reduzir a exposição humana aos fatores prejudiciais à saúde ou que possam causar riscos à saúde.

Os programas implantados são os seguintes:

- **Programa Estadual de Vigilância e Controle do Aedes (PEVCA):**

Responsável por realizar o controle do mosquito *Aedes aegypti*, principal responsável pela transmissão de doenças como a Dengue, Zika e Chikungunya, por meio da fiscalização de reservatórios de água que possam servir como depósito de larvas de mosquitos e extermínio desses depósitos por meio de intervenções mecânicas (esvaziar os reservatórios), intervenções químicas (tratamento com larvicida e/ou adulticida) e ações educativas por meio de orientações e palestras destinadas à educação ambiental. O Município de Novo Hamburgo possui parceria através de Termo de Colaboração com a Universidade Feevale, que realiza as atividades preconizadas no Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) e PEVCA, bem como atendimento às demandas referentes a denúncias (amparo técnico).

Dentro deste Programa, o Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA), realizado quatro vezes ao ano, é uma ferramenta importante pois apresenta, de maneira rápida e segura, os índices de infestações larvários (Predial e Breteau), podendo ser empregado como instrumento de avaliação dos resultados das medidas de controle, incluindo-se também dados referentes aos tipos de recipientes, tornando possível redirecionar e/ou intensificar algumas intervenções, ou ainda, alterar as estratégias de controle adotadas.

A epidemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) ocasionou a interrupção das visitas domiciliares por dois momentos em função dos protocolos de distanciamento social, principalmente no período de bandeira preta. O número de imóveis fechados e de recusas às visitas aumentaram nos períodos mais críticos da pandemia.

- Programa de Controle da Doença de Chagas:

São realizadas visitas mensais aos Pontos de Informação de Triatomíneos (PITs) para coletar e identificar possíveis vetores da doença que tenham sido entregues nos respectivos pontos. Os PITs são locais onde a comunidade pode entregar os insetos (conhecidos como barbeiros - pertencentes à subfamília *Triatominae*) suspeitos. A Vigilância Ambiental mantém 4 pontos de coleta, sendo um na própria sede da Gerência de Vigilância em Saúde e outros três em locais específicos, todos localizados no Bairro Lomba Grande, que são:

Unidade de Saúde da Família Lomba Grande; Escola Municipal de Ensino Fundamental Helena Canho Sampaio (Loteamento Integração) e Escola Municipal de Ensino Fundamental José de Anchieta (São José do Deserto).

Depois de capturado, todo inseto suspeito deve ser entregue a esses pontos de coleta, ainda vivo. Na sequência, é encaminhado ao LACEN, onde são realizadas a análise e a identificação do mesmo. Posteriormente, a pessoa que encontrou esse possível vetor da doença é comunicada sobre o resultado, pois o envolvimento e a participação da comunidade são essenciais e de fundamental importância para que esse método tenha sucesso.

- Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA):

É uma atividade rotineira e preventiva de ação sobre os sistemas de abastecimento de água, soluções alternativas e individuais de abastecimento de água, a fim de garantir a qualidade da água para consumo humano, resultando na redução das possibilidades de doenças transmitidas pela água. São realizadas três coletas de águas mensais em diversos pontos amostrais da cidade, chamados de PCQ (ponto de controle de qualidade), que são enviadas para análise ao LACEN.

- Programa de Controle de Simulídeos:

É um programa de controle das larvas do inseto conhecido como borrachudo, pertencente à família *Simuliidae*, devido aos problemas vinculados a reações alérgicas na população, causados pela picada do inseto. É executado em conjunto com a Diretoria de Fomento ao Desenvolvimento Rural (DDR), para o qual a Vigilância Ambiental fornece o produto larvicida para aplicação.

Ainda, a Vigilância Ambiental em Saúde atua na investigação dos fatores ambientais relacionados à ocorrência de algumas doenças de notificação obrigatória, como por exemplo, leptospirose e hepatite A, o controle e monitoramento para prevenção e controle da raiva humana, transmitida por animais, após encaminhamento dos casos notificados pela Vigilância Epidemiológica, além da prevenção e controle da Leishmaniose, doença que é transmitida por mosquitos da subfamília *Phlebotominae* para cães e seres humanos.

4.10.4 Departamento de Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (VISA) 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 da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde.

As principais atividades envolvem:

- Licenciamento e fiscalização de estabelecimentos relacionados às áreas de alimentos, estabelecimentos de saúde, medicamentos, produtos de interesse à saúde (cosméticos, perfumes, produtos de higiene pessoal, saneantes e correlatos/ produtos para a saúde), serviços de interesse à saúde;
- Cadastro, concessão e publicação de autorização para comercialização de substâncias retinóides;
- Fornecimento de talonários de notificação de receita “A”, sequência numérica de notificação de receita “B” e “B2” e sequência numérica de notificação de receita especial (Retinoides e Talidomida);
- Emissão de Autorização para Translado de Corpos/ Restos Mortais Humanos.
- Abertura e encerramento de Livros de Ótica;
- Registro de Certificados de massagistas, técnicos em óptica e podólogos residentes ou atuantes no município, mediante cadastro prévio.

4.10.5 Instrumentos Legais

Os instrumentos legais para a formalização do Departamento de Vigilância Sanitária e suas ações, em ordem cronológica, compreendem:

- Brasil. Lei Federal n.º 6437/1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.
- Novo Hamburgo. Lei Complementar N.º 177, de 17 de Dezembro de 1997. Institui o Código Municipal de Saúde.
- Estado do Rio Grande do Sul. Resolução Nº 250/07 – CIB/RS. Aprova o Regulamento Técnico que disciplina a responsabilidade sanitária de

municípios em relação às ações de Vigilância Sanitária, e dispõe sobre critérios e parâmetros relativos à organização, hierarquização, regionalização, e descentralização dos Serviços do Sistema de Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 05 de dezembro de 2007.

- Novo Hamburgo. Decreto Nº 3.395, de 09 de Julho de 2008. Institui as ações e os serviços de Vigilância Sanitária no Município e dá outras providências.
- Estado do Rio Grande do Sul. Resolução Nº 209/10 – CIB/RS. Homologa a Adesão à Gerência e Gestão das Ações de Vigilância Sanitária, de acordo com o preconizado na Resolução n.º 250/07 – CIB/RS, anexo V – ações estratégicas para municípios com população superior a 100.000 habitantes, dos municípios de Novo Hamburgo e Porto Alegre. Porto Alegre, 12 de julho de 2010.
- Novo Hamburgo. Portaria N.º 2088/2015. Designa os servidores para a função de Fiscal de Vigilância Sanitária, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SMS.

Um novo sistema de informação está sendo implantado na Vigilância Sanitária (G-VIS). Com ele será possível acessar dados válidos e confiáveis, planejar, organizar, operar, avaliar as ações e o desempenho da VISA, fundamentando a tomada de decisões, com base na avaliação de risco.

A VISA vem sofrendo um gradual processo de transformação, que iniciou com a criação da Sala do Empreendedor no município, e passa pela adequação à Declaração de Direitos de Liberdade Econômica, instituída pela Lei n.º 13.874, de 20 de setembro de 2019, que estabelece garantias de livre mercado e dispõe sobre a atuação do Estado como agente normativo e regulador. A simplificação administrativa proporcionada exigiu uma nova organização do processo de licenciamento sanitário, que está em andamento ainda pois, além de adequações internas, envolve a integração com sistemas como o da Junta Comercial (Rede Nacional para a Simplificação do Registro e da Legalização de Empresas e Negócios), o Sistema de Informação em Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul (SIVISA) e o sistema utilizado pela Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo (AtendeNet).

A epidemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) provocou uma demanda de trabalho atípica para a GVS, que perdura há mais de um ano. Para atendê-las, várias alterações foram realizadas nos processos de trabalho, incluindo a transferência de três funcionárias da equipe técnica de fiscalização da VISA para o Departamento de Vigilância Epidemiológica. Duas equipes fixas de fiscais realizam as fiscalizações de denúncias, integrantes da Central de Fiscalização, de natureza temporária, criada pelo Decreto N.º 9212/2020, de 17/04/2020, em horários fora do expediente de trabalho.

4.10.6 Departamento de Vigilância em Saúde do Trabalhador e Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs)

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) compreende um conjunto de ações e práticas que envolvem vigilância sobre doenças e agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica, intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, incluindo vigilância sanitária em saúde do trabalhador, ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde, articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos.

A notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho é compulsória para os médicos e outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. A notificação compulsória será realizada diante da suspeita ou confirmação de doença ou agravo. O grande desafio é implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

A notificação por parte dos serviços de saúde é fundamental para o processo de vigilância em saúde do trabalhador, uma vez que essas informações servem de base para o conhecimento do território e planejamento das ações.

Todos os óbitos relacionados ao trabalho notificados e informados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), são investigados, buscando uma intervenção nos fatores que causaram o evento. Se a investigação e a intervenção

não forem feitas, novos casos de óbitos e acidentes graves têm grande chance de se repetir.

Quanto às violências, no Brasil e no mundo, o impacto da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes) constitui uma das maiores preocupações para chefes de Estado e dirigentes da área da Saúde. Em nosso país, as violências e os acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 01 a 49 anos. Esse processo de aperfeiçoamento da vigilância de violências, aliado às políticas de atenção integral à saúde, proteção e garantia de direitos, foi fortalecido com a publicação da Portaria MS/GM nº 1.271 de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública e torna imediata (em até 24 horas) a notificação dos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio na esfera municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos.

O Departamento integra o Comitê Municipal específico sobre Enfrentamento à Violência e Exploração Sexual a Crianças e Adolescentes (EVESCA), que constitui importante espaço de discussão, planejamento e elaboração de fluxos e ações intersetoriais.

4.10.7 Departamento de Vigilância Epidemiológica

“A Vigilância Epidemiológica é definida como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Lei 8.080/90).

São funções da Vigilância Epidemiológica: Coleta de dados sobre agravos e doenças, processamento dos dados coletados, análise e interpretação dos dados processados, recomendação das medidas de controle de agravos e doenças, promoção das ações de controle indicadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, divulgação de informações pertinentes sobre agravos e doenças.

Para subsidiar a coleta de dados sobre agravos e doenças, existe a definição da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública.

Ainda, a partir de Julho/2021 foi implantado o Setor de Eventos Vitais, cujo trabalho era realizado na Secretaria Municipal de Saúde.

