Este instrumento consolida as ações contidas no Plano Plurianual, Pactuação pela Saúde (SISPACTO), Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual e apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos de governo, expressos em objetivos, diretrizes e metas a serem alcançadas no município de Barreiras – Bahia.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018-2021

BARREIRAS - BAHIA

PREFEITURA BARREIRAS CAPITAL DO OESTE

SAÚDE HUMANIZADA
Ações integradas de Saúde e Qualidade de vida

PREFEITO

João Barbosa de Souza Sobrinho

SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Marisete de Sousa Bastos

ORGANIZAÇÃO

Maria Messias Furtado Clemens de Araújo

APOIO

Katiuscia Maia de Sousa

COLABORADORES

Conselho Municipal de Saúde

Áreas Técnicas:

Atenção Básica

Vigilância em Saúde

Saúde Mental

Redes de Urgência e Emegência

Redes de Especialidades

Assistência Farmaceutica

PERÍODO DE ABRANGÊNCIA DO PLANO

Gestão 2018-2021

REPRESENTANTES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

MESA DIRETORA

Presidente: Gilvan Ferreira dos Santos

Vice-Presidente: Elízio Oliveira Queiroz

Secretario: Marlus Henrique Queiroz Pereira

REPRESENTANTES DE GOVERNO E PRESTADORES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Titular*:* Maria Messias Furtado Clemens de Araújo

Suplente: Canuto Aires de Alencar Junior

SECRETARIA MUNICIPAL ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRABALHO / FMAS

Titular: Edlene Amorim Ferreira

Suplente: Carmelita Pimentel Lima

PRESTADORES DE SERVIÇOS / SUS

Titular: Altamiro José Frota de Queiroz

Suplente: Elvis Andre da Cruz

REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES DO SUS

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DA BAHIA-CRF

Titular: Jussileide Neves dos Santos

Suplente: Flavio de Sousa Barbosa

SINDICATO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE- SIND'ACS

Titular: Gilvan Ferreira dos Santos
Suplente: Cristiane de Almeida Santos Rodrigues

SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE BARREIRAS-SINDSEMB

Titular: Ubirajara Marques do Nascimento
Suplente: Dorismar Bomfim França

REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS DO SUS

ASSOCIAÇÃO CULTURAL E COMUNITÁRIA DOS MORADORES DO BAIRRO VILA BRASIL

Titular: André Alves Oliveira

Suplente: Edivânia Baraúna dos Santos

ASSOCIAÇÃO DE PRODUTORES DE NOVA CANAÃ/ ASSOCIAÇÃO DOS PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS-APAE

Titular: Elizio Oliveira Queiroz

Suplente: Cesar Elpídio do Sacramento Almeida

DIOCESE DE BARREIRAS

Titular: Noady Beatriz Barreto Paiva
Suplente: Janicio da Mata Silva

PROMOÇÃO DA VIDA HUMANA-DIGNIVIDA

Titular: Gelson Fernandes Vieira

Suplente: Hideni Rosa dos Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA-UFOB

Titular: Marlus Henrique Queiroz Pereira

Suplente: Bruno Klecius Andrade Teles

SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE BARREIRAS-STR

Titular: Anailde da Cruz Ribeiro Barreto

Suplente: Adarci de Souza Santos

¨Mas o planejamento só é ético quando visa um crescimento que possa se traduzir em melhor qualidade da vida coletiva, um cenário melhor para a vida de todos, e só é democrático quando procura incorporar todos os envolvidos no processo de planejar.¨

João Caramez

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Densidade Demográfica
Tabela 2. Evolução Populacional (urbana e rural)
Tabela 3. População total de Barreiras
Tabela 4. Distribuição da População por Faixa Etária
Tabela 5. Índice de Dependência da População
Tabela 6. Índice de Envelhecimento
Tabela 7. Receita Tributária
Tabela 8. Alunos Matriculados- Ed, Infantil
Tabela 9. Alunos Matriculados- Ed, Fundamental
Tabela 10. Alunos Matriculados- Ensino Médio
Tabela 11. Alunos Matriculados- Ed. Especial
Tabela 12. Proporção das Internações hospitalares por diagnóstico e faixa etária
Tabela 13. Notificações de violência em Barreiras-Ba, 2008-2016.
Tabela 14 – Casos de neoplasias malignas, 2008-2016
Tabela 15. Nascimento segundo o tipo de parto em Barreiras, 2008-2016.
Tabela 16. Nascimento segundo o tipo de gravidez 2008-2016.
Tabela 17. Casos Notificados das Doenças Transmissíveis 2008 -2016
Tabela 18. Coorte de Tuberculose e Hanseníase período de 2008-2016
Tabela 19. Frequência por ano do óbito segundo a causa, Barreiras 2008 -2016.
Tabela 20.Taxa de mortalidade infantil por faixa etária. Barreiras, 2008-2017.
Tabela 21. Série histórica – Mortalidade x Nascidos Vivos, 2001-2017
Tabela 22. Série histórica – Taxa de Mortalidade Fetal , 2001-2017(1)
Tabela 23. Série histórica – Número de Óbitos em MIF e Maternos, 2008-2017.
Tabela 24. Série histórica – Número de Óbitos em MIF e Maternos, 2001-2016
Tabela 25. Profissionais com vínculos de trabalho Desprecarizados/ Estatutário
Tabela 26. Profissionais com vínculos de trabalho Desprecarizados/ Temporário
Tabela 27. Profissionais Cooperados
Tabela 28. Quantidade de leitos do Hospital Eurico Dutra
Tabela 29. Quantidade de leitos do Hospital da Mulher
Tabela 30. Quantidade de leitos do Hospital do Oeste
Tabela 31. Produtividade Corpo Clínico
Tabela 32. Profissionais do Hospital do Oeste

Tabela 33. Distribuição das deficiências
Tabela 34. Relação dos Prestadores Contratualizados
Tabela 35. Freqüência por Ano da Notificação segundo Agravos notificados
Tabela 36. Casos de Coqueluche 2012- 2016
Tabela 37. Casos de Dengue 2012- 2016
Tabela 38. Casos de Hepatites Virais 2012- 2016
Tabela 39. Casos de Leptospirose 2013- 2016
Tabela 40. Casos de Meningite 2012- 2016
Tabela 41. População de Barreiras 2013- 2016
Tabela 42. Nascidos - Vivos 2012- 2016
Tabela 43. Tipo de Parto 2012- 2016
Tabela 44. Numero de Consultas de Pré-natal 2012- 2016
Tabela 45. Mortalidade Geral 2012- 2016
Tabela 46. Apreensão de grandes animais-2017
Tabela 47. Controle das Arboviroses -2017
Tabela 48. Programa canil CCZ -2017
Tabela 49. Programa Esquistossomose -2017
Tabela 50. Taxa de mortalidade por Acidente de Trabalho-2012
Tabela 51. Óbito Região de Barreiras, no período de 2013-2016
Tabela 52. Códigos das Ações e Metas Administrativas 2018-2021
Tabela 53. Recursos Federais Bloco de Financiamento 2018-2021
Tabela 54. Planejamento de Receitas Orçada 2018-2021
Tabela 55. Despesas de Custeio e Capital
Tabela 56. Financiamento da Política Municipal de Saúde.

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Mapa do Brasil indicando em amarelo o Estado da Bahia

Mapa 2. Mapa da Bahia indicando em Azul o município de Barreiras

Mapa.3 Limites Municipais de Barreiras

Mapa.4 Rodoviário Municipal

Mapa.5 Rodoviário Regional

Mapa 6. Principais Povoados e Agrovilas de Barreiras

MAPA 7. Linhas de transporte público

Mapa 8. Rede de abastecimento de água

Mapa 9. Rede de Esgoto Sanitário

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 01 – Taxa de Internação Hospitalar por doenças isquêmicas do coração em residentes

Gráfico 02 – Taxa de Internação Hospitalar por causas externas. Barreiras-BA, 2008-2016

Gráfico 03 – Número de casos notificados de violência doméstica e sexual, segundo a natureza da agressão. Barreiras, 2008-2016

Gráfico 04- Taxa de Internação Hospitalar por neoplasias malignas. Barreiras, 2008-2016

Gráfico 05 – Número de internação hospitalar por pneumonias. Barreiras, 2008-2016

Gráfico 06 - Número de casos notificados das doenças transmissíveis mais prevalentes no município de Barreiras, 2008 -2016

Gráfico 07– Numero de casos e coeficiente de incidência da dengue. Barreiras-Ba, 2008-2016.

Gráfico 08 - Número de caos de AIDS, Sífilis e Condiloma Acuminado em indivíduos de 20 a 49 anos de idade. Barreiras -Ba, 2008- 2016

Gráfico 09 - Número de casos de sífilis em gestantes. Barreiras-BA, 2008- 2016.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1. Mapa do Brasil indicando em amarelo o Estado da Bahia

Mapa 2. Mapa da Bahia indicando em Azul o município de Barreiras

Mapa.3 Limites Municipais de Barreiras

Mapa.4 Rodoviário Municipal

Mapa.5 Rodoviário Regional

Mapa 6. Principais Povoados e Agrovilas de Barreiras

MAPA 7. Linhas de Transporte Público

Mapa 8. Rede de Abastecimento de Água

Mapa 9. Rede de Esgoto Sanitário

LISTA DE SIGLAS

AEE - Atendimento Educacional Especializado

APS - Atenção Primária

CAM - Centro de Atendimento a Mulher

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CER - Centro Especializado de Reabilitação

CEMIT – Centro de Ensino Médio com Intermediação Tecnologica

DST – Doenças Sexualmente Transmissiveis

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissiveis

EMITEC – Ensino médio à distancia para escolas do campo

COTEFI - Clínica de Ortopedia, Traumatologia e Fisioterapia

CCZ - Centro de Controle de Zoonoses

CDI - Centro de Diagnóstico por Imagem

CFT- Comissão de Farmacia e Terapeutica

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

CRA - Central de Regulação Ambulatorial

ESF- Estratégia Saúde da Família

IES – Instituto de Ensino Superior

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano

ISS – Imposto Sobre Serviços

ORTOCLINICA - Serviço de Ortopedia, Traumatologia e Fisioterapia

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PETE - Programa Estadual de Transporte Escolar

PSE - Programa Saúde na Escola

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UNEB – Universidade Estadual da Bahia

UFOB – Universidade Federal do Oeste da Bahia

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 15
2. INTRODUÇÃO 16
3. OBJETIVOS 19
3.1 Objetivo Geral 19
3.2 Objetivos Específicos 19
4. ASPECTOS GERAIS 20
4.1 Formação Histórica, Econômica e social 26
4.2 Demografia – Análise da situação 31
4.3 ASPECTOS SOCIOCULTURAIS 34
4.4 ASPECTOS ECONÔMICOS 34
4.4.1 Receita Tributária Própria do Município 35
4.5 INFRA ESTRUTURA 36
4.5.1 Energia Elétrica e Iluminação Pública 36
4.6 TRANSPORTES 36
4.7 MEIO AMBIENTE 37
4.7.1 Meio Natural 37
4.7.2 Potencial Climático 38
4.7.3 Direção dos ventos 38
4.7.4 Potencial Mineral 38
4.7.5 Potencial biótico/relevância ecológica 39
4.7.6 Disponibilidade hídrica 39
4.7.7 Resíduos Sólidos: Coleta, transporte e disposição final 39
4.7.8 Local de disposição dos resíduos 40
4.7.9 Principais Programas e atividades do município na área ambiental 40
4.7.10 Desafios ambientais 41
4.8 ABASTECIMENTO DE ÁGUA E SANEAMENTO 41
4.9 EDUCAÇÃO 42
5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 47
5.1 Morbidade 47
5.2 Doenças e Agravos Não Transmissíveis 47
5.3 Doenças Transmissíveis 54
5.4 TUBERCULOSE E HANSENÍASE 55
5.5 DENGUE 56
5.6 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS 57
5.7 MORTALIDADE 58
5.7.1 Mortalidade Geral 58
5.7.2 Câmara Técnica de Prevenção e Investigação de Óbitos Infantil, Fetal, Mulheres em Idade Fértil e Materna 64
6. SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE 66
6.1 Organograma da Secretaria Municipal da Saúde 66
7. OUVIDORIA 70
7.1 Objetivos da Ouvidoria 70
8. GESTÃO DE PESSOAS 71
9. ESTRUTURA DA SAÚDE 75
9.1 Auditoria 76
9.2 Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI 78
9.3 Serviços privados e credenciados pelo SUS que prestam assistência ao município e região 78
9.4 Serviços próprios que prestam assistência ambulatorial ao SUS: 78
9.5 Sistema de Informações Hospitalares 79
9.6 Cadastros Nacionais dos Estabelecimentos de Saúde 81
9.7 COMPLEXO REGULADOR 81
9.7.1 Central de Regulação Ambulatorial (CRA) 81
9.7.2 Central de Regulação de Urgência 82
9.8 Serviço de Assistência Domiciliar: 84
9.9 Atenção Básica e Redes de Atenção em Saúde: 85
9.10 Estratégia Agente Comunitários de Saúde 86
9.11 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) 88
9.12 Programa mais médicos 90

9.13 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica..... 90
9.14 Programa Saúde na Escola – PSE 91
9.15 Atenção a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade 93
9.16 Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica..... 94
9.17 REDE CEGONHA 94
9.18 Princípios da Rede Cegonha:..... 95
9.19 Programa de Saúde Bucal 96
9.20 NUTRIÇÃO 98
9.21 PROGRAMA BOLSA FAMÌLIA 98
9. 22 PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A 99
9.23 ESTRÁTÉGIA DE FORTIFICAÇÃO DE MICRONUTRIENTES EM PÓS 100
9.24 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) 101
10. REDE DE SAÚDE DE BARREIRAS-BA 102
10.1 Assistência Farmacêutica..... 102
10.1.1 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT..... 107
10.2 Assistência Ambulatorial Especializada..... 107
10.3 Centro Municipal de Saúde Leonídia Ayres de Almeida 108
10.4 Exames Especializados Realizados no Centro de Saúde Leonídia Ayres (para apoio ao diagnóstico e tratamento)..... 109
10.5 Laboratório Municipal de Análises Clínicas 109
10.6 CAM – CENTRO DE ATENDIMENTO A MULHER 110
10.7 Produtividade do Corpo Clínico (Equipe Médica)..... 110
10.8 HOSPITAL DA MULHER – CNES..... 110
10.9 HOSPITAL MUNICIPAL EURICO DUTRA 112
10.10 Hospital do Oeste – CNES 115
10.11 CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER II –..... 116
10.12. CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE DA CRIANÇA 24 HORAS EMILLY RAQUEL 119
10.13 PROGRAMA IDADE VIVA..... 119
10.13.1 Diretrizes- Programa IDADE VIVA..... 120
10.14 UNISANG – Centro de Hemodiálise 120
10.15 SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS 121
10.15.1 Audio Barreiras Serviços Audiológicos Ltda 121
10.15.2 CDI - Centro de Diagnóstico por Imagem 121
10.15.3 COTEFI – Clínica de Ortopedia, Traumatologia e FisioterapiA..... 122
10.15.4 ORTOCLINICA – Serviço de Ortopedia, Traumatologia e Fisioterapia 122
10.16 Atenção em Saúde Mental 123
11. VIGILÂNCIA EM SAÚDE 125
11.1 Vigilância epidemiológica..... 125
11.2 Programa Nacional de Imunização 130
11.3 Centro de Controle de Zoonoses..... 134
11.4 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) 136
28.3 Vigilância Ambiental..... 137
11.5 Vigilância Sanitária..... 138
11.6 CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador 142
11.6.1. MORBIMORTALIDADE 146
11.6.2 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DO MUNICÍPIO DE BARREIRAS..... 149
12. RECURSOS FINANCEIROS APLICADOS EM SAÚDE 149
13. CONTROLE SOCIAL 155
14. CONSIDERAÇÕES FINAIS 181
ANEXOS

1. APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Barreiras é uma ferramenta importante de gestão que consolida a politica de saúde do município, reconhecendo-se que a consolidação do SUS exige a participação de diferentes atores e perpassa por diversos setores da administração publica.

Planejar é uma pratica desafiadora, mas necessária! Este plano desenvolve orientações estratégicas com a finalidade de sustentar politica técnica e financeira às necessidades do município, dando- lhe punho integrador e facilitador na coordenação e interação dos múltiplos setores da saúde. Busca estruturar e planejar de forma adequada os passos a serem dados na área da saúde em nosso município, traduzindo as diretrizes, objetivos e metas para o período de quatro anos, compartilhado e discutido com controle social, de modo a priorizar ações efetivas junto à comunidade.

Entende-se que o Plano Municipal de Saúde não é um produto finalizado, mas um instrumento em atualização continua, com a finalidade de promover uma saúde mais acessível a todos. Primordialmente, a sua elaboração se apresenta pela necessidade de buscar a consolidação e do desenvolvimento de um atendimento de qualidade em serviços, auxilio na erradicação e na prevenção de doenças, na promoção da saúde, na orientação aos usuários, na melhoria e qualificação dos profissionais na área da saúde, na melhoria das condições físicas, no aumento de recurso, equipamento e pessoal e, o que é imprescindível, projetar o futuro através de um planejamento que defina metas e estratégias para atingi-las.

Por fim, é importante lembrar que o Plano Plurianual, a Pactuação pela Saúde (SISPACTO), a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, devem manter coerência com o Plano Municipal de Saúde, guardando uniformidade de objetivos, diretrizes e metas.

2. INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos de governo, expressos em objetivos, diretrizes e metas a serem alcançadas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, “saúde” é um estado de completo bem estar físico, social e mental, e não apenas a ausência de doenças. É dentro desta definição que a saúde de Barreiras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) procura se desenvolver. O SUS foi implantado no Brasil a partir da Lei Federal 8080 de 05/10/1988, tendo como princípios a integralidade, a equidade, a universalidade, a regionalização e a hierarquização dos cuidados em saúde.

O financiamento do SUS (Lei Complementar 141) certamente é outro complicador, 10% dos recursos deveriam advir do Governo Federal, 12% são estaduais e 15% municipais. Infelizmente, nas esferas federal e estadual nem sempre os percentuais contributivos são respeitados, sobrecarregando os orçamentos municipais.

Operacionalmente, a expansão e qualificação da Atenção Primária (APS) configuram-se na principal estratégia de melhoria da assistência à saúde, sendo que em Barreiras essa realidade precisa avançar, uma vez que nossas coberturas de Estratégia Saúde da Família (ESF) são de apenas 49%, motivo pelo qual esta gestão estará priorizando a expansão da ESF no município. Em 2005, a Organização Pan Americana de Saúde reafirmou que basear os sistemas de saúde na APS ou Atenção Básica, como a melhor estratégia para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas.

Em 2006, através da Portaria nº 648 GM foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica junto ao Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Passou-se a definir atenção básica como “... um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias

democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.”.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde propôs as Redes de Atenção em Saúde como estratégia de organização do sistema desde a atenção primária até níveis de maior complexidade, incluindo urgência e emergência. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010- Portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

A implementação das RAS visa uma maior eficácia na produção de saúde, maior eficiência da gestão da saúde no espaço regional, contribuindo para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passa pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde. Nesse contexto é fundamental para a resolutividade nas redes de atenção a suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

As RAS propostas pelo Ministério da Saúde são: Rede de Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoas com Deficiência e Rede de Atenção aos Portadores de Doenças Crônicas.

Existe uma grande necessidade de valorização e qualificação da Atenção Básica como porta de entrada do sistema. Temos ciência da fragilidade na formação de vínculos dos usuários na atenção primária, com uma fragmentação da rede e uma atenção isolada nos seus componentes, sem uma visão sistêmica e das estratégias que regem a transição do cuidado no sistema de saúde municipal.

Nesse contexto, o Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2018-2021, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período e que possa reverter tal situação. Em síntese, busca a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde.

A análise situacional do Plano foi elaborada possibilitando a transversalidade dos setores que compõem a SMS, em consonância com a situação atual de saúde do Município, o seu Plano Plurianual e as proposições do Controle Social.

O Plano Municipal de Saúde de Barreiras tem a finalidade de detalhar as ações a serem desenvolvidas na área de saúde municipal, no período de 2018-2021. Como já destacado acima, as ações e serviços da Atenção Básica à Saúde precisam acontecer desenvolvendo-se e construindo-se na porta de entrada do sistema para toda população, resolvendo parte cada vez maior dos seus problemas de saúde e assegurando para os problemas mais complexos, o atendimento nos serviços de média e alta complexidade.

Este Plano Municipal de Saúde servirá como instrumento de gestão à Secretaria Municipal de Saúde, a fim de que se consolide na esfera municipal a gestão do SUS e que todos possam efetivamente, participar deste processo de construção coletiva, não estático, mas flexível e sempre levando em conta o perfil epidemiológico da comunidade.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Definir a política municipal de saúde do município de Barreiras, a partir dos princípios do SUS, envolvendo a comunidade e a equipe de saúde na formulação de programas e estratégias que visem melhorar a saúde e a qualidade de vida da população do município.

3.2 Objetivos Específicos

- Racionalizar ações para o desenvolvimento de um trabalho harmonioso e de qualidade;
- Incentivar os profissionais e gestores da área da saúde, a organizarem e desenvolverem campanhas, projetos e ações permanentes e transformadoras de acordo com dados epidemiológicos e a realidade local;
- Buscar a consolidação e o desenvolvimento do atendimento às ações básicas de saúde, através de serviços qualificados, visando à satisfação do usuário do SUS e a solução dos problemas de saúde existentes no município de Barreiras;
- Efetivar o Plano Municipal de Saúde como eixo norteador de todas as ações no âmbito municipal, contemplando todo o contexto de ação da Secretaria Municipal de Saúde na esfera do SUS;
- Implantar politica municipal de Assistência Farmacêutica, visando nortear todas as ações que envolvem o ciclo desta assistência.

4. ASPECTOS GERAIS

O município de Barreiras está situado no Oeste do Estado da Bahia e integra a Bacia Hidrográfica do Rio São Francisco, estando a 857km de Salvador e a 622km de Brasília. A sua sede possui altitude em relação ao nível do mar de 457m, 12º 08´00¨de longitude oeste de Greenwich.

Os principais acessos ao município se dão pelas rodovias BR 020 (Brasília/Barreiras), BR 242 (Salvador/Barreiras) e BR 135 (Estado Piauí/Barreiras).

Mapa 1. Mapa do Brasil indicando em amarelo o Estado da Bahia

Fonte: Plano Diretor

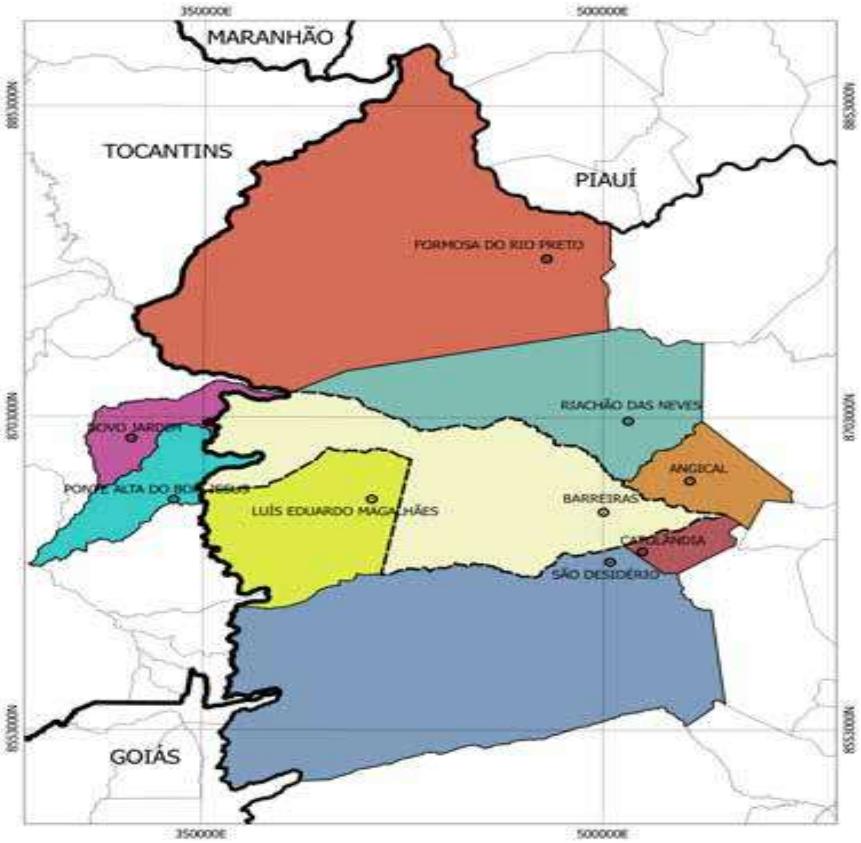
Mapa 2. Mapa da Bahia indicando em Azul o município de Barreiras

Fonte: Plano Diretor

Foram articuladas entre os 417 municípios que compõem o Território Baiano, uma das estratégias, a Regionalização, que é explicitada no Plano Diretor de Regionalização (PDR), para tanto, o PDR 2001, foi revisado em 2003, e alterado em 2004. Em 2007, o PDR foi novamente revisto e o Território Sanitário da Bahia foi organizado em 09 macrorregiões de saúde e 28 microrregiões: Região Macro Norte (27 municípios), Sul (67 municípios, Leste (48 municípios), Oeste (37 municípios), Sudoeste (73 municípios), Nordeste (33 municípios), Extremo Sul (21 municípios), Centro Norte (38 municípios) e Centro Leste (73 municípios), Barreiras pertence a Macrorregião Oeste e é o município sede da Região Macro Oeste. Fazem parte da Região Macro Oeste: Angical, Baianópolis, Barra, Barreiras, Brejolândia, Bom Jesus da Lapa, Brotas de Macaúbas, Buritirama, Catolândia, Canápolis, Côcos, Coribe, Correntina, Cotegipe, Cristópolis, Feira da Mata, Formosa do Rio Preto, Ibotirama, Ipupiara, Jaborandi, Luis Eduardo Magalhães, Mansidão, Morpará, Muquém do São

Francisco, Oliveira dos Brejinhos, Paratinga, Riachão das Neves, Santana, Santa Maria da Vitória, Santa Rita de Cássia, São Desidério, São Felix do Coribe, Serra Dourada, Serra do Ramalho, Sítio do Mato, Tabocas do Brejo Velho e Wanderley. Fazem parte da Microrregião de Barreiras os seguintes municípios: Angical, Baianópolis, Barreiras, Brejolândia, Catolândia, Cotegipe, Cristópolis, Formosa do Rio Preto, Luis Eduardo Magalhães, Mansidão, Riachão das Neves, Santana Rita de Cássia, São Desidério, Tabocas do Brejo Velhos e Wanderley.