4.10.8 Sobre a Pandemia COVID-19

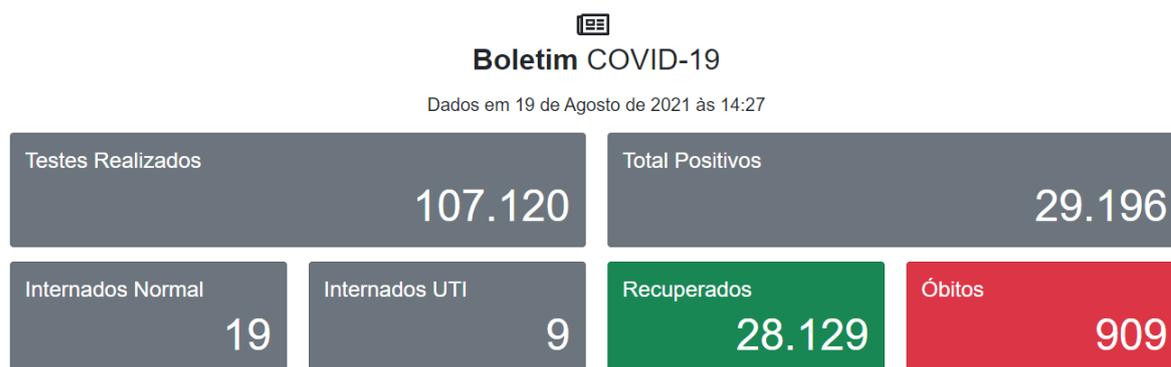
O primeiro caso suspeito da doença pelo novo Coronavírus (COVID-19) no RS foi notificado por Novo Hamburgo, em 28 de janeiro de 2020. No dia 10/03/2020 foi confirmado o primeiro caso da doença no RS, em um morador de Campo Bom, atendido e coletado pelo Pronto Atendimento da Unimed Vale do Sinos em Novo Hamburgo. Os primeiros casos confirmados a partir de atendimentos realizados em estabelecimentos de saúde de Novo Hamburgo foram de residentes de outros municípios. A confirmação do primeiro caso de residente hamburguense ocorreu no dia 29/03/2020, sendo de uma trabalhadora de saúde da UPA Centro.

Desde então ocorreram muitas mudanças de protocolo, sendo de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica:

- Adaptar e divulgar junto à rede pública e privada os protocolos definidos pelo COE/RS;
- Buscar os exames coletados nos serviços de saúde, registrá-los no Sistema GAL/RS (Gerenciador de Ambientes Laboratoriais do RS), levá-los ao LACEN e trazer kits para coleta de exame de RT-PCR;
- Realizar notificações nos sistemas definidos pelo Ministério da Saúde (eSUS-VE para Síndrome Gripal e SIVEP Gripe para Síndrome Aguda Grave – SRAG);
- Receber notificações;
- Realizar a investigação epidemiológica;
- Receber as notificações de óbitos;
- Realizar o fechamento dos casos nos sistemas;
- Tabular os dados em diferentes planilhas;
- Fornecer informações para Gestores, Ministério Público e imprensa.

As estratégias de Vigilância e Controle da Doença pelo Novo Coronavírus (COVID-19) no Estado são definidas pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), da Secretaria Estadual da Saúde (SES), por meio das Notas Informativas publicadas pelo Centro de Operações de Emergências (COE) do Rio Grande do Sul.

Números atuais da COVID-19 no município:



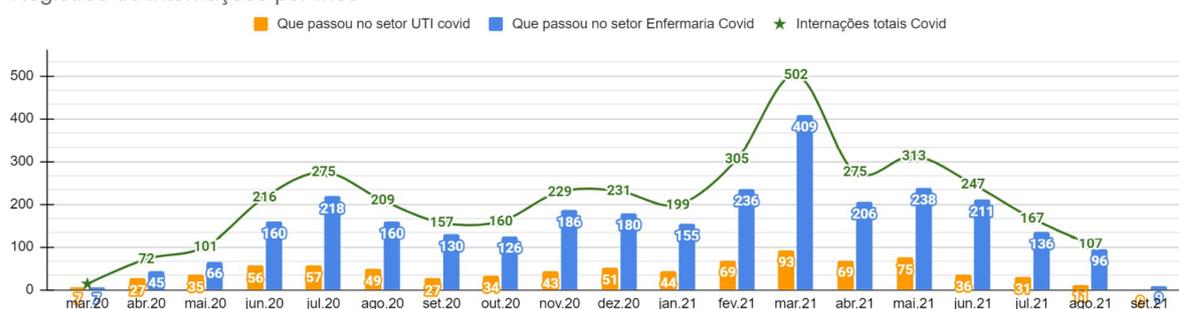
Fonte: <https://novohamburgocovid.inovadora.com.br/#covid-bi-vacinas>. Acesso em 24/08/2021.

A Secretaria de Saúde do município vem acompanhando a dinâmica da Pandemia da COVID-19 de forma intensiva desde o início de 2020, inclusive em seus desdobramentos como as estratégias de vacinação visando combater esta grave crise sanitária.

Além dos mecanismos formais de controle de eventos nos níveis federal, estadual e municipal, encontram-se abaixo gráficos relacionados ao comportamento da COVID-19 no Hospital Municipal de Novo Hamburgo.

Estes dados permitem avaliar as curvas de flutuação da COVID-19 baseadas nos atendimentos do Centro de Triagem COVID-19 e das internações COVID-19 ao longo da Pandemia, no Hospital Municipal.

Registros de internações por mês



Fonte: Diretoria de Governo Eletrônico, Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo.

Atendimentos Centro de Triagem Covid-19



Fonte: Diretoria de Governo Eletrônico, Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo.

O Plano Municipal de Imunização para COVID-19 está disponível no endereço eletrônico da Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo, e foi elaborado com base nas determinações da Secretaria Estadual da Saúde, CIB/RS e Plano Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde.

Abaixo demonstrativo do estágio atual da cobertura vacinal para COVID-19 em nosso município na data de 24 de agosto de 2021.



Totais de aplicações realizadas por vacina e dose				
	D1	D2	DU	Totais
Vacina Covid-19 - AstraZeneca	84.905	31.334	0	116.239
Vacina Covid-19 - Coronavac	41.080	36.588	0	77.668
Vacina Covid-19 - Pfizer	31.361	1.149	0	32.510
Vacina Covid-19 - Ad26.COV2.S - Janssen-Cilag	0	0	5.548	5.548
Totais	157.346	69.071	5.548	231.965

Fonte: <https://novohamburgocovid.inovadora.com.br/#covid-bi-vacinas>. Acesso em 24/08/2021.

4.11 Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva - NUMESC

A Educação Permanente em Saúde na SMS está atualmente centrada no Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, um núcleo coletivo organizado, participativo, democrático e permanente, vinculado ao Gabinete do Secretário Municipal da Saúde que se destina a planejar e executar ações de Educação Permanente em Saúde / Educação em Saúde Coletiva, articulando as entidades formadoras, os trabalhadores dos serviços de saúde e o controle social.

Criado inicialmente como parte das Políticas Municipais de Saúde, conforme decreto nº 4760/2011, de 1º de junho de 2011, o Numesc se consolidou a partir da portaria 1.092/2013 de 3 de julho de 2013, como um órgão independente que acolhe em sua composição atores dos mais variados segmentos em saúde, com a primeira nomeação dos seus integrantes na Portaria 1385/2013.

Atualmente o Numesc é formado por servidores da Secretaria Municipal de Saúde, Fundação de Saúde Novo Hamburgo e Grupo Solução em Gestão, oficializados nominalmente por meio de portaria que estabelece seus membros.

A estrutura organizacional do Numesc é formada por um colegiado, coordenação, vice-coordenação, estudante de Ensino Superior na área da saúde (estágio) e, a partir desses, comissões e grupos de trabalho conforme o Regimento Interno e necessidades pontuais do coletivo.

O Numesc está estruturado em dois eixos principais:

EIXO I – Da qualificação

Visa propor, executar e fortalecer iniciativas de qualificação profissional em Educação Permanente em Saúde / Saúde Coletiva para servidores que atuam na saúde pública primária, secundária e terciária da rede pública e, eventualmente, privada, conforme demanda e processo de trabalho. No ano de 2020, sob gestão e parceria do Numesc, foram realizadas cerca de 14 atividades/capacitações na rede pública de saúde sob cenário limitado em razão das medidas de distanciamento controlado para o enfrentamento da COVID-19.

Na rede pública, a Secretaria de Saúde possui 2.658 servidores, entre concursados, Processo Seletivo Simplificado (PSS) e Cargos Comissionados e Portariados (CCs), distribuídos entre a esfera municipal e das gestões indiretas da Fundação de Saúde Novo Hamburgo e Grupo Solução em Gestão.

EIXO II – Integração Ensino-Serviço

A parceria entre Instituições de Ensino e o Poder Público é um dos pilares de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal dinâmica, que já ocorre há muitos anos em Novo Hamburgo, se consolidou de maneira oficial por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino Saúde (COAPES), publicado em 13 de julho de 2019, firmado entre a Associação Pró-Ensino Superior em Novo Hamburgo (Aspeur) e o Município de Novo Hamburgo / Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de garantir a estrutura de serviços de saúde em condições de oferecer campo de prática, mediante a integração ensino serviço, relativos a graduação e residências médicas junto à Instituição de Ensino plenamente habilitada e devidamente autorizada à realização do curso de medicina e áreas da saúde, bem como Residência Médica. O documento foi reconhecido pela Comissão Intergestores Regional (CIR) Vale dos Sinos por meio da Deliberação 003/2020 e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Rio Grande do Sul com a Resolução 214/2020 de 19 de novembro de 2020 sendo o primeiro da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) a ter essa decisão.

A relação com a Universidade Feevale ocorre em todos os níveis de atenção em saúde pública com inserção de acadêmicos dos 12 cursos voltados à área da saúde, residentes e internato, além da parceria em cursos e projetos de qualificação/capacitação para o melhoramento da rede pública de saúde. Além da Universidade Feevale, o município mantém vínculo por meio de estágios com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) e Instituição Evangélica de Novo Hamburgo (IENH).

4.12 Informatização da Rede de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde, visando gerenciar, qualificar e quantificar os serviços realizados, vem adotando desde o 2º semestre de 2011 o uso de tecnologias aplicadas à saúde, com a disponibilização do Sistema de Gestão Municipal da Saúde (G-MUS) e o Sistema de Gestão Hospitalar (G-HOSP), onde o Prontuário Eletrônico é utilizado tanto pela Atenção Básica, Especializada, de Urgência/Emergência e Hospitalar de maneira integrada e online, qualificando ainda mais os atendimentos dos profissionais de saúde bem como imprimindo agilidade nos encaminhamentos e atendimentos que fazem parte do cuidado ao paciente.