O município de Barreiras faz fronteira com os municípios de Angical, Catolândia, Formosa do Rio Preto, Luis Eduardo Magalhães, Riachão das Neves e São Desidério e com o Estado de Tocantins, ocupando uma extensão territorial de 7.538,152 km², conforme dados de 2015 do IBGE.

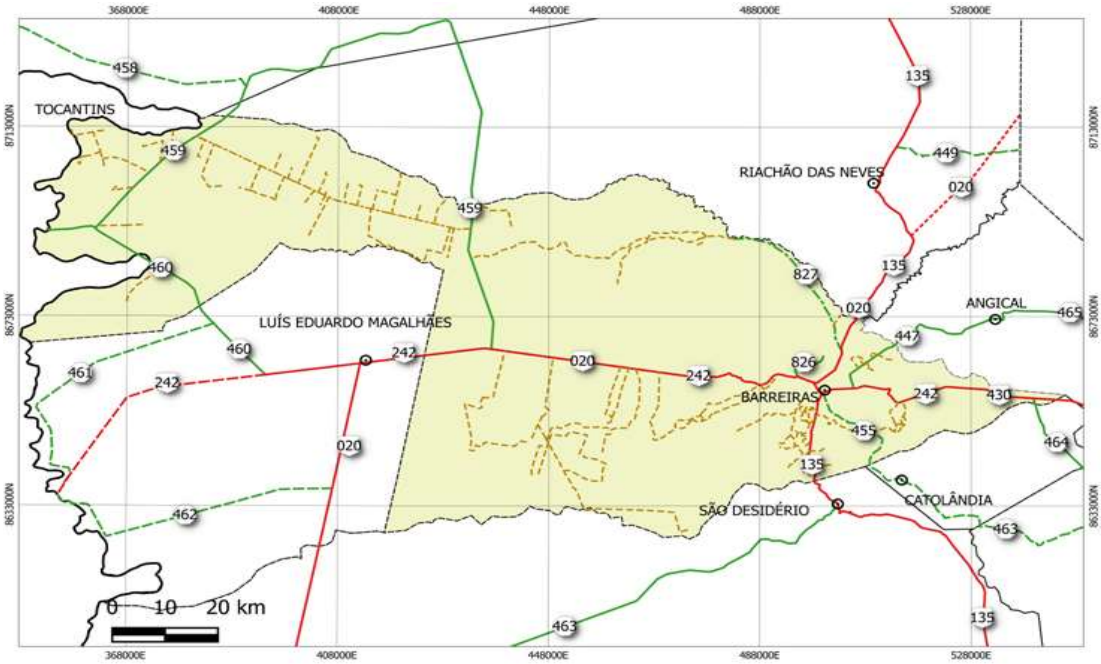


Mapa.3 Limites Municipais de Barreiras

Fonte: Plano Diretor

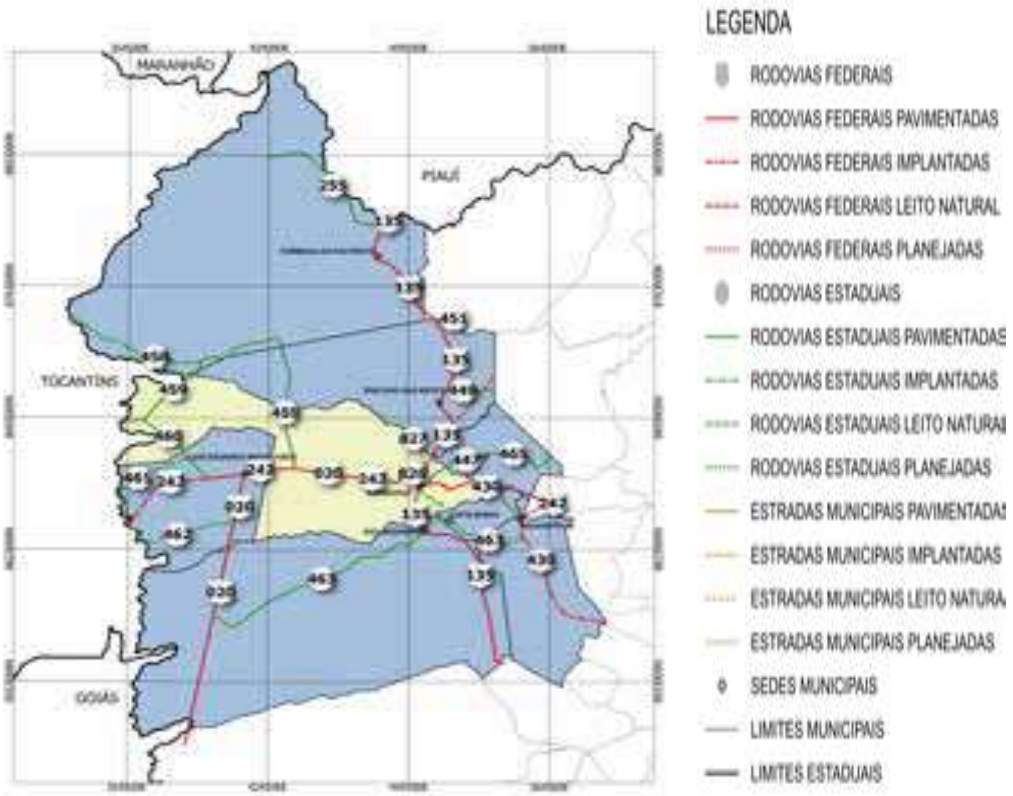
A localização geográfica de Barreiras determinou a sua função de centro urbano de articulação regional. Atualmente, o município é considerado um importante entroncamento rodoviário entre o Norte, o Nordeste e o Centro Oeste

do país, já que por aqui passam a BR 020 (Brasília), BR 242 (Salvador) e a BR 135 (Piauí).



Mapa.4 Rodoviário Municipal

Fonte: Plano Diretor

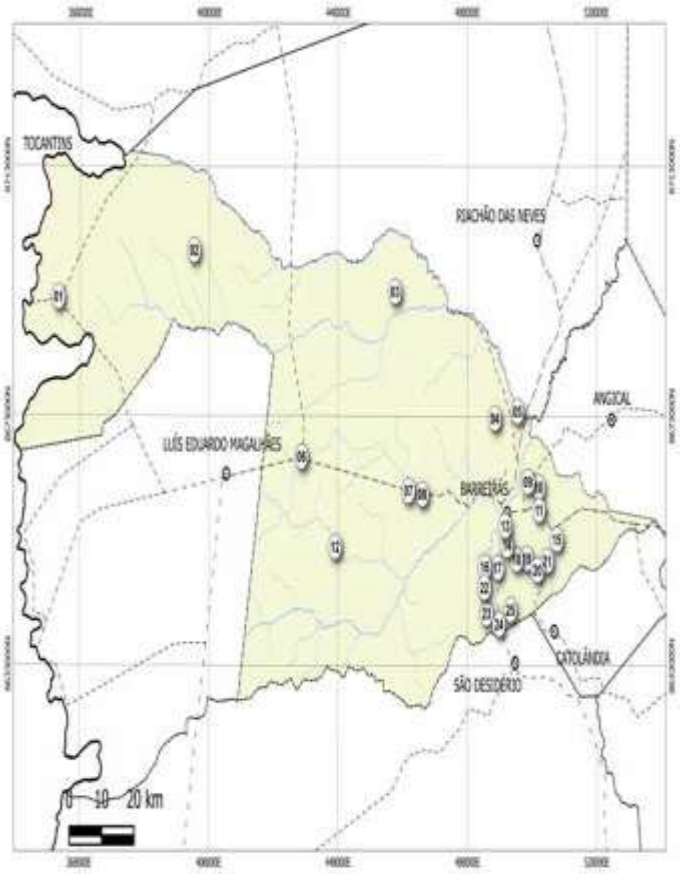


Mapa.5 Rodoviário Regional

Fonte: Plano Diretor.

Apesar da enorme extensão territorial do município, o mesmo não está subdivido em distritos, não existindo, portanto, sedes distritais, além, naturalmente, da própria sede municipal. O povoado Mimoso do Oeste fazia parte do município de Barreiras até o ano 2000, quando foi emancipado com o nome de Luis Eduardo Magalhães.

Existem, contudo, alguns povoados, sendo os de maior destaque: Arraial da Penha, Bezerro, Barrocão, Barroca, Cantinho do Senhor dos Aflitos, Cana Brava, Comunidade Rio de Pedras, Gameleira, Mucambo, Mantiqueira, Nanica, Riachinho, São José do CTI, São Vicente e Tabua da Água Vermelha. Na área do Cerrado, os povoados são: Bela Vista, Cerradão, Km 30, Km 32, Novo Horizonte, Placas e Vitória em Cristo. Ainda pertencem à Barreiras: as agrovilas de Baraúna, Barreiras Sul, Barreiras Norte, Boa Sorte e Tatu.



LEGENDA
01 - PLACAS
02 - NOVO HORIZONTE
03 - SÃO VICENTE
04 - BARROCA
05 - CANTINHO DO SENHOR DOS AFLITOS
06 - CERRADÃO
07 - VITÓRIA EM CRISTO
08 - KM 30
09 - BARREIRAS NORTE
10 - NANICA
11 - RIACHINHO
12 - COMUNIDADE RIO DE PEDRAS
13 - BOA SORTE
14 - BARREIRAS SUL
15 - TABUA DA ÁGUA VERMELHA
16 - BARROCÃO
17 - BARAÚNAS
18 - CANABRAVA
19 - ARRAIAL DA PENHA
20 - MANTIQUEIRA
21 - BEZERRO
22 - GAMELEIRA
23 - MUCAMBO
24 - SÃO JOSÉ DO CTI
25 – TATU

Mapa 6. Principais Povoados e Agrovilas de Barreiras

Fonte: Plano Diretor

Quanto aos aspectos geográficos, locacionais e físico-territoriais, o município de Barreiras possui:

Descrição	Caracterização
Clima	Úmido a Sub-úmido e Seco a Sub-úmido
Pluviosidade anual (mm)	Mínima: 295 Média: 1018 Máxima: 1684 Período de chuvas: outubro a abril
Temperatura média Anual	Mínima: 20,3ºC Média: 24,3 ºC Máxima: 31,5ºC
Vegetação	Cerrado Arbóreo Aberto sem Floresta-de-Galeria, Parque sem Floresta-de-Galeria, Gramíneo-Lenhosa com Florestade- Galeria, Gramineo-Lenhosa sem Floresta-de-Galeria, Floresta Estacional Semidecidual, Contato Cerrado-Floresta Estacional, Contato Caatinga-Floresta Estacional
Hidrogeologia	Chapadão Central Patamares do Chapadão Depressão do São Francisco
Solo	“Latossolo Vermelho-Amarelo Distrófico, Solos Hidromórficos Gleizados Alicos, Solos Litolicos Alicos Areias Quartzosas Distroficas, Podzolico Vermelho - Amarelo Estrófico”
Geologia	Farenitos Finos e Médios, Depósitos Eluvionares e Coluvionares, Calcários, Dolomitos, Siltitos, Folhelhos, Argilitos,

	Ardósias, Depósitos Fluviais
Malha hídrica	Bacia hidrográfica: São Francisco Rios principais: Grande, Ondas, de Janeiro e Branco
Relevo	Chapadas, encostas, planuras ou vales. As principais serras são: da Bandeira, do Mimo, do Boqueirão, da Gameleira, da Ondina, de São Vicente e no extremo o este na divisa com o Estado do Tocantins, a Serra Geral

Fonte: Plano Diretor Urbano de Barreiras, 2004

4.1 Formação Histórica, Econômica e social

Os primeiros habitantes de Barreiras, segundo pesquisas arqueológicas durante a década de 90, foram homens primitivos que, já na pré-história, se abrigavam em grutas. Outros habitantes importantes e pioneiros foram os índios, principalmente das tribos Acroás, Mocoás, Aricobés e Xacriabás, que pouco a pouco foram dizimadas por exploradores, por contatos com doenças e pela miscigenação.

No período entre 1500 e 1870 poucos acontecimentos são significativos na história de Barreiras. O primeiro documento que trata sobre a região foi a Carta de Évora, datada de 10 de março de 1534, doando a capitania hereditária de Pernambuco a Duarte Coelho, mas que não foi suficiente para promover o povoamento no atual extremo oeste baiano.

O início do processo de ocupação da margem esquerda do São Francisco se deu a partir de meados do século XVII, com a expansão da pecuária. Criadores de gado, seguindo os caminhos percorridos pelos rebanhos, adentraram as grandes extensões de terra, banhadas por rios perenes, guerreando contra os índios, implantando a agropecuária e tomando posse das áreas. Finalmente, "*por volta de 1675, Francisco Garcia D'Ávila funda, no*

encontro do rio São Francisco com o rio Grande, um núcleo onde hoje se localiza a cidade de Barra" (PDU 2004).

Pouco a pouco os povoados se espalhavam em direção ao interior do Brasil e em 1698 foram fundados diversos arraiais, sendo um deles Campo Largo, localizado às margens do Rio Grande e a cerca de 80 km de Barreiras, atualmente Distrito de Taguá, Cotegipe.

Até 1827 a região do "além São Francisco" fazia parte da capitania de Pernambuco. A partir de então, como represália às revoluções separatistas pernambucanas, o Comarcado São Francisco foi transferido à província da Bahia, definindo o atual território baiano e provocando mudanças importantes na realidade regional. A nova estabilidade político-administrativa influenciou o aumento das trocas comerciais entre os pequenos povoados da área, ainda restrita ao transporte fluvial.

As navegações através do Rio Preto e Rio Grande foram fundamentais para evolução da economia e principalmente para ocupação do além São Francisco.

Com o avanço comercial, barqueiros e aventureiros subiam o Rio Grande e exploravam áreas desabitadas, estimulando a formação de novas comunidades e a implantação de portos.

No rastro do espalhamento do gado, no último ponto navegável do Rio Grande, foi instalado um pequeno porto de desembarque de mercadorias que eram transportadas em lombos de animais para o interior do sertão. Neste local surgiu o núcleo urbano que mais tarde se transformou na cidade de Barreiras.

Conta-se que ali morava o barqueiro Plácido Barbosa, em uma "casinha" junto ao porto, em terreno da Fazenda Malhada, sendo considerado o primeiro habitante da cidade.

Inicialmente a ocupação deste território foi liderada pela pecuária extensiva e agricultura de subsistência, em que objetivo fora muito mais marcar uma posse do que realmente desenvolver a área, mantendo os povoados estagnados e com a função inicial de porto do afluente do São Francisco.

O porto de São João das Barreiras se destacava, já que, por ele, a produção agropecuária era levada nas barcas até atingir os centros consumidores no litoral da Bahia, assim como também os produtos vindos do litoral alcançavam as zonas de mineração no estado de Minas Gerais transportados em tropas de burros. Também chegavam pelo porto todos os

materiais que a região e o norte de Goiás importavam: ferramentas, querosene, remédios, tecidos finos, vinhos, café e outros produtos.

Por volta de 1880, com o início do Ciclo da Borracha de Mangabeira, produto nativo da região, cresce a imigração para os “gerais”, o que determinou o crescimento do lugarejo, com grande movimentação de barcos no porto e culminou com a emancipação do povoado.

“*A criação do município de Barreiras, com sua sede elevada à classificação de vila, deu-se em 6 de abril de 1891 e foi assinada pelo então governador da Bahia, José Gonçalves da Silva*” (PDU 2004), pelo Ato Estadual nº 237. Cinquenta dias depois, em 26 de maio de 1891, tomou posse o primeiro Intendente, Coronel Martiniano Ferreira Caparrosa, data em que se comemora o aniversário da cidade. Em 19 de maio, de 1902, o Distrito foi elevado a condição de cidade com a denominação de Barreiras, pela Lei Estadual nº 449.

Após o chamado “boom da borracha”, o crescimento econômico se estabilizou, porém, não parou. Em 1928 com a inauguração da hidrelétrica (segunda da Bahia) e a chegada da eletricidade, Barreiras viveu uma época de relativa prosperidade econômica, com a instalação de um grande frigorífico, empresas beneficiadoras de arroz e algodão, curtumes e fábricas de fios. Já nos anos 40, foi instalado um aeroporto utilizado para abastecer tropas americanas na 2ª Guerra Mundial e, posteriormente, por empresas de aviação como “Nacional Transportes Aéreos”, “Consórcio Real-Aerovias e “Panair do Brasil”. *“Indústrias de têxteis, de charque e couro também surgiram, sendo necessário instalar a agência bancária do Banco do Brasil em 15 de março de 1943*” (IBGE, 1958).

Nesta época, o porto de Barreiras ainda era importante para o desenvolvimento da cidade, pois as trocas comerciais eram constantes. Neste local se estabeleceram lojas, depósitos, armazéns e trapiches responsáveis pela importação de todos os materiais, ferramentas e produtos que a região e o norte de Goiás necessitavam. Também era feita a exportação da produção agropecuária, transportada nas barcas até atingir os centros consumidores no litoral da Bahia.

Nos anos 70, a EMBRAPA - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária realizou estudos que comprovaram o potencial agrícola do cerrado baiano para a produção em larga escala de grãos, principalmente a soja, inaugurando um novo momento do Oeste da Bahia.

"*Seguiu-se um segundo ciclo imigratório, principalmente constituído de gaúchos, catarinenses paranaenses, atraídos pelos baixos preços das terras de cerrado, facilmente adaptáveis ao cultivo de grãos e pelos projetos de irrigação capitaneados pela CODEVASF*" (PDU 2004).

Nesta época, o Governo disponibilizou capital através de linhas de créditos subsidiadas, com carência e prazos elásticos para pagamento, que foram utilizadas em investimentos e custeio. Com estradas, energia e apoiados nos resultados das pesquisas do cerrado, produtores, principalmente do sul do país, com experiência no uso de tecnologia, migraram para a região. As ações do governo foram fundamentais para a implantação da nova fronteira agrícola do Oeste da Bahia, embora outros fatores tenham favorecido, como a redução das áreas agricultáveis em outros Estados do Sul do País e o aumento da demanda mundial por grãos, além é claro, das condições geo-ambientais da região.

A exploração com tecnologia adequada das regiões de cerrado do município, até então consideradas inaproveitáveis, integraram Barreiras à zona produtora de grãos, com predominância de grandes produtores e empreendimentos, com alto nível tecnológico e baixa absorção de mão-de-obra.

Dessa forma, o além São Francisco foi redescoberto para a concentração de atividade econômica. Barreiras se tornou o principal centro estratégico de penetração do capital dinâmico no Oeste. Cresceu rapidamente, elevando o volume de sua população urbana de 9.831 habitantes em 1970, para 30.055 em 1980.

"*A partir de então, Barreiras assume rapidamente a condição de principal cidade da nova fronteira econômica que se instala no Oeste Baiano*" (PDU 2004).

Com uma grande produção diversificada de grãos, café, algodão, frutas e pecuária, a região ofereceu todas as condições para atrair mais agroindústrias.

Até hoje se destaca o Complexo da Soja (grão, farelo e óleo), sendo que duas grandes indústrias esmagadoras instaladas na região compram quase toda a produção, beneficiam e exportam óleo e farelo.

O sucesso alcançado nas lavouras de grãos foi fator decisivo para o desenvolvimento e expansão de Barreiras e teve como consequência o fortalecimento dos setores secundário e terciário, caracterizando a cidade como um importante polo nacional de tecnologia e serviços.

Barreiras é o principal eixo das vias de transporte que interligam os municípios da região às diversas capitais dos Estados do Brasil. Sua localização facilita o escoamento e a comercialização para a exportação e para o abastecimento dos mercados consumidores internos.

A atividade industrial do município já conta com diversas indústrias de pequeno e médio porte, como beneficiadoras de arroz, milho e algodão, torrefações de café, metalúrgicas e outras modalidades. Possui um Distrito Industrial onde algumas empresas estão em atividade e ou em fase de instalação.

Com relação ao Comércio e Serviços, Barreiras é o município que mais cresce e se desenvolve no Estado da Bahia e o mais importante centro comercial e urbano da Região Oeste. Congrega um vasto número de estabelecimentos comerciais diversificados, de amplitude regional. Possui diversas concessionárias de automóveis, inúmeras filiais de revenda e assistência técnica de máquinas, equipamentos e produtos agrícolas de empresas nacionais e multinacionais. Conta com inúmeras empresas prestadoras de serviço, com dez agências bancárias, sete Instituições de Ensino Superior e um centro de abastecimento que é o maior entreposto comercial de abastecimento da região.

Começa a despontar no cenário nacional, também, como polo educacional, principalmente com a recente instalação da UFOB – Universidade Federal do Oeste da Bahia, trazendo desenvolvimento na área de educação, tecnologia e pesquisa. A também instalação do Hospital do Oeste consagrou a cidade como principal centro de Saúde do Oeste Baiano. Ainda é possível destacá-la como porta de entrada do mais novo polo de ecoturismo da Bahia, “Caminhos do Oeste”.

Barreiras é hoje uma cidade de porte médio em pleno desenvolvimento. Sua localização estratégica ainda é determinante para seu protagonismo, fortemente aliado aos progressos em diversas áreas, destacando-se a Educação, Saúde, Comércio, Serviços e Agropecuária, sendo o município com a maior concentração habitacional, urbana, institucional, educacional, de equipamentos de saúde, industrial, comercial, bancária, de serviço e de infraestrutura da Região Oeste.

4.2 Demografia – Análise da situação

Uma das características marcantes da Região Oeste da Bahia é sua grande dimensão territorial, maior que a do Estado do Pernambuco, parcamente habitada, conferindo-lhe uma densidade demográfica bastante inferior a da Bahia, Estado cuja densidade demográfica é considerada baixa (PDU 2004), conforme tabela abaixo:

Tabela 1. Densidade demografica

DENSIDADE DEMOGRÁFICA	
País, Região, Estado, Município	**Densidade Demográfica em 2010**
Brasil	22,4
Região Nordeste	34,15
Bahia	24,82
Barreiras	17,49

Fonte: IBGE /2010.

Segundo o último Censo Demográfico, realizado em 2010, a população do município de Barreiras alcançou 137.427 habitantes, em que 90% destes vinham da zona urbana e 10% da zona rural, com uma densidade demográfica de 17,49 habitantes por km², predominando a população feminina. A faixa etária predominante é jovem, entre 20 e 49 anos.

A estimativa da população residente em Barreiras, com data de referência 1º de julho de 2016 e publicada no Diário Oficial da União em 30/08/2016, segundo o IBGE, é de 155.519 habitantes.

A tabela a seguir demonstra a evolução populacional de Barreiras, incluindo habitantes das áreas urbanas e rurais:

Tabela 2. Evolução Populacional (urbana e rural)

EVOLUÇÃO POPULACIONAL ANUAL (URBANA E RURAL)	
Ano	**População de Barreiras**
1991	92.640
1996	111.707

2000	131.849*
2007	129.501
2010	137.427
2015	153.918
2016	155.519

Fonte: IBGE /2010.

A tabela abaixo demonstra o explosivo crescimento da população e da taxa de urbanização além do número de habitantes estimado em 2016.

Tabela 3. População total de Barreiras

POPULAÇÃO URBANA X RURAL						
Distribuição da População	**1970**	**1980**	**1991**	**2000**	**2010**	**2016**
Urbana	9.790	30.055	70.870	115.784	123.741	--
Rural	11.104	11.399	21.770	16.065	13.686	--
TOTAL	20.864	41.454	92.640	131.849	137.427	155.519
Taxa de Urbanização (%)	46,92	72,50	76,50	87,82	90,04	--

Fonte: IBGE /2010.

O crescimento urbano do município, sobretudo entre os anos 1970 e 2000, sobrecarregou os serviços essenciais básicos, cujo desenvolvimento não conseguiu acompanhar o rápido incremento populacional, afetando ainda hoje a cidade de Barreiras.

Abaixo, a tabela demonstra a distribuição populacional do município nas áreas rural e urbana, sexo e faixa etária.

Tabela 4. Distribuição da População por Faixa Etária

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO (2010)				
Faixa etária	**Masculino**	**Feminino**	**Total**	**%**
Menor de 1 ano	1.146	1.191	2.337	1,70
1 a 4	4.815	4.608	9.423	6,86
5 a 9	6.045	5.972	12.017	8,74

10 a 14	6.626	6.617	13.243	9,64
15 a 19	6.654	6.953	13.607	9,90
20 a 29	14.568	15.327	29.895	21,75
30 a 39	11.053	11.302	22.355	16,27
40 a 49	8.101	8.313	16.414	11,94
50 a 59	4.804	4.605	9.409	6,85
60 a 69	2.375	2.545	4.920	3,58
70 a 79	1.181	1.428	2.609	1,89
80 a 89	459	538	997	0,73
90 a +	86	115	201	0,15
TOTAL	67.913	69.514	137.427	100,00

Fonte: IBGE /2010.

O Índice de Dependência da População reflete o número de indivíduos com menos de 15 anos e número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, existentes para cada 100 indivíduos entre 15 e 59 anos de uma população, conforme tabela abaixo.

Tabela 5. Indice de Dependência da População

ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA DA POPULAÇÃO					
ANO	**População Menores de 15 anos**	**População de 60 anos ou Mais**	**População entre 15 e 59 anos**	**Soma**	**Índice de Dependência**
2010	37.020	8.727	91.680	137.427	49,89

Fonte: IBGE /2010.

Índice de Envelhecimento da População é um indicador que expressa a razão entre os componentes etários extremos da população de Barreiras, considerando idosos e jovens. Tem por objetivo demonstrar os índices de envelhecimento da população a fim de contribuir para gestão e avaliação de políticas públicas voltadas as áreas de saúde e previdência social.

Tabela 6. Índice de Envelhecimento

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO			
ANO	**População de 60 anos ou Mais**	**População Menor de 15 anos**	**Índice de Envelhecimento**
2010	8.727	37.020	23,57

Fonte: IBGE /2010.

4.3 ASPECTOS SOCIOCULTURAIS

O patrimônio cultural de Barreiras vai além de história e manifestações culturais, que incluem edificações, monumentos históricos, festas gastronômicas e religiosas. Para orgulho de sua população e atração de visitantes, Barreiras é, também, um verdadeiro paraíso ecológico, com rios, corredeiras, cachoeiras, veredas, serras e vales. A cidade é igualmente famosa pelas festas do Divino Espírito Santo e de São João, padroeiro do município.