Em 2018 a SMS/NH foi contemplada com a maior premiação do Prêmio Gestor Público concedido pelo SindiFisco com o projeto de Tecnologia Aplicada a Rede Pública de Saúde, com enfoque na Carta de Referência Eletrônica, que permite a Atenção Básica o encaminhamento a especialistas de forma online, mitigando a demora no processo do ponto de vista operacional e administrativo.

Além disso, outros indicadores importantes foram atingidos com o uso do Prontuário eletrônico de forma integrada no território municipal, tais como: diminuição do índice mortalidade materna e infantil com base no uso das informações de atendimento de pré-natal, gestação de alto-risco, laudos de exames e intercorrências registradas no prontuário da gestante até o nascimento do bebê no Hospital Municipal. Outros indicadores importantes também foram alcançados quanto ao acompanhamento nutricional das famílias que integram o Programa Bolsa Família, tendo NH os melhores indicadores a nível nacional e estadual, entre tantos

outros passos importantes que a Saúde de NH realizou em sua caminhada em busca de excelência no atendimento SUS.

A SMS tem como meta para o próximo quadriênio a informatização da Rede de Atenção Psicossocial, que iniciará pelo Ambulatório de Saúde Mental, atingindo então 100% da Rede de Atenção à Saúde SUS informatizada, permitindo o acompanhamento e melhor desempenho de indicadores e atendendo sempre para a modernização e automação de todos os processos e serviços que envolvem a saúde pública de Novo Hamburgo.

5. FINANCIAMENTO DO SUS

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – compartilhem a gestão e o financiamento do SUS, custeando as despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Os percentuais de aplicação financeira dos Municípios, Estado e União no SUS, são definidos na Lei Complementar nº 141/2012. Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% das transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos Estados aplicarem 12%.

No que compete à União, o financiamento do SUS está congelado até 2036, conforme determinado na Emenda Constitucional nº 95/2016. Desde 2018, os recursos aplicados em saúde correspondem ao valor gasto no ano anterior, acrescido do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo).

A Lei Complementar 141/2012 disciplinou que ASPS são ações e serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde, financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei 8080/1990, e às seguintes diretrizes:

- sejam destinadas às ASPS de acesso universal, igualitário e gratuito;
- estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação;
- sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando às despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Para que as ações e serviços sejam definidos como ASPS devem estar disponíveis a toda a população de forma gratuita, constar no Plano de Saúde, ser de responsabilidade do setor de saúde e serem fiscalizadas e aprovadas pelo Conselho de Saúde, sendo os recursos financeiros movimentados até sua destinação final por meio dos Fundos de Saúde.

Outro aspecto importante é que a demonstração legal da aplicação de recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos ocorre pelo registro dos dados contábeis no SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Neste sistema as despesas consideradas para o cômputo da aplicação mínima do município são agrupadas em:

- despesas liquidadas e pagas no exercício.
- despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício financeiro do município, consolidadas no Fundo Municipal de Saúde.

No quadro abaixo apresenta-se a Aplicação de Recursos Próprios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), no município de Novo Hamburgo nos últimos quatro anos, observando-se que o município de Novo Hamburgo aplica um percentual superior ao 15% mínimos definidos na Lei Complementar nº 142/2012.

Aplicação de Recursos Próprios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), no município entre 2017 e 2020.

Ano	Receita de Impostos e Transferências	Despesas com Recurso Próprios	Percentual aplicado
2017	R\$ 366.239.909,58	R\$ 77.888.503,25	21,26 %
2018	R\$ 406.391.476,01	R\$ 94.209.097,37	23,18 %
2019	R\$ 416.234.943,23	R\$ 99.920.492,22	24,00 %
2020	R\$ 406.003.163,89	R\$ 93.082.817,29	22,92 %

Fonte: SIOPS

O Município recebe recursos da União por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e do Estado por meio do Fundo Estadual de Saúde, que somados aos recursos próprios compõem as receitas municipais da saúde. A seguir, apresenta-se o montante de recursos transferidos pelo Estado e União para o município de Novo Hamburgo nos últimos quatro anos.

Demonstrativo dos Recursos Estaduais e Federais repassados ao Município

Ano	Estadual	Federal
2017	R\$ 41.893.611,94	R\$ 79.091.611,94
2018	R\$ 36.729.943,63	R\$ 84.140.633,31
2019	R\$ 51.874.553,13	R\$ 85.045.691,18
2020	R\$ 49.159.091,80	R\$ 118.404.208,46

Fonte: SIOPS

5.1 Alocação dos Recursos

O financiamento da saúde é efetivado por meio de um conjunto de pactuações entre gestores e da publicação de normas que explicitam os critérios, parâmetros e valores a serem pagos pelas ações e serviços.

A Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017, alterou a Portaria de Consolidação 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. A Portaria de Consolidação nº 6 havia incorporado o texto da Portaria 204/2007, que até então, regia as normas de financiamento e transferência dos recursos federais.

A regra estabeleceu que o repasse dos recursos financeiros federais, transferidos por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos demais entes federados, destinados ao custeio das ASPS, passa a ser realizada em apenas uma conta financeira, e não mais em cinco diferentes blocos com suas inúmeras contas bancárias.

Além disso, os recursos destinados a investimentos passaram a ser transferidos também em uma só conta. Ou seja, desde janeiro de 2018 os recursos federais transferidos aos demais entes passaram a ser organizados e transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta bancária específica e única na forma em dois blocos de financiamento que foram

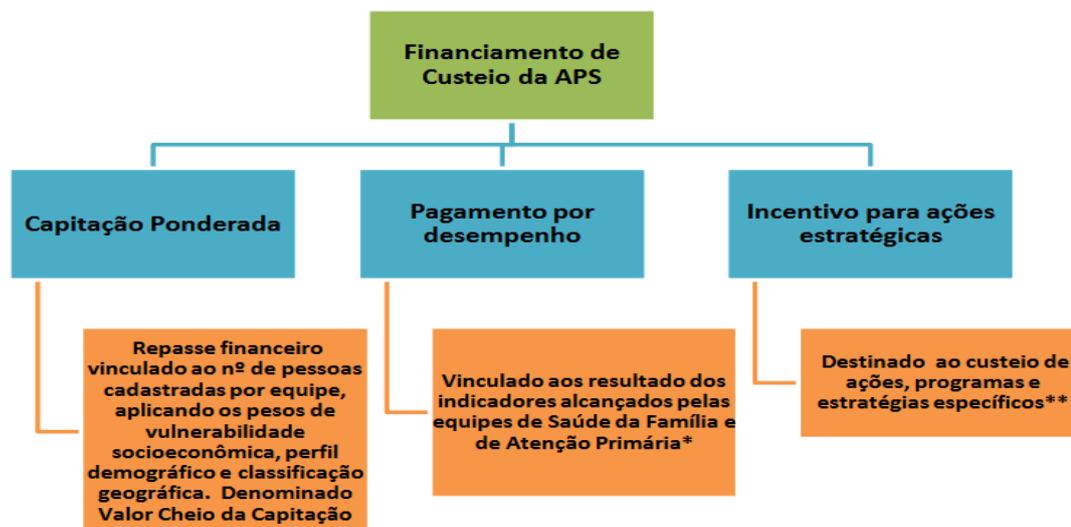
denominados: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.

O FNS por meio de seu portal eletrônico divulga o grupo de identificação das transferências relacionados ao nível de atenção ou à finalidade da despesa na saúde, tais como:

Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde

- a) Atenção Básica** – representa o agrupamento das ações voltadas a **Atenção Primária em Saúde**.
- b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar** – trata-se da atenção especializada composta pela média e alta complexidade (MAC) e pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC).
- c) Vigilância em Saúde** – representam o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária.
- d) Assistência Farmacêutica** – destina-se à aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.
- e) Gestão do SUS** – destina-se a qualificação da Gestão do SUS e implantação de ASPS.

Destaca-se a implementação do novo financiamento da Atenção Primária em Saúde (APS), o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o qual apresenta-se como um modelo misto de pagamento, que busca estimular o alcance de resultados na APS sendo composto por três critérios: **capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas**.



Quanto a **Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde** os repasses financeiros são destinados à aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde, obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Para a utilização dos recursos devem ser observadas as seguintes regras:

- Que as ações devem constar no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde.
- Cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos, tais como as portarias e resoluções da CIT e das CIBs, expedidos pela direção do SUS.
- Vinculação com os programas de trabalho previstos no Orçamento geral da União, ao final do exercício financeiro.

Quanto aos recursos estaduais destinados as ações e serviços em saúde, estes estão distribuídos conforme apresentado o quadro abaixo:

PROGRAMA	DESCRIÇÃO
Assistência Farmacêutica	Farmácia Básica / Diabete Mellitus.
Atenção Básica	Incentivos para a Atenção Primária à Saúde: I. Componente sociodemográfico; II. Incentivo para equipes da Atenção Primária à Saúde; III. Incentivo à Promoção da Equidade em Saúde; IV. Incentivo ao Primeira Infância Melhor; V. Incentivo à qualificação da Atenção Primária à Saúde.
Média e Alta Complexidade	I. SAMU / UPA. II. CAPS. III. Programa de Incentivos Hospitalares – ASSISTIR.
Vigilância em Saúde	Vigilância em Saúde, Vigilância Ambiental.
Convênios, Consulta Popular, Portaria SES ou Termos de Compromisso	I. Aquisição de veículos, equipamentos, material permanente. II. Construção, ampliação e reforma. III. Custeio (medicamentos, exames e/ou consultas especializadas). IV. Nota Fiscal Gaúcha

5.2 Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde de Novo Hamburgo foi criado pela Lei nº 130, de 20 de dezembro de 1996, que tem por objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos oriundos da União, do Estado, do Município e/ou de outras fontes, e destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas, controladas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Assim, o Fundo Municipal de Saúde constitui-se num importante instrumento de:

- **Gestão** dos recursos destinados ao financiamento das ASPS;
- **Planejamento**, pois possibilita aos gestores visualizar os recursos que dispõem para as ações e serviços de saúde;
- **Controle**, por facilitar o acompanhamento permanente sobre as fontes de receitas, seus valores e datas de ingresso, as despesas realizadas, os recebimentos das aplicações financeiras, dentre outros.

Compete a Gerência de Gestão do Fundo Municipal de Saúde a elaboração e gestão do orçamento da Secretaria, em consonância à Diretoria de Orçamento e Finanças da Secretaria da Fazenda, bem como, a identificação e controle do repasse dos recursos financeiros da União e Estado, aplicando a sua finalidade.