O Terno de Reis é manifestação cultural típica da cidade, em que populares vestem indumentárias vistosas, ornamentadas com areia brilhante, miçangas e diversos outros detalhes. Outra marca de Barreiras são as comidas típicas, que reúnem diversas influências, com especial destaque para o churrasco e a galinha caipira. O tradicional churrasco divide o paladar com pratos inusitados, tipicamente nordestinos, como o pirão de cabeça de surubim e a galinha caipira com “pirão de mulher parida”. As peixadas e o feijão tropeiro endossam a diversidade de sabores da cidade. Para adoçar o paladar, a sobremesa fica por conta dos doces feitos da fruta, com destaque para o de maracujá nativo e o de buriti. Os biscoitos, peta, ginete e queijada são os mais clássicos.

4.4 ASPECTOS ECONÔMICOS

“*Atualmente, o município de Barreiras é o maior centro polarizador da região, é também o de maior concentração industrial, comercial, infraestrutura de serviços e agronegócios. Como principal centro zonal, Barreira abriga em seu*

território os mais importantes eixos rodoviários, ligando a região às capitais do País e do Estado, a maior concentração de investimentos produtivos privados, e tem, em sua sede municipal, a maior e mais importante concentração urbana" (PDU 2004). A cidade possui uma localização privilegiada e recebe centenas de veículos coletivos que, diariamente, se deslocam dos Municípios circunvizinhos para, em Barreiras, buscarem serviços de saúde, educação, comércio e serviços em geral, entre eles, os serviços dos órgãos públicos que aqui possuem sede regional.

4.4.1 Receita Tributária Própria do Município

A receita tributária própria do Município, no ano de 2015, alcançou R$ 41.071.411,81 e correspondeu a 12,93% da receita corrente líquida, significando que as transferências federais e estaduais são essenciais para o município.

Tabela 7. Receita Tributária

RECEITA TRIBUTÁRIA PRÓPRIA – VALORES EM R$		
TRIBUTO	**2015**	**%**
IPTU	3.301.358,03	8,04
IRRF	8.142.548,77	19,83
ITBI	5.164.648,47	12,57
ISS	18.338.325,60	44,65
TAXAS	6.124.530,94	14,91
TOTAL	41.071.411,81	100,00

Fonte: IBGE /2010.

O Imposto Sobre Serviços - ISS, importante tributo para o município, contribuiu com a maior parcela da arrecadação própria, com 44,65% do total, conforme tabela acima. Com o crescimento de 11,42%, em relação ao ano anterior, a receita de ISS do município chegou a R$ 18,33 milhões, em 2015, o que consolida o ISS como principal imposto no município de Barreiras. O crescimento do setor de serviços, que é considerado a principal vocação econômica do município, e a implantação da nota fiscal eletrônica foram os principais fatores que contribuíram para a expansão desse imposto.

O Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU, considerado um dos principais impostos na arrecadação tributária municipal, cresceu em relação ao ano anterior 27,72%, e teve uma participação de 8,04% do total das receitas tributárias próprias, em 2015. Em relação a receitas correntes líquidas, sua participação foi de 1,04%.

4.5 INFRA ESTRUTURA

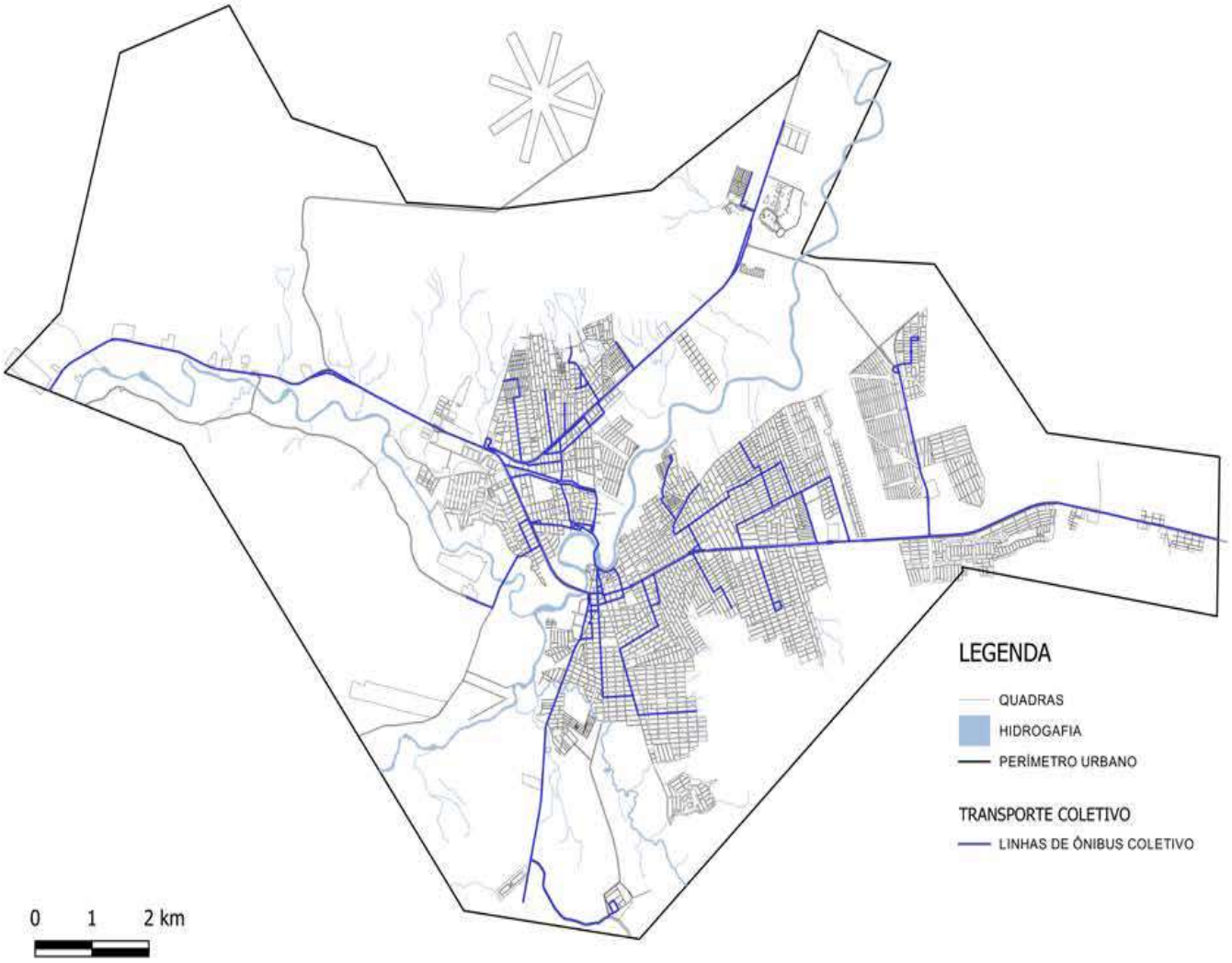
4.5.1 Energia Eletrica e Iluminação Pública

A Companhia de Eletricidade do Estado da Bahia - Coelba é a concessionária responsável pelo fornecimento de energia elétrica em Barreiras. A iluminação Pública é responsabilidade da Secretaria de Serviços Públicos, que por meio de empresa terceirizada executa os serviços de instalação e manutenção de postes, luminárias e lâmpadas. Nos últimos anos, várias lâmpadas de mercúrio têm sido substituídas pelas de vapor metálico.

4.6 TRANSPORTES

A empresa Viação Cidade de Barreiras Ltda, CNPJ n° 34.191.106/001-31, sagrou-se vencedora da Concorrência nº 002/2014, para dar início à exploração dos serviços de transporte público coletivo do município de Barreiras, conforme contrato nº 173/2014 – Lote 01 e contrato nº 174/2014 – Lote 02 do processo adm. nº 080/2014 – Barreiras.

Nas visitas aos bairros foi constatado que o sistema de transporte é amplo e atende bem a população. A principal demanda apontada foi a construção de abrigos nas paradas de ônibus. As linhas por onde circula o transporte público está apresentada no mapa a seguir:



MAPA 7. Linhas de transporte público

Fonte: Plano Diretor

4.7 MEIO AMBIENTE

4.7.1 Meio Natural

O município de Barreiras está inserido no Bioma Cerrado, recoberto, predominantemente, por fitofisionomias semi-caducifólia do tipo Cerrado, floresta de Galeria, Veredas, Campo Úmido e Ecótono Caatinga Arbórea errado.

O relevo apresenta vertentes escarpadas com topos planos e declividades que variam entre 430 a 800m.

As áreas mais rebaixadas são constituídas pela depressão do Rio Grande, caracterizadas pelas formas com altitudes em torno de 450 m. No entanto, este meio natural tem passado por intensas transformações nas últimas três décadas, oriundas da expansão do agronegócio no município.

4.7.2 Potencial Climático

O município apresenta um bom potencial climático, com duas estações bem definidas, sendo: verão chuvoso, que abrange os meses de outubro a abril, e inverno seco, que se estende de maio a setembro.

As temperaturas médias anuais variam entre 20°C e 30°C e o índice pluviométrico varia entre 800 a 1600 mm anuais. A umidade relativa do ar fica em torno de 70%, sendo a máxima de 80% em dezembro e a mínima de aproximadamente 50% em agosto.

4.7.3 Direção dos ventos

No território predominam os ventos do quadrante Nordeste na estação chuvosa e do quadrante Sudeste na estação seca.

4.7.4 Potencial Mineral

Foi encontrada recentemente no território uma jazida de tálio, a qual tem potencial de ser maior que a da China e do Cazaquistão, com presença de cobalto e manganês.

4.7.5 Potencial biótico/relevância ecológica

O potencial biótico do município se encontra ameaçado devido à intensa ocupação do território, condicionada pela expansão urbana e produção agropecuária,
as quais acarretaram em acentuada supressão e fragmentação da vegetação natural.

4.7.6 Disponibilidade hídrica

Subterrânea: O principal manancial subterrâneo do município é o Aquífero Urucuia, que tem área de abrangência de aproximadamente 76.000 km2, na região Oeste da Bahia e Tocantins. Tem disponibilidade hídrica potencial estimada na ordem de 17,8 m3 /s.

Superficial: O território de Barreiras, banhado por importantes cursos d'água, está inserido na maior bacia da margem esquerda do Rio São Francisco, a bacia do Rio Grande. Os principais rios são: Rio Grande, Rio de Ondas, Rio Branco, Rio de Janeiro e Rios de Pedras.

4.7.7 Resíduos Sólidos: Coleta, transporte e disposição final

Os serviços de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos do município são administrados pela Prefeitura, através do Departamento de Limpeza Urbana, da Secretaria Municipal de Serviços Públicos e Transporte, o qual está estruturado em duas divisões:

- Limpeza pública, executada diretamente pelo poder público municipal;
- Coleta domiciliar/comercial dos resíduos gerados, feita por empresa terceirizada.

O modelo de gestão adotado pela Prefeitura para coleta, transporte e destinação final de resíduos domésticos e comerciais é caracterizado pela

terceirização dos serviços. A empresa que desenvolve atualmente essa atividade foi contratada através de processo licitatório para a prestação do serviço.

Os serviços de coleta de resíduos públicos são divididos em cinco partes: serviços de varrição; poda e capina; limpeza de feiras livres; serviços de desobstrução de sarjetas e bueiros; e coleta de animais mortos de pequeno e grande porte.

4.7.8 Local de disposição dos resíduos

Os resíduos sólidos urbanos são descartados em área de disposição final da cidade, com uma distância de 18 km do centro urbano, localizado às margens da BR-242, sentido Salvador, denominado como “lixão de Barreiras”.

Essa área recebe resíduos do município desde 1998, quando eram, inicialmente, dispostos em valas e cobertos com uma camada de solo, caracterizando-se situação inicial de aterro controlado.

Esse processo perdurou até meados de 2004, quando os resíduos foram depositados ao ar livre sem cobertura.

O atual local de disposição de resíduos em Barreiras possui um passivo ambiental elevado em virtude de sua operação desde 1998 ter sido realizada sem o controle devido.

Sugere-se que, na implantação de futuro Aterro Sanitário, sejam tomadas as devidas medidas mitigadoras e corretivas para a área atualmente utilizada.

4.7.9 Principais programas e atividades do município na área ambiental

- Plano Municipal de Gerenciamento Integrado de Resíduos Sólidos;
- Coleta seletiva;
- Barreiras Mais Verde;
- Controle da poluição sonora;
- Licenciamentos ambientais;
- Programas de Educação Ambiental;
- Arborização nas escolas;

- Plano de Educação Ambiental.

4.7.10 Desafios ambientais

- Medidas de racionamento do uso da água e combate ao desperdício, através de processo de conscientização do produtor e possivelmente da cobrança pelo uso da água. Neste item, deve-se ter a sensibilidade para valorar a água de forma que apenas racionalize seu uso e não comprometa os custos de produção, como foi verificado por alguns estudos;
- Medidas de proteção dos mananciais;
- Divulgação das informações para os produtores, tanto referentes às exigências, quanto às alternativas existentes de tratamento/racionalização;
- Programas de recuperação e conservação de bacias hidrográficas;
- Fiscalização e monitoramento das propriedades quanto ao cumprimento das regulamentações.