As solicitações de compras de serviços, medicamentos, equipamentos e materiais médico-hospitalares, materiais odontológicos, materiais permanentes, equipamentos, materiais de expediente, locações, entre outros, originam-se neste setor, a partir das necessidades elencadas pelas áreas responsáveis com a autorização do Secretário e Diretor Administrativo da Secretaria Municipal da Saúde. Após, os Gestores de Compras, geridos pela Diretoria de Compras, vinculada a Secretaria da Administração, realizam os trâmites de compras de acordo com a legislação.

O setor solicita os empenhos e repassa às áreas pertinentes, as quais recebem os serviços e/ou insumos adquiridos, e estas encaminham ao Fundo Municipal de Saúde as notas fiscais dos prestadores e fornecedores para proceder os trâmites burocráticos finais para realização dos respectivos pagamentos pela Secretaria da Fazenda. Além disso, para os contratos e convênios existentes realiza o controle dos saldos financeiros, bem como, aos seus respectivos empenhos, num rigoroso controle orçamentário/financeiro.

À responsável pela Prestação de Contas compete elaborar o Relatório de Gestão Financeiro para apresentação e aprovação do Conselho Municipal de

Saúde, bem como, o preenchimento do MGS (Monitoramento e Gestão em Saúde), que é enviado ao Estado, e a inserção das informações contábeis no SIOPS. Cabe ressaltar, que o não envio das prestações de contas e alimentação dos sistemas no prazo estabelecido acarreta em inscrição do Município no CADIN/RS (Cadastro Informativo das Pendências perante Órgãos e Entidades da Administração Estadual) e CAUC (Cadastro Único de Convênios – Serviço Auxiliar de informações para Transferências voluntárias) na União, que tem por consequência a suspensão dos repasses financeiros ao Município.

6. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Como forma de organização, as diretrizes, objetivos, metas e indicadores do PMS-NH para o período de 2022 a 2025, estão constituídas em cinco eixos de programação.

Eixo I: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eixo II: ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

Eixo III: VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Eixo IV: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Eixo V: GESTÃO DO SUS

EIXO I: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Diretriz Nº 1 - Garantir a universalidade de acesso, integralidade de assistência, equidade, gratuidade através de um modelo de atenção resolutivo com uma gestão unificada, regionalizada e hierarquizada, tendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde.											
DIRETRIZ ESTADUAL											
Objetivo 1 - Ampliar o acesso aos serviços da Atenção Básica por meio das equipes de Estratégia de Saúde da Família e das equipes de Atenção Primária.											
Objetivo 2 - Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade nas Redes de Atenção à Saúde, qualificando a assistência por meio de Protocolos.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025

1.1	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde da Família (eSF).	Cobertura populacional estimada de eSF	57,33	2020	Percentual	68,43	Percentual	58,65	60,05	61,44	68,43
1.2	Ampliar a cobertura populacional estimada de equipes de Atenção Primária (eAP).	Cobertura populacional estimada de eAP	43,76	2020	Percentual	47,36	Percentual	44,93	46,14	47,36	47,36
1.3	Ampliar a cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Primária.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na APS	27,11	2020	Percentual	33,03	Percentual	27,99	29,20	30,42	33,03
1.4	Descentralizar as coletas de exames laboratoriais para duas Unidades de Saúde da Atenção Primária por ano.	Número de Unidades da APS realizando coletas de exames laboratoriais	0	2020	Número	8	Número	2	4	6	8
1.5	Implantar uma modalidade de Prática Integrativa e Complementar (PICS) inicialmente em duas Unidades de Atenção Primária.	Número de Unidades de APS com PICS implantada	0	2021	Número	2	Número	1	1		
2.1	Implantar Protocolo de prevenção e tratamento de feridas em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária.	Percentual de Unidades de APS com Protocolo Implementado	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.2	Elaborar Protocolo Municipal de Acolhimento para a Rede de Atenção Primária à Saúde.	Protocolo elaborado	0	2020	Número	1	Número	1			
2.3	Qualificar o atendimento para os cuidados com Hipertensos e Diabéticos em todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde.	Percentual de Unidades de APS capacitadas	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.4	Implantar o Protocolo Municipal de Cuidados Paliativos na Atenção Primária.	Percentual de Unidades de APS com Protocolo Implementado	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.5	Descentralizar o Programa de Tabagismo para todas as Unidades de Atenção Primária que contenham profissionais capacitados seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.	Percentual de Unidades de APS com o Programa Implantado	0	2020	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.6	Monitorar em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil.	Percentual de Unidades da APS monitoradas	0	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.7	Monitorar mensalmente as ações do Programa Rede Bem Cuidar (RBC/RS) na USF	Número de monitoramentos realizados	0	2021	Número	12	Número	12			

	Petrópolis										
2.8	Ampliar o número de usuários com avaliação do estado nutricional na faixa etária de 0 a 10 anos acompanhados pelas equipes da Atenção Primária em Saúde.	Percentual de usuários avaliados na faixa etária de 0 a 10 anos	14,5	2020	Percentual	35	Percentual	19,5	24,5	29,5	35
2.9	Diminuir a taxa de prevalência de excesso de peso na população adulta.	Percentual de adultos com excesso de peso avaliados na APS	78,13	2020	Percentual	68	Percentual	76	74	71	68
2.10	Implantar o Protocolo de Aleitamento Materno em parceria com a Política de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança/SMS em toda Rede de Atenção à Saúde.	Percentual de Serviços de Saúde com Protocolo Implementado	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.11	Implementar o Guia Alimentar da População Brasileira em todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde.	Percentual de equipes de APS com o Guia Alimentar implementado	0	2020	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.12	Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família.	Percentual de cobertura do acompanhamento das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família	71,16	2020	Percentual	80	Percentual	73	75	77	80
2.13	Reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	11	2020	Percentual	10	Percentual	10,75	10,50	10,25	10
2.14	Manter oferta do método anticoncepcional de baixa dosagem hormonal para adolescentes em todas Unidades de APS.	Percentual de Unidades de APS com método anticoncepcional de baixa dosagem hormonal para adolescentes	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.15	Recompor a equipe mínima do Setor de Planejamento Familiar conforme lei municipal 1.028/2003.	Equipe mínima recomposta	0	2020	Número	1	Número	1			
2.16	Implantar o Protocolo de Planejamento Familiar em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária.	Percentual de Unidades de APS com Protocolo Implantado	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.17	Qualificar o atendimento para os cuidados da Saúde Sexual e Reprodutiva (Planejamento	Percentual de Unidades de Saúde da APS capacitadas	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100

	Familiar) em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária.										
2.18	Retomar oferta dos métodos contraceptivos definitivos.	Percentual da agenda no centro cirúrgico disponibilizada para esses procedimentos	0	2021	Percentual	100	Percentual	50	50	100	100
2.19	Manter a realização de Campanhas Anuais de prevenção ao câncer do Colo do Útero e Mama (Dia Internacional da Mulher e Outubro Rosa).	Campanhas realizadas	2	2019	Número	8	Número	2	2	2	2
2.20	Aumentar a cobertura de realização de exames de mamografia de rastreamento nas mulheres de 50 a 69 anos, implementando em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária, ações de busca ativa e monitoramento a partir da elaboração de um instrumento institucional.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	0,13	2020	Razão	0,39	Razão	0,18	0,25	0,32	0,39
2.21	Aumentar a cobertura de realização do exame de rastreamento do citopatológico do colo uterino nas mulheres de 25 a 64 anos, implementando em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária, ações de busca ativa e monitoramento a partir da elaboração de um instrumento institucional.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,21	2020	Razão	0,42	Razão	0,21	0,28	0,35	0,42
2.22	Aumentar a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	Percentual de gestantes testadas para sífilis e HIV	60	2021	Percentual	95	Percentual	70	80	90	95
2.23	Aumentar a proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação.	Percentual de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal e realização da 1ª consulta até a 20ª semanas da gestação	46,74	2021	Percentual	60	Percentual	47	52	57	60
2.24	Reduzir o número de óbitos maternos anualmente, em determinado período e local de residência, com meta de zerar o indicador.	Número de mortes maternas em determinado período ou local de residência	3	2020	Número	0	Número	0	0	0	0
2.25	Capacitar a Rede de Atenção Primária em Saúde a respeito do Protocolo Municipal de Pré Natal de Baixo Risco.	Percentual de Unidades de APS capacitadas	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100

2.26	Implantar o Protocolo Municipal Multiprofissional de Saúde da Criança na Rede de Atenção Primária em Saúde.	Protocolo Implantado	0	2021	Número	1	Número	1			
2.27	Implementar um Procedimento Operacional Padrão (POP) de fluxo intersetorial de atenção à situação de violência sexual infantil em parceria com a saúde mental para toda a Rede Pública de Atenção em Saúde.	Percentual de Serviços Públicos de Saúde com POP implementado	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.28	Implementar agenda quinzenal de educação permanente da equipe do Programa Amigos do Bebê.	Agenda implementada	0	2021	Número	1	Número	1			
2.29	Manter a investigação de todos os óbitos materno, fetal e infantil do município.	Percentual de óbitos materno, fetal e infantil investigados	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.30	Aumentar a participação das equipes de Atenção Primária em Saúde nas investigações dos óbitos materno, fetal e infantil.	Percentual de equipes que realizam a investigação do óbito materno, fetal e infantil	30	2021	Percentual	100	Percentual	50	50	100	100
2.31	Manter reuniões quinzenais para o "Petit" Comitê e mensais para o Comitê de Mortalidade materno, fetal e infantil.	Número de reuniões realizadas no ano	36	2021	Número	144	Número	36	36	36	36
2.32	Implantar Protocolo Municipal de Saúde Integral do Adolescente na Rede de Atenção Primária à Saúde.	Protocolo Implantado.	0	2021	Número	1	Número		1		
2.33	Manter a adesão do Programa Saúde na Escola (PSE) em todas as Unidades de Atenção Primária em Saúde.	Percentual de Unidades de APS com adesão ao PSE	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.34	Manter a execução das ações planejadas anualmente do Plano Operativo local – POL cumprindo as diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) na Rede de Atenção à Saúde e no Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE).	Percentual de ações realizadas em relação às planejadas na Rede de Atenção à Saúde e no Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE)	50	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.35	Ampliar o número de visitantes do Programa Primeira Infância Melhor (PIM).	Número de visitantes do PIM	5	2021	Número	10	Número	10			