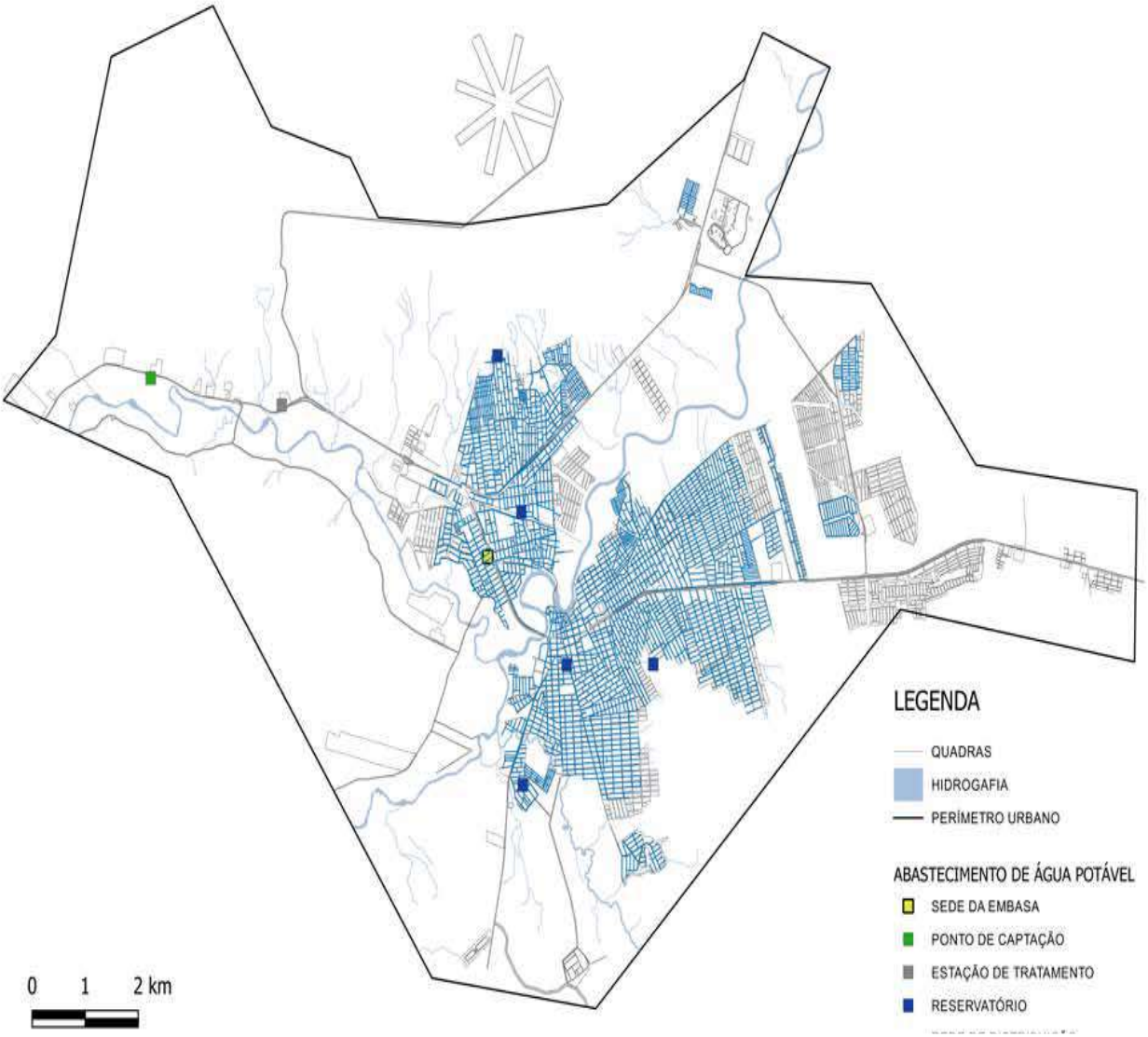
4.8 ABASTECIMENTO DE ÁGUA E SANEAMENTO

O abastecimento de água em Barreiras é feito no sistema SIAA de Barreiras, realizado pela EMBASA. Segundo o CATÁLOGO DE SAA, 2016, EMBASA a captação é superficial e feita no Rio de Ondas, na BR 242, saída para o município de Luís Eduardo Magalhães, a aproximadamente 1.300 metros do posto da Polícia Rodoviária Federal. Estão distribuídos 04 (quatro) reservatórios elevados na cidade, construídos em concreto e formato circular: Boa Sorte (50m3), Baraúna (50m3), Labelle (450m3) e Barreirinhas (300m3). Outros 02 reservatórios são do tipo apoiado, construídos em concreto e em formato retangular, localizadas no bairro Jardim Ouro Branco (6000m³) e no bairro Barreiras I (3000m³).

A cobertura de abastecimento é de 98% e as localidades abastecidas são a Sede municipal de Barreiras e os seguintes povoados: Angélica Ayres, Buriti I e II, Baraúna, Baixão, Boa Sorte, Barreiras Sul, Barreiras Norte, Canabrava,

Cinturão Verde, Conquista, Nanica, Riachinho, Grapiúna e Boa Sorte II. O consumo per capta atual é de 155l/hab. dia.

O tratamento é realizado na ETA de Barreiras, onde se realiza Coagulação, Floculação, Decantação, Filtração, Desinfecção e Fluoretação.

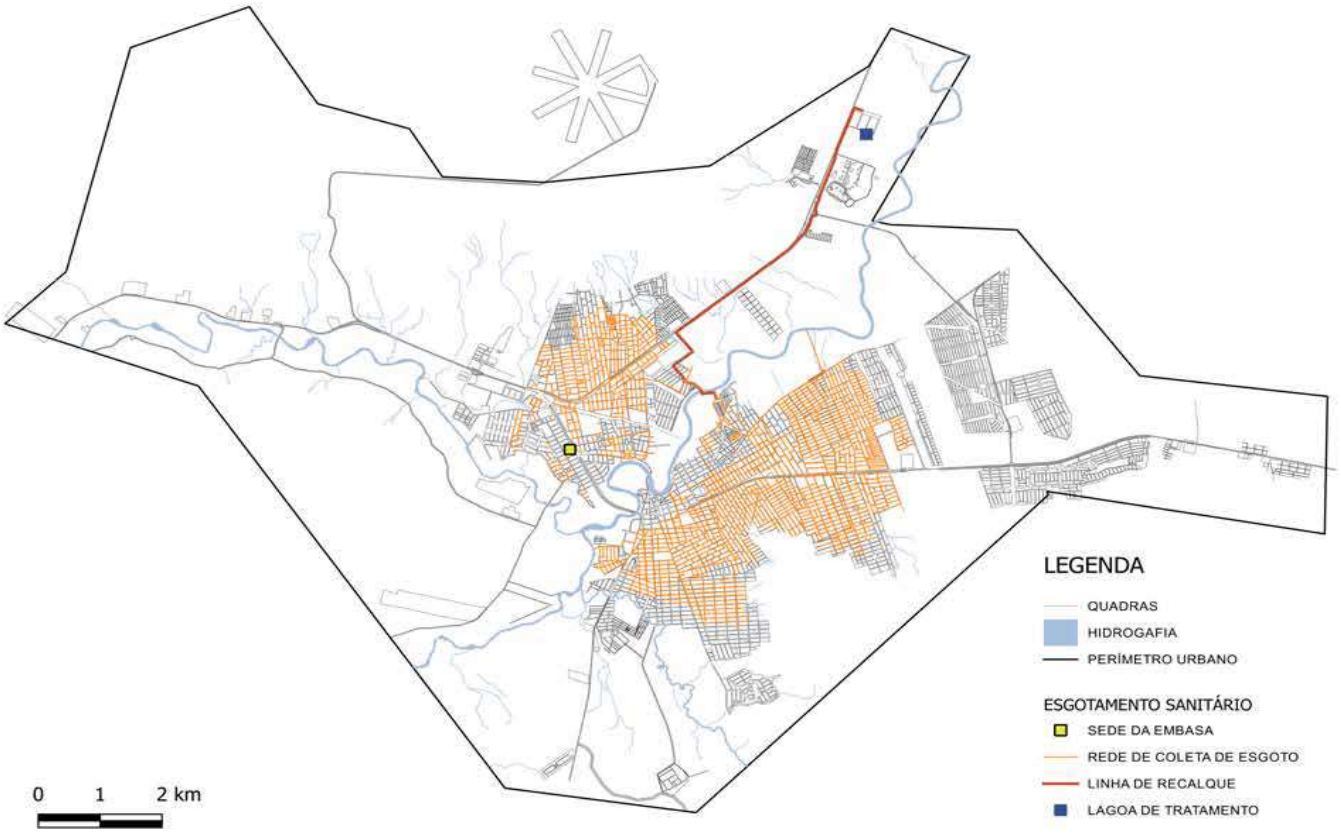


Mapa 8. Rede de abastecimento de água

Fonte: Plano Diretor

Em agosto de 2015 foram concluídas as obras do novo Sistema de Esgotamento Sanitário de Barreiras, que, quando em pleno funcionamento, elevará o índice de cobertura deste serviço na cidade de 8% para cerca de 65%.

Em junho de 2016 a rede de Esgoto Sanitário de Barreiras possui 266 km de extensão, sendo que 180km estão em operação. Foram realizadas 17.262 ligações já operantes e 12.000 ainda serão notificadas. A rede coletora está disponível e operando nos seguintes Bairros: Antônio Geraldo, Arboreto I e II, Bandeirante, Barreiras I, Bela Vista, Cascalheira, Centro (Histórico e Comercial), Jardim Ouro Branco, Flamengo, Loteamento São Paulo, Morada da Lua, Novo Horizonte, Recanto dos Pássaros, Renato Gonçalves, Ribeirão, Rio Grande, São Pedro, Sandra Regina, São Francisco, São Paulo, São Sebastião, Santo Antônio, Serra do Mimo, Vila Brasil, Vila Dulce, Vila Rica, Vila Regina, Vila dos Funcionários e Vila Amorim. A rede coletora foi executada, mas aguarda teste para liberação nos seguintes bairros: Santa Luzia, Morada da Lua, Sombra da



Tarde e Vila nova.Demais bairros ainda não possuem rede coletora.

Mapa 9. Rede de Esgoto Sanitário

Fonte: Plano Diretor

4.9 EDUCAÇÃO

A partir de 2013, teve início o reordenamento da rede escolar, cumprindo princípios básicos de planejamento a partir de estudos demográficos e sociais dos bairros e garantindo o direito à educação de todos os cidadãos, tanto na cidade quanto no campo.

Atualmente, o município conta com 09 Centros de Educação Infantil e 39 turmas de Educação Infantil, 16 na cidade e 23 no campo, conforme dados do Censo Escolar de 2015.

Tabela 8. Alunos Matriculados- Ed, Infantil

ALUNOS MATRICULADOS - EDUCAÇÃO INFANTIL - 2010/2015												
DEPENDÊNCIA	**2010**		**2011**		**2012**		**2013**		**2014**		**2015**	
	Creche	**Pré Escola**	**Creche**	**Pré Escola**	**Creche**	**Pré Escola**	**Creche**	**Pré Escola**	**Creche**	**Pré Escola**	**Creche**	**Pré Escola**
FEDERAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ESTADUAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MUNICIPAL	343	2.638	353	2.530	392	2.331	423	2.339	550	2.482	608	2.446
PRIVADA	125	439	129	854	142	959	192	1.092	201	1.154	374	1.331
TOTAL	468	3.077	482	3.384	534	3.290	615	3.431	751	3.636	982	3.777

Fonte: INEP – Censo Escolar

Tabela 9. Alunos Matriculados- Ed, Fundamental

ALUNOS MATRICULADOS - ENSINO FUNDAMENTAL - 2010/2015												
DEPENDÊNCIA	**2010**		**2011**		**2012**		**2013**		**2014**		**2015**	
	Anos iniciais	**Anos Finais**	**Anos iniciais**	**Anos Finais**	**Anos iniciais**	**Anos Finais**	**Anos iniciais**	**Anos Finais**	**Anos iniciais**	**Anos Finais**	**Anos iniciais**	**Anos Finais**
FEDERAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ESTADUAL	49	1.793	49	1.464	0	1.288	0	1.044	0	912	0	569
MUNICIPAL	9.491	6.633	9.568	6.705	9.498	6.601	9.377	6.753	9.421	6.819	9.271	6.971
PRIVADA	891	952	1.937	1.293	2..180	1.417	2.357	1.317	2.646	1.431	2.962	1.480
TOTAL	10.431	9.378	11.554	9.462	11.678	9.306	11.734	9.114	12.067	9.162	12.233	9.020

Fonte: INEP – Censo Escolar

O Ensino Médio não é competência legal do Governo Municipal, porém Barreiras busca atender a esta necessidade da população, principalmente por ser o ensino médio uma fase intermediária na formação acadêmica do cidadão condição fundamental para o acesso, permanência e inclusão no Ensino Superior.

O Programa Estadual de Transporte Escolar - PETE fruto de parceria entre Município e Estado, garante acesso igualitário a essa modalidade de ensino, disponibilizando deslocamento dos alunos via transporte escolar.

No Município de Barreiras, o Ensino Médio é oferecido em 13 instituições de ensino da rede Estadual, 01 Instituto Federal e 04 instituições de ensino Privado, todas localizadas na zona urbana.

Em 2014, através do Núcleo Regional de Educação – NRE 11, foi iniciada a parceria com a Secretaria de Educação do Estado da Bahia para implantação do Centro Regional de Ensino Médio com Intermediação Tecnológica – CEMIT, com 6 núcleos do EMITEC (Ensino Médio à distância para escolas do campo) funcionando em escolas municipais do campo.