2.36	Retomar os grupos de adolescentes nas USFs Palmeira, Lomba Grande, Morada dos Eucaliptos e ampliar os grupos para as USFs Kephas, Getúlio Vargas e Rondônia II.	Número de grupos de adolescentes implementados na Rede de Atenção Primária em Saúde.	3	2019	Número	6	Número	3	6		
2.37	Manter coeficiente de mortalidade infantil abaixo de 2 dígitos.	Coeficiente de mortalidade infantil	9,65	2021	Coeficiente	< 10,0	Coeficiente	< 10,0	< 10,0	< 10,0	< 10,0
2.38	Ampliar o número de equipes de Atenção Primária capacitadas em Saúde do Homem.	Número de equipes de APS capacitadas	10	2020	Número	40	Número	15	25	35	40
2.39	Implementar a Linha de Cuidado para doenças crônicas não transmissíveis na Rede de Atenção à Saúde.	Percentual de Serviços capacitados para a Linha de Cuidado	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.40	Mapear todas as Unidades de Atenção Primária em Saúde em relação às fragilidades que impedem o comparecimento dos parceiros de gestantes no mínimo em uma consulta de Pré Natal.	Percentual de Unidades APS mapeadas	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.41	Implantar o Projeto de qualificação da Rede de Atenção à Saúde na temática do uso de bebidas alcoólicas, em parceria com as Políticas de Saúde Mental, de Saúde da Criança e do Adolescente e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).	Projeto implantado	0	2021	Número	1	Número	1			
2.42	Implementar a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde.	Percentual de Serviços capacitados para a Linha de Cuidado	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.43	Implementar em todas as Unidades de Saúde da Família a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa de maneira informatizada.	Percentual de Unidades de Saúde da Família com avaliação multidimensional implementada	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.44	Implantar em todas as Unidades de Saúde de Atenção Primária e nas UPAs, a partir do G-MUS, indicadores de atendimentos realizados à idosos institucionalizados nas ILPIs do município.	Percentual de Unidades de Atenção Primária e UPAs com indicadores implementados	0	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.45	Aumentar o percentual de gestantes com primeira consulta odontológica programática.	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	24,59	2020	Percentual	60	Percentual	60	60	60	60

2.46	Aumentar o percentual de escolas que comprovam a participação no Programa de Promoção à Saúde Bucal.	Percentual de escolas que realizam o programa e encaminham à SMS as planilhas	55	2019	Percentual	80	Percentual	60	65	70	80
2.47	Manter a realização da Campanha Anual de prevenção ao câncer bucal para aumentar o índice de diagnóstico precoce.	Campanha realizada	1	2019	Número	4	Número	1	1	1	1
2.48	Aumentar o percentual de testagem para IST's a todo paciente atendido pela equipe de Consultório na Rua (eCR).	Percentual de testagens realizadas na população em situação de rua	80	2021	Percentual	100	Percentual	85	90	95	100
2.49	Retomar a realização de Rodas de Conversa mensais com a população em situação de rua abordando temas de promoção e prevenção à saúde.	Número de encontros anuais	5	2020	Número	48	Número	12	12	12	12
2.50	Realizar capacitação anual com a Rede de Atenção à Saúde com relação ao atendimento da população em situação de rua.	Número de capacitações anuais	1	2020	Número	4	Número	1	1	1	1
2.51	Realizar nos casos positivos de tuberculose em moradores de rua, tratamento diretamente observado (TDO).	Percentual de pacientes em tratamento	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.52	Ofertar métodos contraceptivos a todas as mulheres em situação de rua.	Percentual de mulheres em situação de rua utilizando algum método contraceptivo	50	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.53	Realizar no mínimo 20 abordagens/mês, 240/ano da equipe de Consultório na Rua (eCR).	Número de abordagens realizadas por ano	240	2020	Número	960	Número	240	240	240	240
2.54	Mapear locais de maior concentração da população em situação de rua	Mapeamento realizado e atualizado anualmente	1	2021	Número	4	Número	1	1	1	1
2.55	Manter a articulação nas abordagens realizadas a população em situação de rua com o Serviço de Saúde Mental.	Percentual de abordagens realizadas à população de rua com a participação do serviço de saúde mental	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.56	Realizar as Edições 2 e 3 do Seminário Bianual de Saúde da Pessoa com Deficiência para os trabalhadores das Atenções Primária,	Número de seminários realizados	1	2018	Número	2	Número	1	0	1	0

	Secundária e Terciária.										
2.57	Implementar a Linha de cuidado para atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo na Rede de Atenção Primária à Saúde.	Percentual de Serviços capacitados para a Linha de Cuidado	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.58	Implementar a Linha de cuidado da Pessoa Estomizada na Rede de Atenção à Saúde.	Percentual de Serviços capacitados para a Linha de Cuidado	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
2.59	Manter a Rede de Atenção Primária à Saúde atualizada anualmente quanto ao encaminhamento, atendimento e manejo de pacientes com deficiência.	Número de capacitações anuais	1	2020	Número	4	Número	1	1	1	1

EIXO II - ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

Diretriz Nº 2 – Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da qualificação profissional e ampliação da sua atuação conjunta com os pontos da Rede de Atenção à Saúde.											
DIRETRIZ MUNICIPAL											
Objetivo 1 - Qualificar os processos de trabalho da Rede de Atenção Psicossocial atuando de maneira integrada com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde melhorando a resolutividade.											
Objetivo 2 - Ampliar a implantação de serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental e aprimorar as estruturas dos serviços existentes.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1	Realizar no mínimo doze ações de matriciamento sistemáticas por CAPS e ambulatórios nas Equipes da Atenção Primária.	Número de ações de matriciamento executadas por serviço por ano	26	2020	Número	336	Número	84	84	84	84
1.2	Implementar Protocolo com estratificação de risco para atendimentos de saúde mental na Atenção Primária e na RAPS.	Protocolo implantado	0	2020	Número	1	Número		1		

1.3	Implantar Agenda de Saúde Mental em 20 Unidades de Atenção Primária.	Número de Unidades de APS com agenda de saúde mental implantada	0	2020	Número	20	Número	5	10	15	20
1.4	Elaborar Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) relacionados às rotinas da saúde mental.	Número de protocolos e POPs elaborados	2	2020	Número	11	Número	3	3	3	2
1.5	Revisar as Linhas de cuidado da Saúde Mental.	Percentual de Linhas revisadas	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.6	Revisar os Planos Terapêuticos Institucionais (PTI) existentes nos serviços de Saúde Mental.	Percentual de PTIs revisadas	70	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.7	Aumentar as altas e encaminhamentos para o Serviço de menor complexidade.	Percentual de alta melhorada dos pacientes atendidos nos CAPS e ambulatórios	2	2020	Percentual	5	Percentual	5	5	5	5
1.8	Manter a capacitação anual para os trabalhadores da RAPS.	Número de capacitações realizadas	1	2020	Número	4	Número	1	1	1	1
1.9	Manter 04 reuniões semanais (3 clínicas e 1 de equipe) nos CAPS e Ambulatórios.	Número de reuniões realizadas	397	2020	Número	1588	Número	397	397	397	397
1.10	Aumentar o percentual de usuários com ações de reabilitação psicossocial nos serviços da RAPS.	Percentual de usuários com ações de reabilitação psicossocial por paciente	16	2020	Percentual	21	Percentual	21	21	21	21
1.11	Aumentar as ações de articulação com a Rede nos serviços da RAPS.	Número de ações de articulação com a Rede	1128	2020	Número	4000	Número	1000	1000	1000	1000
1.12	Ampliar o número de vistorias anuais em cada serviço conveniado de pessoas com transtornos mentais.	Número de vistorias por ano	3	2020	Número	32	Número	8	8	8	8
1.13	Elaborar mensalmente o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de todos os residentes da Unidade de Acolhimento (UAA) e do Serviço Residencial Terapêutico (SRT).	Percentual de residentes com PTS elaborados	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.14	Aumentar o percentual de pacientes com ações de promoção da contratualidade no	Percentual de pacientes com ações de promoção da	3	2020	Percentual	5	Percentual	5	5	5	5

	território.	contratualidade									
1.15	Manter o percentual de ingresso dos pacientes no mercado formal de trabalho da Oficina de Geração de Renda (OGR).	Percentual de pacientes que ingressaram no mercado formal	25	2020	Percentual	25	Percentual	25	25	25	25
1.16	Aumentar o número de ingressos de usuários novos aos grupos preparatórios para o mercado de trabalho da Oficina de Geração de Renda (OGR).	Número de ingressos de usuários novos	40	2020	Número	60	Número	45	50	55	60
1.17	Elaborar uma proposta de modificação dos medicamentos oferecidos para pacientes da saúde mental na REMUME.	Proposta elaborada e submetida à Comissão Municipal de Medicamentos	0	2021	Número	1	Número	1			
1.18	Manter a reposição de cartões de passagem para os usuários de saúde mental.	Número de cartões de passagem ano	400	2021	Número	400	Número	400	400	400	400
1.19	Manter o fornecimento de passagens para os usuários de saúde mental.	Número de unidades de passagem ano	16.000	2021	Número	16.000	Número	16.000	16.000	16.000	16.000
2.1	Reformar e ampliar a Unidade de Acolhimento Adulto.	Percentual da obra executada	0	2020	Percentual	100	Percentual		100		
2.2	Adequar todos os serviços de saúde mental em relação à acessibilidade para pessoas PCDs.	Percentual de serviços com estrutura adequada	0	2020	Percentual	100	Percentual	10	40	70	100
2.3	Habilitar uma segunda equipe no ambulatório de saúde mental.	Equipe habilitada	0	2020	Número	1	Número		1		
2.4	Habilitar uma segunda equipe no ambulatório de saúde mental infantil.	Equipe habilitada	0	2020	Número	1	Número		1		
2.5	Manter os convênios com Serviços Terceirizados existentes.	Número de vagas em Comunidade Terapêutica/ Residencial Terapêutico e Internação Compulsória.	54	2021	Número	54	Número	54	54	54	54

Diretriz Nº 3 – Fortalecer a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e a Atenção Hospitalar otimizando o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e integralidade.

DIRETRIZ MUNICIPAL

Objetivo 1 - Contribuir para o enfrentamento da AIDS, buscando atingir a meta 90-90-90 até 2025, além de rastrear e tratar demais ISTs.

Objetivo 2 - Prevenir e buscar a eliminação da transmissão vertical de HIV e Sífilis.

Objetivo 3 - Contribuir com o objetivo mundial de eliminar a Hepatite C até 2030 e controlar a Hepatite B.

Objetivo 4 - Contribuir para o plano nacional de acabar com a Tuberculose como problema de saúde pública até 2035.

Objetivo 5 – Contribuir com a estratégia global de erradicar a Hanseníase.

Objetivo 6 - Ampliar serviços na Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar e aprimorar os existentes.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1	Aumentar a realização de Testagem Rápida para HIV na Atenção Primária em Saúde.	Número de TRs de HIV realizados na APS	6.000	2020	Número	24.000	Número	10.500	15.000	19.500	24.000
1.2	Manter ou aumentar a taxa de carga viral indetectável entre pacientes soropositivos em tratamento.	Percentual de soropositivos, em tratamento há pelo menos 6 meses, com carga viral indetectável.	90	2020	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90
1.3	Aumentar a taxa de carga viral indetectável entre crianças soropositivas <5 anos.	Percentual de crianças soropositivas <5 anos de idade, em tratamento há pelo menos 6 meses, com carga viral indetectável.	37,5	2020	Percentual	90,0	Percentual	51,0	64,0	77,0	90,0
1.4	Ampliar a realização de testagem rápida para Sífilis na Atenção Primária em Saúde	Número de TRs de Sífilis realizados na APS	6.000	2020	Número	24.000	Número	10.500	15.000	19.500	24.000
1.5	Manter a oferta de atendimento de HIV, Tuberculose e Hepatites Virais para população prisional de Novo Hamburgo.	Percentual de agendamentos de população prisional com HIV, Tuberculose e Hepatites Virais que solicita atendimento	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

1.6	Manter a dispensação de insumos de prevenção e diagnóstico de HIV, Tuberculose e Hepatites Virais para serviços que atendem população de rua.	Percentual de serviços de saúde que atendem população de rua e recebem insumos.	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.1	Aumentar o percentual de testagem de HIV em parceiros de gestantes nas Unidades de Saúde da APS	Percentual de parceiros de gestantes que realizaram Teste Rápido para HIV nas Unidades de APS. *Considerar o denominador: gestantes/3, pois cada gestante deve ser testada 3x durante o pré-natal.	70	2020	Percentual	90	Percentual	75	80	85	90
2.2	Aumentar o percentual de testagem de HIV em parceiros de gestantes nas maternidades do município.	Percentual de parceiros de gestantes testados para HIV nas maternidades do município.	48	2020	Percentual	88	Percentual	58	68	78	88
2.3	Aumentar o percentual de testagem de HIV em gestantes nas maternidades do município, garantindo 100%..	Percentual de gestantes testadas para HIV nas maternidades do município	99	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.4	Manter a taxa de incidência de HIV em crianças menores de 2 anos igual ou inferior a 0,3 casos/1.000 nascidos vivos.	Taxa de incidência de HIV em crianças menores de 2 anos por 1.000 nascidos vivos	0	2019	Taxa	≤0,3	Taxa	≤0,3	≤0,3	≤0,3	≤0,3
2.5	Aumentar o percentual de testagem de Sífilis em parceiros de gestantes nas Unidades de Saúde da APS.	Percentual de parceiros de gestantes que realizaram Teste Rápido para Sífilis nas Unidades de APS *Considerar o denominador: gestantes/3, pois cada gestante deve ser testada 3x durante o pré-natal	70	2020	Percentual	90	Percentual	75	80	85	90
2.6	Aumentar o percentual de testagem de Sífilis em parceiros de gestantes nas maternidades do município.	Percentual de parceiros de gestantes testados para Sífilis nas maternidades do município	48	2020	Percentual	88	Percentual	58	68	78	88
2.7	Aumentar o percentual de testagem de Sífilis em gestantes nas maternidades do município, garantindo 100% de gestantes testadas.	Percentual de gestantes testadas para Sífilis nas maternidades do município	99	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

2.8	Reduzir a taxa de incidência de Sífilis Congênita para até 1 caso a cada 1.000 nascidos vivos até 2025.	Taxa de incidência de Sífilis Congênita em menores de 1 ano de idade por 1.000 nascidos vivos	20	2019	Taxa	1	Taxa	15,25	10,5	5,75	1
3.1	Aumentar a realização de Testagem Rápida para HCV na Atenção Primária em Saúde.	Número de TRs de HCV realizados na APS	5.800	2020	Número	15.000	Número	8.100	10.400	12.700	15.000
3.2	Aumentar o percentual de carga viral indetectável em pacientes diagnosticados para Hepatite C.	Percentual de pacientes portadores de Hepatite C com carga viral indetectável 2 anos após primeira carga viral positiva.	50,3	2020	Percentual	65	Percentual	54,0	57,5	61,5	65
3.3	Aumentar a realização de Testagem Rápida para HBV na Atenção Primária em Saúde.	Número de TRs de HBV realizados na APS	5.800	2020	Número	15.000	Número	8.100	10.400	12.700	15.000
4.1	Manter a testagem de HIV a 100% pacientes com Tuberculose imediatamente	Percentual de portadores de tuberculose com teste rápido para HIV realizado.	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
4.2	Aumentar a taxa de cura da Tuberculose Pulmonar.	Percentual de cura de casos novos de TB pulmonar.	68	2020	Percentual	75	Percentual	70	71,5	73	75
4.3	Reduzir a taxa de abandono de tratamento de Tuberculose Pulmonar.	Percentual de abandono de tratamento dos casos novos de Tuberculose Pulmonar.	23	2020	Percentual	5	Percentual	18,5	14	9,5	5
5.1	Aumentar o percentual de cura dos casos novos de Hanseníase	Percentual de cura dos casos novos de Hanseníase	75	2020	Percentual	85	Percentual	77,5	80	82,5	85
6.1	Implantar Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	Centro de Especialidades Odontológicas implantado	0	2021	Número	1	Número			1	
6.2	Implementar novos leitos através da construção do Anexo II do Hospital Municipal NH.	Percentual de execução da obra	10	2021	Percentual	100	Percentual	70	30		

Diretriz Nº 4 – Fortalecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências garantindo acesso humanizado, com atendimento equânime, integral de forma ágil e oportuna.

DIRETRIZ MUNICIPAL

Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1	Realizar duas capacitações ao ano para as equipes que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA Centro e UPA Canudos), abordando diversas temáticas.	Número de capacitações/ano realizadas	0	2021	Número	8	Número	2	2	2	2
1.2	Realizar capacitação com a equipe do SAMU abordando a temática de atendimento humanizado na Atenção às Urgências e Emergências.	Capacitação realizada	0	2021	Número	1	Número	1			
1.3	Implantar o Serviço Odontológico de Urgência/ Emergência 24 horas.	Serviço implantado	0	2021	Número	1	Número				1

Diretriz Nº 5 – Garantir regulação do SUS municipal adequada e transparente, assegurando qualidade e resolubilidade no tempo adequado, em conformidade com o perfil epidemiológico e as especificidades territoriais.

DIRETRIZ NACIONAL

Objetivo 1 - Desenvolver e aplicar protocolos e diretrizes de acesso às consultas e exames prioritários, qualificando o processo da regulação dos fluxos.

Objetivo 2 - Ampliar o acesso às consultas, exames especializados e cirurgias eletivas.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1	Ampliar o número de Protocolos da solicitação de exames de média e alta complexidade, disponíveis na Rede de Atenção à Saúde.	Protocolos implantados	6	2021	Número	10	Número	10			

1.2	Implantar diretrizes e protocolos de encaminhamentos de consultas de especialidades de média e alta complexidade, disponíveis na Rede de Atenção à Saúde.	Protocolos implantados	0	2021	Número	8	Número	2	4	6	8
2.1	Ampliar em 5% ao ano a quantidade de exames de imagem disponibilizados no município pelo SUS.	Número de exames de imagem disponibilizados	1145	2021	Número	1374	Número	1203	1260	1317	1374
2.2	Ampliar em 5% ao ano a quantidade de cirurgias eletivas disponibilizadas no município pelo SUS.	Número de cirurgias eletivas disponibilizadas	472	2019	Número	567	Número	496	520	544	567
2.3	Ampliar em 5% ao ano a quantidade de cirurgias ambulatoriais disponibilizadas no município pelo SUS.	Número de cirurgias ambulatoriais disponibilizadas	183	2020	Número	220	Número	193	202	211	220

EIXO III: VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Diretriz Nº 6 – Fortalecer e qualificar a Política Pública de Vigilância em Saúde para prevenção, promoção, redução, eliminação dos riscos e agravos à saúde da população.											
DIRETRIZ MUNICIPAL											
Objetivo 1 - Ampliar e qualificar as ações de Vigilância em Saúde no município.											
Objetivo 2 - Intensificar atividades conjuntas e padronizadas de Vigilância em Saúde (Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e em Saúde do Trabalhador) integradas à Rede de Atenção à Saúde e a outros órgãos.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1	Reformar estrutura predial para instalar a Gerência de Vigilância em Saúde.	Percentual de execução da obra	0	2020	Percentual	100	Percentual	15	70	100	
1.2	Encaminhar à PGM proposta de alteração/atualização do Código Municipal de Saúde, instituído pela Lei Complementar N.º	Proposta elaborada e encaminhada	0	2020	Número	1	Número		1		

	177, de 17/12/1997.										
1.3	Ampliar o horário de atendimento ao público na Casa de Vacinas, em duas horas, de segunda a sexta-feira.	Horário ampliado	9h30min	2020	Horas	11h30min	Horas	9h30min	11h30min	11h30min	11h30min
1.4	Manter o percentual de casos notificados de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após a notificação.	Percentual de casos notificados de DNCI encerrados em até 60 dias após a notificação.	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.5	Ampliar as ações de Vigilância e Controle do vetor <i>Aedes aegypti</i> capacitando todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município.	Percentual de USFs com Agentes Comunitários capacitados	0	2020	Número	100	Número	100	100	100	100
1.6	Manter o número de Levantamentos Rápidos de Índices para <i>Aedes aegypti</i> (LIRAs), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e pelo Programa Estadual de Vigilância e Controle do <i>Aedes</i> (PEVCA).	Número de LIRAs realizados anualmente	4	2020	Número	4	Número	4	4	4	4
1.7	Manter o percentual de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Percentual de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.8	Manter a realização de duas inspeções sanitárias anuais na Estação de Tratamento de Água e na Elevatória de Água Bruta da COMUSA.	Número de inspeções sanitárias realizadas na Estação de Tratamento de Água e na Elevatória de Água Bruta	2	2019	Número	2	Número	2	2	2	2
1.9	Manter ações de Educação em Saúde e de Educação Ambiental na Semana Estadual da Água.	Número de ações realizadas na Semana Estadual da Água	2	2020	Número	2	Número	2	2	2	2
1.10	Manter a investigação de todas as notificações de atendimento antirrábico humano.	Percentual de notificações investigadas	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.11	Manter a visita mensal a todos os Postos de Informação de Triatomíneos (PITs), como ação da Vigilância Entomológica da Doença de Chagas.	Percentual de PITs visitados mensalmente	100	2019	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