No ano de 2015, foi implantado o Centro Juvenil de Ciência e Cultura que tem como objetivo desenvolver oficinas para o incentivo da arte e da cultura aos estudantes das escolas públicas do município, com atividades no contra turno.

A tabela, a seguir, demonstra a evolução da matrícula do Ensino Médio e Educação Profissional (Nível Técnico) em nossa cidade, no período de 2011-2014:

Tabela 10. Alunos Matriculados- Ensino Médio

ALUNOS MATRICULADOS - ENSINO MÉDIO - 2010/2015												
	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
DEPENDÊNCIA	Ensino Médio	Nível Técnico	Ensino Médio	Nível Técnico	Ensino Médio	Nível Técnico	Ensino Médio	Nível Técnico	Ensino Médio	Nível Técnico	Ensino Médio	Curso Técnico Integrado (Ensino Médio Integrado)
FEDERAL	201	117	632	181	628	178	674	195	635	208	0	552
ESTADUAL	5.925	147	6.195	142	5.459	817	5.960	285	5.667	352	5.398	852
MUNICIPAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PRIVADA	493	0	571	272	595	386	592	370	580	263	593	0
TOTAL	6.619	264	7.398	595	6.682	1.381	7.226	850	6.882	825	5.991	1.434

Fonte: INEP – Censo Escolar

O município de Barreiras possui uma grande extensão territorial e conta com Diversas comunidades. Atualmente, conforme Censo Escolar de 2015 existem 38 escolas em funcionamento distribuídas nos diferentes povoados, sendo 10 seriadas e 28 multisseriadas, disponibilizando o acesso ao maior

número de estudantes que residem nas localidades sedes das escolas ou entorno. Outras escolas estão localizadas em núcleos que atendem alunos que moram em outros povoados distantes da escola sede, para o acesso à instituição, o município disponibiliza o transporte escolar para docentes e discentes.

Na perspectiva da Educação Inclusiva, a Educação Especial é definida como uma modalidade de ensino transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, que disponibiliza recursos e serviços e realiza o Atendimento Educacional Especializado – AEE de forma complementar ou suplementar à formação dos alunos público alvo da educação especial.

A inclusão dos alunos público-alvo da Educação Especial no município de Barreiras está em processo de crescimento contínuo e tem se pautado em princípios balizadores dos direitos humanos, valorizando e respeitando a diversidade.

Os avanços na inclusão dos alunos estão refletidos nos dados estatísticos, explicitados no número crescente de matrículas no ensino comum, na modalidade de Educação Especial, conforme tabela abaixo:

Tabela 11. Alunos Matriculados- Ed. Especial

MATRÍCULA NA EDUCAÇÃO ESPECIAL (2011, 2012, 2013, 2014)				
Matriculas	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Estadual	20	27	12	06
Municipal	222	293	355	471
Estado e Município	242	320	367	477

A Educação Superior de Barreiras teve início em 1981, com os cursos de Licenciatura Curta em Instituições de Ensino Superior Pública, sendo que em 1988, iniciou a primeira turma de graduação do Curso de Pedagogia e, somente, em 1998 iniciou-se os cursos de graduação da iniciativa privada, com variados graus de abrangência.

A ampliação do número de Instituições de Ensino Superior (IES) tem contribuído para o reconhecimento de Barreiras como polo universitário da região Oeste da Bahia. Atualmente, contamos com um campus da Universidade Estadual da Bahia - UNEB, a Universidade Federal do Oeste da Bahia - UFOB, o

Instituto Federal da Bahia- IFBA e três faculdades privadas, além de instituições que oferecem ensino à distância.

Nessas IES, são oferecidos diversos cursos, a saber: Medicina, Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina Veterinária, Farmácia, Ciências Contábeis, Direito, Psicologia, Tecnologia da Informação, Administração, Geologia, Engenharia de Alimentos, Engenharia Agronômica, Engenharia Civil, Engenharia Sanitária e Ambiental e diversos cursos de Licenciatura (Pedagogia, Letras, Matemática, Física, Química, Ciências Biológicas, Geografia, História e Educação Física).

5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

5.1 Morbidade

5.2 Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) do Ministério da Saúde, nos anos compreendidos entre 2008 e 2016 ocorreram 140924 internações em residentes no município de Barreiras. A proporção das internações hospitalares por faixa etária, segundo a causa do diagnóstico por Capítulos do Código Internacional de Doenças na sua 10ª revisão (CID-10) está representada na tabela 01. Observa-se que as cinco principais causas de internações hospitalares em ordem decrescente foram as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (10,9%), seguida das doenças do aparelho circulatório (10,23%), as doenças do aparelho digestivo (9,7%),algumas doenças infecciosas e parasitárias (8,8%) e das doenças do aparelho circulatório (6,7%). Analisando a faixa etária têm-se como principal causa de internação na população idosa as doenças do aparelho circulatório (24,4%) e na faixa etária dos adolescentes as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas que

lideram as internações, enquanto as doenças infecciosas e parasitárias têm contribuído para internação na faixa etária de 0 a 9 anos.

Tabela 01- Proporção das internações hospitalares por diagnóstico e faixa etária. Barreiras-BA, 2008-2016.

Tabela 12. Proporção das Internações hospitalares por diagnóstico e faixa etária

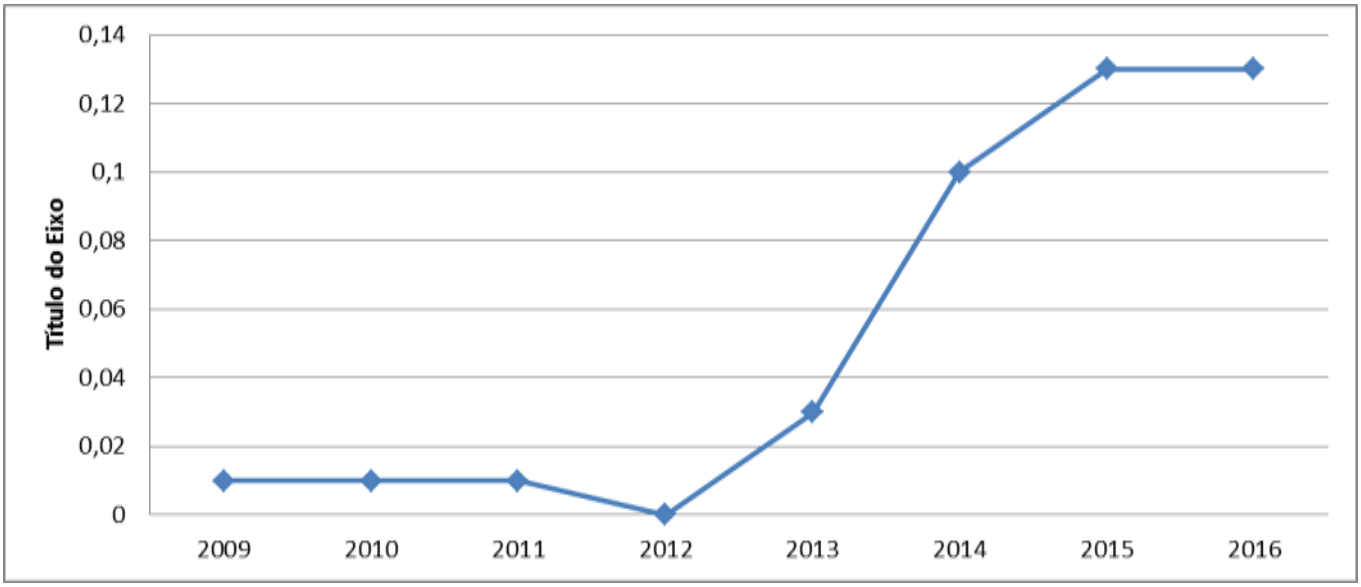
Capítulo CID-10	0-9 anos	10-24 anos	25-59 anos	60 e +	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7619	1371	2294	1243	12527
II. Neoplasias (tumores)	67	84	1864	322	2337
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	353	185	370	246	1154
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	325	184	893	1041	2443
V. Transtornos mentais e comportamentais	4	16	73	5	98
VI. Doenças do sistema nervoso	653	317	563	163	1696
VII. Doenças do olho e anexos	6	5	6	4	21
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	19	14	16	1	50
IX. Doenças do aparelho circulatório	88	348	4589	4474	9499
X. Doenças do aparelho respiratório	7065	1325	2849	3188	14427
XI. Doenças do aparelho digestivo	1751	2096	7254	2621	13722
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	770	778	2136	907	4591
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	189	415	1098	244	1946
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	733	967	3666	1737	7103
XV. Gravidez parto e puerpério	2	23228	21250	3	44483
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3708	73	46	5	3832
XVII. Malf cong. deformid e anomalias cromossômicas	536	128	65	26	755

XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	121	474	1114	386	2095
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2020	4016	7692	1675	15403
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	1	-	1
XXI. Contatos com serviços de saúde	25	59	2635	22	2741
Total	26054	36083	60474	18313	140924

Fonte: SIH/SUS/ Ministério da Saúde

Avaliando as morbidades por doenças do aparelho circulatório, nota-se que as doenças isquêmicas do coração no início da série (2009-2011) mantiveram-se no mesmo patamar, porém nos anos seguintes ocorreu uma elevação significativa e o risco de adoecer tornou-se dez vezes maior quando comparado aos anos de 2013 a 2015, tornando-se novamente constantes entre 2015 e 2016 (Gráfico 01).

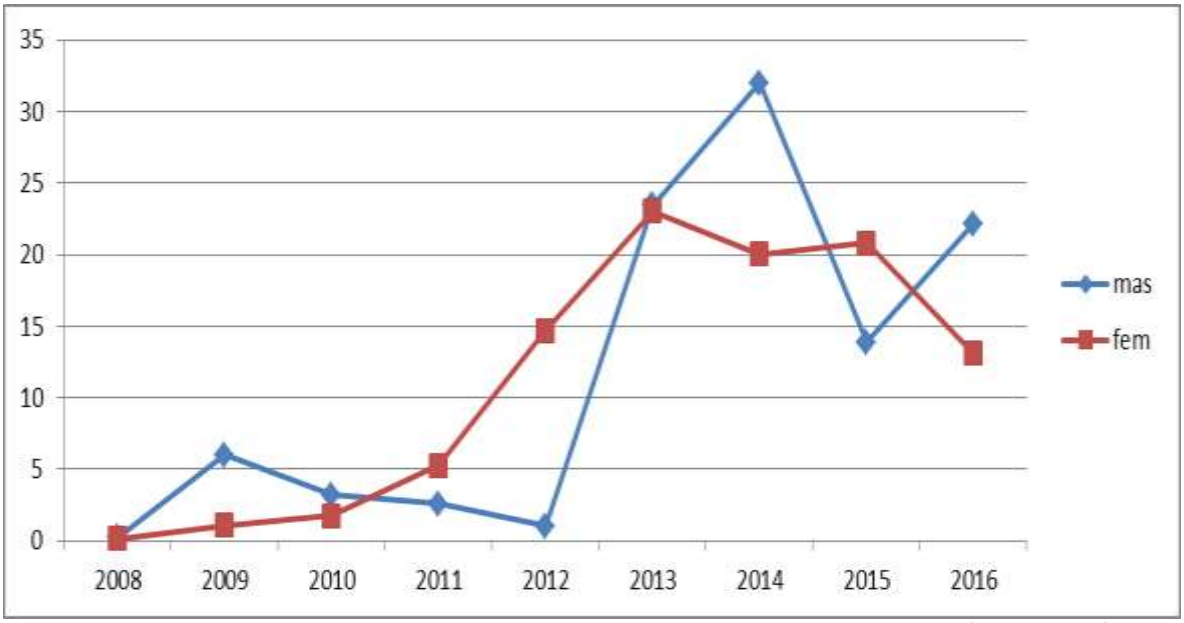
Gráfico 01 – Taxa de Internação Hospitalar por doenças isquêmicas do coração em residentes de **Fonte:** SIH/SUS



Fonte: SIH/SUS/ Ministério da Saúde

As causas externas constituem uma importante causa de internação pela sua magnitude, principalmente no sexo masculino que invariavelmente apresentou taxas superiores quando comparado com o sexo feminino ao longo da série histórica de 2008 à 2016 (Gráfico 02).

Gráfico 02 – Taxa de Internação Hospitalar por causas externas. Barreiras-BA, 2008-2016.



Fonte: SIH/SUS/ Ministério da Saúde

Em virtude da sua magnitude e transcendência, os eventos relacionados à violência atualmente são considerados problemas de saúde pública. No período de 2008 a 2016, foram registrados no SINAN 2186 casos de violência, doméstica, sexual e outras violências no município de Barreiras. Em relação ao sexo o maior percentual das agressões ocorreu contra as mulheres, chegando a corresponder a 82,84% dos registros entre 2008 e 2016. A população mais vulnerável foi a de adultos jovens na faixa etária de 20-34 anos correspondente a 47,48% dos casos.

Em relação à raça/cor, cabe registrar que a maioria das notificações com registro de raça/cor ocorreu na população parda (59,51%), seguida da branca. O percentual de ignorado/ branco corresponde a 21,22% das notificações (Tabela 02).