1.12	Manter a aquisição e o fornecimento anual de produto larvicida para o combate ao simulídeo (borrachudo), no bairro Lomba Grande.	Produto larvicida adquirido e fornecido à Diretoria de Fomento ao Desenvolvimento Rural	1	2020	Número	1	Número	1	1	1	1
1.13	Manter a investigação de todos os óbitos por acidentes de trabalho notificados.	Percentual de casos notificados de óbitos por acidentes de trabalho investigados	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.14	Implantar processos de licenciamento sanitário (iniciais, renovações e alterações) de forma exclusivamente digital.	Percentual de processos abertos de forma digital	0	2020	Percentual	100	Percentual	100			
1.15	Encaminhar à PGM proposta de alteração/atualização do Código Tributário Municipal, no que se refere às taxas de Vigilância Sanitária.	Proposta elaborada e encaminhada	0	2020	Número	1	Número		1		
1.16	Ampliar o percentual de Processos Administrativos Sanitários (PAS) finalizados no prazo de um ano após sua abertura.	Percentual de PAS finalizados em um ano após abertura	6,25	2019	Percentual	100	Percentual	80	90	100	100
2.1	Ampliar a cobertura vacinal das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade: Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10- valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) com cobertura mínima.	Percentual de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade, com cobertura vacinal preconizada (95%).	25	2020	Percentual	75	Percentual	75	75	75	75
2.2	Ampliar a cobertura da vacina dTpa (vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto) em gestantes.	Percentual de gestantes vacinadas com dTpa	43,98	2020	Percentual	95	Percentual	95	95	95	95
2.3	Ampliar a cobertura da vacina contra Influenza em gestantes.	Percentual de gestantes vacinadas contra a Influenza	79,31	2020	Percentual	90	Percentual	90	90	90	90
2.4	Manter todas as equipes de saúde da Atenção Primária (eAP), Secundária e Terciária capacitadas em relação a Imunizações.	Percentual de equipes da Atenção Primária, Secundária e Terciária capacitadas	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.5	Implantar o Comitê Municipal de Arboviroses.	Comitê implantado e instituído por Portaria	0	2020	Número	1	Número	1			

2.6	Ampliar o número de notificações de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho.	Número de notificações de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho	111	2020	Número	3.980	Número	995	995	995	995
2.7	Implantar Grupo de Trabalho com a participação da Vigilância Ambiental em Saúde, da Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Diretoria de Fomento ao Desenvolvimento Rural, para diagnóstico sobre o uso de agrotóxicos em Lomba Grande.	Grupo de Trabalho implantado	0	2020	Número	1	Número	1			
2.8	Realizar capacitação na USF Lomba Grande sobre as Intoxicações Exógenas relacionadas ao trabalho (agrotóxicos).	Capacitação realizada	0	2020	Número	2	Número	1		1	
2.9	Integrar o novo sistema de Vigilância Sanitária (G-VIS) ao sistema de licenciamento da Junta Comercial, Industrial e Serviços do Rio Grande do Sul (JucisRS).	Sistemas integrados	0	2020	Número	1	Número	1			
2.10	Integrar o novo sistema de Vigilância Sanitária (G-VIS) ao sistema Atendenet.	Sistemas integrados	0	2020	Número	1	Número	1			
2.11	Integrar o novo sistema de informática ao Sistema de Informação em Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul (SIVISA-RS).	Sistemas integrados	0	2020	Número	1	Número	1			

EIXO IV: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Diretriz Nº 7 - Garantir a Assistência Farmacêutica universal e integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).											
DIRETRIZ MUNICIPAL											
Objetivo 1 - Qualificar a assistência farmacêutica no município, garantindo o abastecimento, dispensação e informação, bem como acompanhamento farmacêutico para a integralidade do cuidado, promovendo o uso racional e prevenção de problemas relacionados aos medicamentos.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de			2022	2023	2024	2025

					Medida						
1.1	Transformar um dispensário de medicamento a cada 24 meses em Farmácia	Número de dispensários transformados em farmácia	7	2021	Número	5	Número		6		5
1.2	Implantar o cuidado farmacêutico em todas as Unidades de Saúde de Atenção Primária e Especializada realizando ações de promoção.	Percentual de Unidades de Saúde de Atenção Primária com o cuidado farmacêutico implantado	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.3	Realizar capacitação anual em todas as Unidades de Saúde da Família com os agentes comunitários de saúde em relação ao seu papel na orientação à população acerca do uso adequado de medicamentos prescritos.	Percentual de Unidades de Saúde da Família com ACS capacitados	0	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.4	Realizar educação permanente anual com todos os atendentes de farmácia da Rede Pública de Atenção à Saúde, acerca de suas atribuições, responsabilidades, humanização no atendimento e boas práticas.	Percentual de serviços SUS com atendentes de farmácia capacitados	0	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.5	Manter a revisão da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) sempre que houver necessidade.	Percentual da REMUME revisada	50	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.6	Revisar Normativa Municipal das rotinas para dispensação de medicamentos.	Normativa revisada	0	2021	Número	1	Número	1			
1.7	Revisar o Procedimento Operacional Padrão (POP) da Farmácia Comunitária.	POP revisado	0	2021	Número	1	Número	1			
1.8	Implantar Procedimento Operacional Padrão (POP) em todas as farmácias e dispensários da Rede de Atenção Farmacêutica do SUS.	Percentual de Farmácias e dispensários com POP implantado	0	2021	Percentual	100	Percentual	100			
1.9	Implantar conforme Lei Municipal Nº 3.310/2021 o Programa Farmácia Solidária.	Programa implantado	0	2021	Número	1	Número	1			

EIXO V: GESTÃO DO SUS**Diretriz Nº 8 - Promover os processos educacionais em saúde no âmbito da formação, pesquisa e integração ensino-serviço.****DIRETRIZ MUNICIPAL****Objetivo 1 - Fortalecer o processo de integração ensino-serviço na Rede de Atenção da Secretaria Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, prioritariamente pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC).**

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1	Regular todas as ações de integração entre as Instituições de Ensino e os serviços da Rede Pública de Atenção à Saúde.	Percentual de ações reguladas pelo NUMESC	65	2021	Percentual	100	Percentual	85	100	100	100
1.2	Ampliar o Programa de Residência Multiprofissional.	Número de Programas de Residência implementados na Rede de Atenção à Saúde	2	2021	Número	3	Número	1			
1.3	Implantar em todos os serviços da Rede de Atenção Primária em Saúde, Agentes de Referência em Saúde Coletiva (AGESC).	Percentual de serviços da Rede de APS com AGESC	0	2021	Percentual	100	Percentual	20	60	80	100
1.4	Elaborar um documento orientador para todas as modalidades de práticas de ensino-serviço dos cursos de ciências da saúde inseridos na Rede Pública de Atenção à Saúde.	Percentual de modalidades práticas com documento orientador elaborado	16,7	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.5	Elaborar o Plano Municipal de Educação Permanente (PMEPS).	PMEPS elaborado	0	2021	Número	1	Número	1			
1.6	Constituir o Conselho Consultivo do NUMESC.	Conselho Consultivo constituído	0	2021	Número	1	Número	1			

Diretriz Nº 9 - Fortalecer o processo de Tecnologia da Informação no SUS.**DIRETRIZ MUNICIPAL**

Objetivo 1 - Qualificar o processo de gestão da informação otimizando e monitorando os processos de trabalho auxiliando no alcance das metas.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1	Informatizar todos os serviços da Rede de Atenção Psicossocial	Percentual de serviços informatizados da RAPS	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.2	Implantar projeto-piloto em duas Unidades de Atenção Primária de Saúde o Sistema de Teleagendamento para consultas	Número de Unidades Básicas de Saúde com projeto-piloto implantado	0	2021	Número	2	Número			1	1

Diretriz Nº 10 - Aprimorar os mecanismos de monitoramento e avaliação de contratos de gestão, convênios e outras parcerias.

DIRETRIZ MUNICIPAL

Objetivo 1 - Qualificar as ações de controle e avaliação dos serviços contratualizados.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1	Implantar os Planos Operativos nos serviços contratualizados.	Percentual de serviços contratualizados com Planos Operativos implantados	22	2021	Percentual	100	Percentual	44,5	66,5	88,8	100
1.2	Monitorar todos os Planos Operativos implementados nos serviços contratualizados.	Percentual de serviços contratualizados com Planos Operativos monitorados	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.3	Monitorar o teto financeiro de todos os serviços contratualizados.	Percentual de serviços monitorados	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.4	Monitorar a prestação de contas de todos os serviços contratualizados de Saúde.	Percentual de serviços monitorados	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.5	Monitorar os serviços referenciados para o Município de Novo Hamburgo pactuados com a 1ª CRS.	Percentual de serviços monitorados	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

1.6	Monitorar a prestação de contas de todas as parcerias do Marco Regulatório.	Percentual de serviços monitorados	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.7	Fiscalizar os serviços contratualizados de Saúde com visitas in loco.	Percentual de serviços fiscalizados	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.8	Realizar auditorias nos serviços contratualizados de Saúde.	Número de auditorias realizadas	0	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

Diretriz Nº 11 - Aprimorar estratégias de enfrentamento da Pandemia COVID-19.

DIRETRIZ MUNICIPAL

Objetivo 1 - Contribuir para a formulação, a execução e a avaliação das ações de enfrentamento da emergência de saúde pública COVID-19.

Objetivo 2 - Fortalecer os serviços de saúde para a detecção, notificação, investigação e monitoramento de prováveis casos suspeitos para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19), conforme a definição de caso estabelecida, no devido sistema de informação orientado pelo Ministério da Saúde.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1.	Manter o Plano de Contingência Municipal atualizado de acordo com orientações e diretrizes dos órgãos de saúde.	Plano de Contingência atualizado em relação às normativas	1	2021	Número	1	Número	1	1	1	1
1.2	Manter o Plano de Imunização para COVID-19 atualizado de acordo com as orientações e diretrizes dos órgãos de saúde.	Plano de Imunização para COVID-19 atualizado em relação às normativas.	1	2021	Número	1	Número	1	1	1	1
1.3	Encaminhar todas as atualizações referentes às orientações e diretrizes dos órgãos competentes (federal, estadual e municipal), no contexto da COVID-19, para a Rede de Atenção à Saúde Pública do município.	Percentual de atualizações encaminhadas	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.4	Manter a emissão de boletins diários, nos dias úteis, dos casos de COVID-19, enquanto perdurar a emergência em saúde pública decorrente da infecção humana causada pelo novo Coronavírus.	Percentual de boletins emitidos durante a emergência de saúde pública decorrente da infecção humana causada pelo novo coronavírus	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

1.5	Manter o atendimento e/ou fiscalização das denúncias referentes ao não cumprimento das medidas impostas para a prevenção e o enfrentamento à epidemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19), integrante da Central de Fiscalização instituída pelo Decreto Municipal n.º 9212/2020, de 17 de abril de 2020, até sua revogação.	Percentual de denúncias referentes ao não cumprimento das medidas impostas para a prevenção e o enfrentamento à epidemia causada pelo novo Coronavírus (COVID-19) atendidas e/ou fiscalizadas	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.6	Manter monitoramento realizado pelas equipes de Atenção Primária à Saúde, em todas as Instituições de Longa Permanência para Idosos do município em relação ao Plano de Contingência para COVID-19, enquanto perdurar a emergência em saúde pública decorrente da infecção humana causada pelo novo Coronavírus.	Percentual de ILPIs monitoradas pelas eAP.	100	2021	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
1.7	Manter o funcionamento do Centro Municipal de Triagem da COVID-19 enquanto perdurar a emergência em saúde pública decorrente da infecção humana causada pelo novo Coronavírus.	Centro Municipal de Triagem da COVID-19 em funcionamento	1	2020	Número	1	Número	1	1	1	1
2.1	Implantar o rastreamento e o monitoramento de contatos próximos de casos confirmados de COVID-19 nas Unidades de Saúde (UBSs e USFs).	Percentual de Unidades de Saúde (UBSs e USFs) que realizam rastreamento e monitoramento de contatos próximos de casos confirmados de COVID-19	0	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.2	Manter a investigação e o monitoramento dos surtos de COVID-19 notificados, enquanto perdurar a emergência em saúde pública decorrente da infecção humana causada pelo novo Coronavírus (COVID-19).	Percentual de surtos de COVID-19 notificados durante a emergência de saúde pública decorrente da infecção humana causada pelo novo Coronavírus, que foram investigados e monitorados	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.3	Manter a investigação e o encerramento de todos os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19.	Percentual de casos de SRAG por COVID-19 investigados e encerrados	100	2020	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100

Diretriz Nº 12 – Fortalecer a participação da comunidade e do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), aperfeiçoando os conselhos de saúde, garantindo a transparência e a moralidade na gestão pública, melhorando a comunicação entre a sociedade e os gestores, de forma regionalizada e descentralizada, e mantendo seu caráter deliberativo.

DIRETRIZ NACIONAL

Objetivo 1 - Aprimorar os mecanismos de participação e controle social fortalecendo o trabalho do Conselho Municipal de Saúde.

Objetivo 2 - Fortalecer a Ouvidoria do SUS municipal e desenvolver estratégias para que se efetivem como instrumento de gestão e cidadania.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2022	2023	2024	2025
1.1	Estruturar a Comissão Local de Saúde no Bairro Rincão.	Comissão estruturada	0	2021	Número	1	Número		1		
1.2	Reativar a Comissão Local de Saúde no Bairro Lomba Grande.	Comissão estruturada	0	2021	Número	1	Número		1		
1.3	Manter a Comissão Local de Saúde no Bairro Canudos.	Comissão mantida	1	2021	Número	1	Número	1	1	1	1
1.4	Realizar fiscalizações em todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde.	Percentual de serviços de saúde fiscalizados	0	2021	Percentual	100	Percentual	25	50	75	100
1.5	Realizar uma capacitação anual para os conselheiros municipais	Capacitação realizada	0	2021	Número	4	Número	1	1	1	1
1.6	Realizar no mínimo 10 Plenárias Ordinárias ao ano.	Número de Plenárias Ordinárias realizadas ao ano	10	2020	Número	40	Número	10	10	10	10
1.7	Realizar duas Conferências Municipais de Saúde.	Número de Conferências municipais de saúde realizadas	1	2019	Número	2	Número		1		1
2.1	Manter monitoramento e avaliação mensal dos registros de ouvidoria do SUS.	Número de monitoramentos realizados no ano	12	2021	Número	12	Número	12	12	12	12

7. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Os indicadores e metas pactuadas no Plano Municipal de Saúde 2022-2025 serão monitorados, avaliados e discutidos quadrimestralmente pela equipe de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, gestores e técnicos responsáveis pelos setores, tendo como base os relatórios detalhados quadrimestrais (RDQA) e indicadores produzidos regularmente com base em diferentes fontes de dados que subsidiam informações sobre o desempenho de programas, permitindo medir se objetivos e metas propostas estão sendo alcançadas.

Os resultados atingidos com a execução da Programação Anual de Saúde são expressos nos Relatórios Anuais de Gestão, os quais permitem orientar a partir de sua avaliação, eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

A organização de ações de monitoramento e avaliação nos serviços de saúde vem sendo implementada a partir do acompanhamento sistemático de indicadores de saúde e de compromissos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, avaliando constantemente os processos de trabalho de modo a identificar desvios e possibilitar correções/intervenções.

A SMS acredita no fortalecimento do processo de ouvidoria e das instâncias de participação social, pois a participação do cidadão é de extrema relevância na fiscalização da qualidade dos serviços de saúde, auxiliando no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde.

A prática da avaliação e monitoramento no Sistema Único de Saúde vem sendo aperfeiçoada dentro da rotina dos serviços de forma sistemática adequando programas às particularidades locais e regionais, para que o planejamento das ações de saúde seja mais efetivo e proporcione melhor utilização dos recursos financeiros.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M.E et al . Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun. 2009.

ARRUDA, GO; SCHMIDT, DB; MARCON, SS. Internações por diabetes mellitus e a Estratégia Saúde da Família, Paraná, Brasil, 2000 a 2012. **Ciência Saúde Coletiva**, 2018; 23:543-52.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, nível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 5 jul.2021.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em: 5 jul.2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 5 jul.2021.

_____. **Lei Complementar nº 141**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 5 jul.2021.

_____. Ministério da Saúde. **Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da educação básica 2020 : resumo técnico [recurso eletrônico]**. Brasília : Inep, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019: **Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO Publicado em: 13/11/2019 | Edição: 220 | Seção: 1 | Página: 97. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em 13 jan 2020.

_____. Secretaria-Geral da Presidência da República. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Brasília, DF, 2015. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acesso em: 26 mai 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 20 jun 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em; 20 jun 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 20 jun.2021.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança** : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 13 jun. 20201.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 424 de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em 06 jun 2021.

_____. **Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso 11 jun 2021.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Painel de Indicadores Epidemiológicos**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>>. Acesso em 09 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2020**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil, 2020.

_____. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.

_____. Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul. **Portaria SES N° 444 de 10 de junho de 2021.** Aprova a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/18162959-politica-estadual-de-saude-do-idoso.pdf>. Acesso em: 05 jul 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Brasília, DF: Disponível em: Ministério da Saúde, 2019. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=6942>. Acesso em: 05 jul 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Primeiro censo e pesquisa nacional sobre a população em situação de rua.** Brasília: MDS/Sagi, abr. 2008. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf. Acesso em 20 jun 2021.

_____. Casa Civil da Presidência da República. **Decreto nº 7.612, de 17 de Novembro de 2011.** Brasília, DF, 2011. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm Acessado em 26 de maio de 2021.

DAHLBERG, LL; KRUG, EG. **Violência: um problema global de saúde pública.** *Cien Saude Colet* 2007; 11(Supl.):1163-1178.

FLOR,LS; CAMPOS, MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev Bras Epidemiologia**; 2017; 20:16-29.

IBGE. **Censo Demográfico 2010 - Características Gerais da População.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/novo-hamburgo/panorama>. Acesso em: 15 de jun. de 2021.

IBGE. **Projeções da população do Brasil por sexo e idade.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao>. Acesso em: 15 de jun. de 2021.

NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária. Bagé RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p.1041-1052, dez. 2008.

NEVES, RG; DURO, SMS; MUNIZ, J; CASTRO, TRP; FACCHIN, CA, TOMASI, E. **Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes:** Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00072317.

NOVO HAMBURGO. **Projeto Político Pedagógico da SMED**. SMED - Diretoria de Educação. Novo Hamburgo/RS, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HAMBURGO. **Novo Hamburgo é a terceira cidade com maior número de empresas no Estado, segundo IBGE**. 2021. Disponível em: <<https://novohamburgo.rs.gov.br/noticia/novo-hamburgo-terceira-cidade-maior-numero-empresas-estado-segundo-ibge>>. Acesso em: 10 de jun. de 2021.

SANTANA, Nívia Cardoso Guirra; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. **A nova velhice do provedor. Mediações**, Londrina, v. 17 n. 2, p. 181-195, jul./dez. 2012.

SALMAZO-SILVA, Henrique et al. **Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia**. Revista Temática Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 97-116, 2012. (Dossiê: Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais).

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; LIMA, Valéria Ferreira Santos de Almada. **“Avaliando o Bolsa Família: unificação, focalização e impactos”**. São Paulo: Cortez, 2010.

SCHEMES, Cláudia. **Fundamentos e Concepções da Rede Municipal de Ensino** - Documento Orientador. Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo, 2019. Disponível em: <www.novohamburgo.rs.gov.br/sites/pmnh/files/secretaria_doc/2020/Caderno_1_Fundamentos_e_Concepcoes_da_RME.pdf>. Acesso em 04 de ago. de 2021.

SCHMIDT, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). **Scielo Preprints**. Versão 1. Disponível em: <[http:// dx.doi.org/10.1590/SciELOPreprints.58](http://dx.doi.org/10.1590/SciELOPreprints.58)>. Acesso em 26 de ago. de 2021.

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e Silva; PRATES, Renata de Carvalho Gomes; CAMPELO, Queiroz Armentano. **Parto normal ou cesariana?** Fatores que influenciam na escolha da gestante. 2014. Disponível em: . Acesso em: 4 de agosto de 2018.

TÉCNICAS, A. B. D. N. **Norma Brasileira ABNT NBR 15599: Acessibilidade - Comunicação na prestação de serviço**. 1. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2008. p. 1-39.

UNICEF. **Quem espera, espera**. 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/quem-espera-espera>. Acesso em: 02 ago 2018.