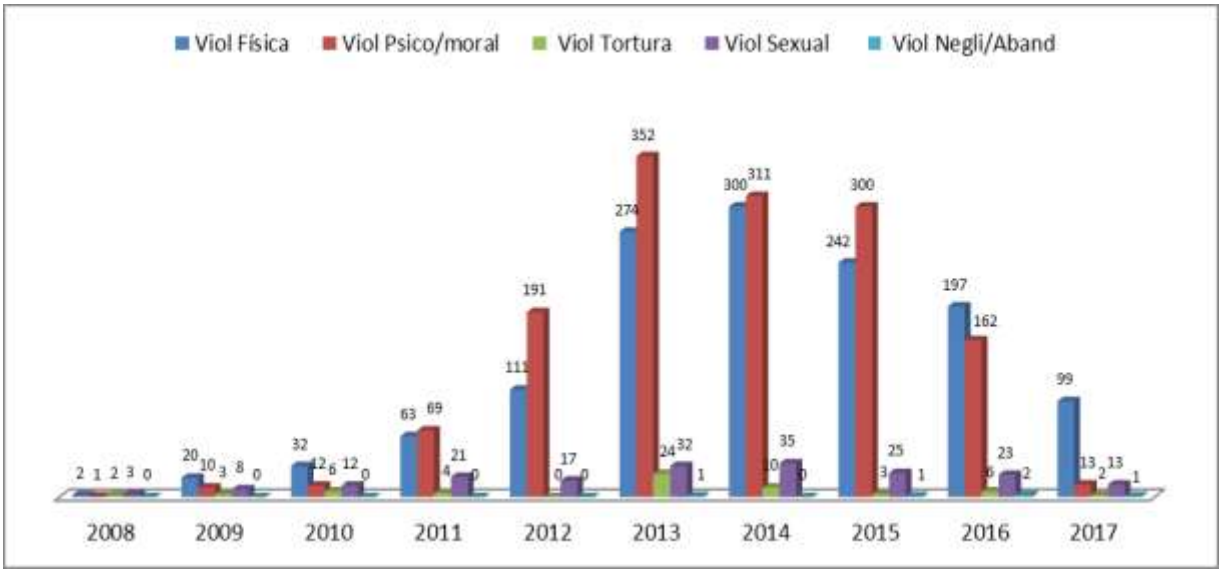
Tabela 13 – Notificações de violência em Barreiras-Ba, 2008-2016.

SEXO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Masculino	1	5	12	10	4	88	120	52	83
Feminino	3	20	32	96	266	417	363	377	237
FAIXA ETARIA									
0 a 9 anos	1	6	5	11	16	14	11	10	12
10 a 29	3	11	27	53	112	264	212	210	152
30 a 59		11	13	44	138	218	245	194	145
60 +	-	-	-	2-	7	9	15	15	11
RAÇA									
Ign/Branco	1	2	6	8	66	69	67	140	105
Branca	1	2	3	18	52	70	69	59	38
Preta	2	1	6	8	20	13	26	17	10
Amarela	-	-	-	1	-	2	-	-	-
Parda	-	20	29	70	131	350	321	213	167
Indígena	-	-	-	1	1	1	-	-	-

Fonte: SINAN/VIEP

Dentre as agressões, a violência psicológica/moral esteve presente em 48,77% dos casos, seguida da violência física (42,98%) e da sexual em torno de 6,09% (Gráfico 03).

Gráfico 03 – Número de casos notificados de violência doméstica e sexual, segundo a natureza da agressão. Barreiras, 2008-2016.



Fonte: SINAN/VIEP

A tabela 03 apresenta a série histórica das neoplasias mais frequentes no município de Barreiras, na qual o câncer de próstata aparece como mais frequente com 21,88% dos casos notificados no período de 2008 a 2016, seguido dos casos de neoplasia maligna de encéfalo (11,80%), o câncer de colo de útero representa 10,72% dos casos notificados e 5,57% são de mama.

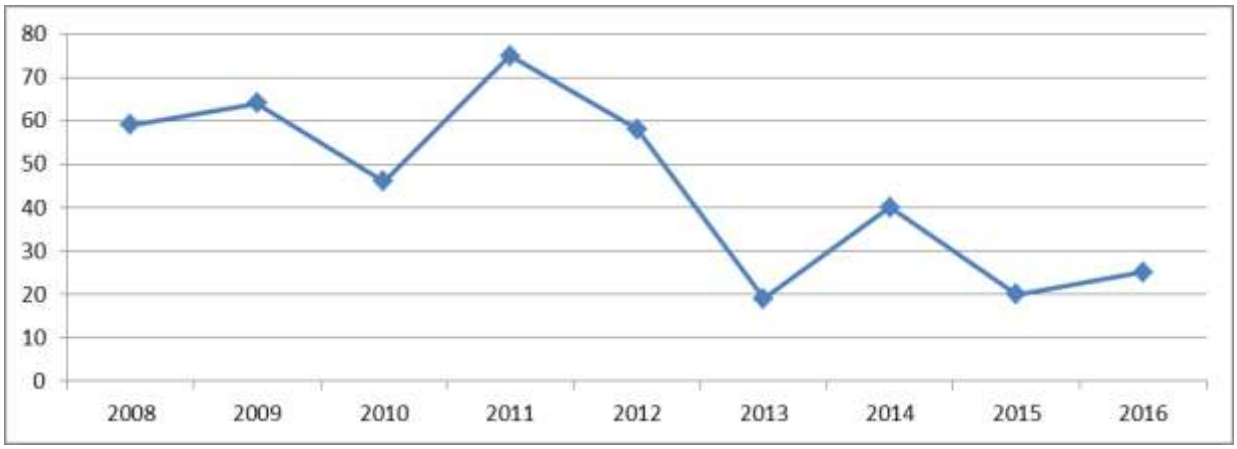
Tabela 14 – Número de casos de neoplasias malignas mais frequentes em Barreiras, 2008-2016.

Lista Morb CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
.. Neoplasia maligna da próstata	3	5	17	25	25	5	12	8	2	102
.. Neoplasia maligna do encéfalo	4	4	9	11	9	3	6	3	6	55
.. Neoplasia maligna do colo do útero	8	24	7	9	-	1	-	1	-	50
.. Neopl benig encéfalo e outr part sist nerv cent	-	1	1	2	11	8	4	4	3	34
.. Neoplasia maligna da mama	5	14	-	5	1	-	-	1	-	26

Fonte: SIH/SUS/ Ministério da Saúde

Quanto ao risco de adoecimento por neoplasias malignas, a série histórica revela tendência crescente no município entre 2008 e 2009 com um declínio entre 2010. Pode-se observar que a taxa aumentou em 2011 e teve uma redução acentuada em 2013. De 2014 oscilou com a queda e uma discreta elevação na taxa de internação. (Gráfico 04).

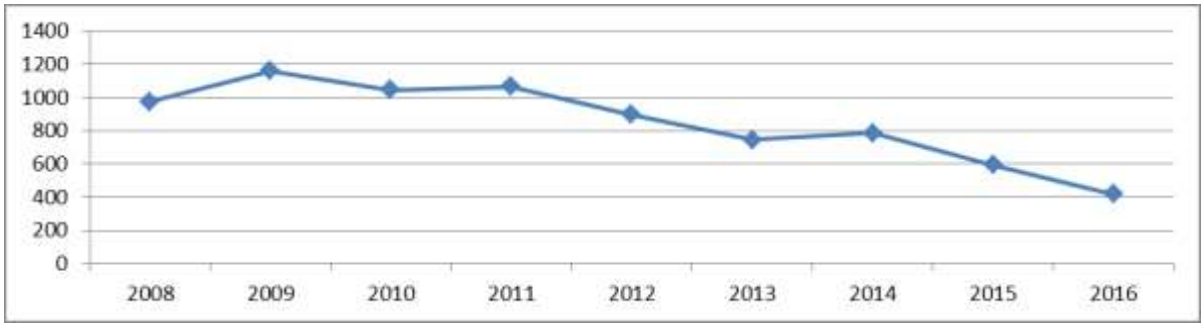
Gráfico 04- Taxa de Internação Hospitalar por neoplasias malignas. Barreiras, 2008-2016.



Fonte: SIH/SUS/ Ministério da Saúde

Para as doenças do aparelho respiratório, as pneumonias entre os anos de 2008 e 2016 apresentaram um declínio nos números de internação durante a serie histórica (Gráfico 05)

Gráfico 05 – Número de internação hospitalar por pneumonias, 2008-2016.



Fonte: SIH/SUS/ Ministério da Saúde

Durante o período de 2008 a 2016, as internações por gravidez, parto e puerpério responderam por 31,5% das internações hospitalares, sendo o parto único 97,92% dos casos. Quanto ao tipo de parto 51,18% foram partos cesáreos e 48,82% foram partos vaginais (Tabelas 04 e 05).

Tabela 15 - Frequência por ano do nascimento segundo o tipo de parto em Barreiras, 2008-2016.

Tipo de Parto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Vaginal	1.501	1.534	1.367	1.305	1.086	1.118	1.148	1.144	1.087	11.290
Cesário	994	1.060	1.206	1.421	1.373	1.416	1.522	1.451	1.393	11.836
TOTAL	2.495	2.594	2.573	2.726	2.459	2.534	2.670	2.595	2.480	23.126

Fonte: SINASC/VIEP

Tabela 16 - Frequência por ano do nascimento segundo o tipo de gravidez, Barreiras, 2008-2016.

Tipo de Gravidez	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Única	2.455	2.551	2.507	2.656	2.401	2.468	2.642	2.552	2.425	22.657
Dupla	42	45	65	66	58	69	33	40	54	472
Tripla e+	-	3	-	3	-	-	-	3	-	9
TOTAL	2.497	2.599	2.572	2.725	2.459	2.537	2.675	2.595	2.479	23.138

Fonte: SINASC/VIEP

5.3 Doenças Transmissíveis

As afecções inflamatórias da vagina e da vulva, candidíase, tricomoníase e a síndrome do corrimento cervical foram as doenças de maior notificação compulsória, no município de Barreiras, no período de 2008 a 2016. Na análise por ciclo de vida na faixa etária de 0 a 9 anos o atendimento antirrábico humano (25,11%) foi predominante. Já na faixa etária de 10 a 59 anos o maior número de casos notificados foi de foi afecções inflamatórias da vagina e da vulva (30,53%). A dengue aparece com maior frequência na faixa etária acima dos 60 anos (18,15%) agravando os casos, uma vez que para os idosos é maior o risco de complicações decorrentes da dengue (Tabela e gráfico 06).

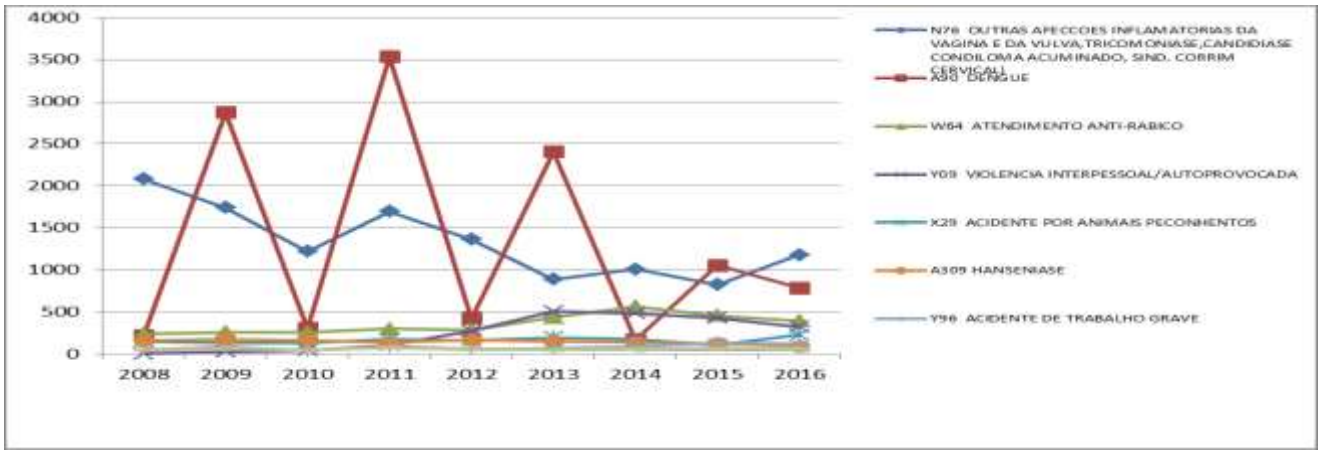
Tabela 17 - Número de casos notificados das doenças transmissíveis mais prevalentes por ciclo de vida. Barreiras 2008 -2016.

Agravos notificados	0-9	10 a 29	30 a 59	60 +	TOTAL
Total	3205	17626	20259	1994	43084
Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva, candidíase, tricomoníase, síndrome do corrimento cervical	62	4939	6631	354	11986
Dengue	754	3264	2539	362	6919
Atendimento antirrábico	805	1027	1073	283	3188
Violência interpessoal/autoprovocada	75	1044	1008	59	2186
Acidente por animais peçonhentos	188	501	626	131	1446
Hanseníase	28	302	763	198	1291

Acidente de trabalho grave	6	225	426	34	691
Condiloma acuminado (verrugas anogenitais)	3	373	228	15	619
Hepatites virais	54	146	273	49	522
Tuberculose	4	90	266	160	520

Fonte: SINAN/VIEP

Gráfico 06 - Número de casos notificados das doenças transmissíveis mais prevalentes no município de Barreiras, 2008 -2016



Fonte: SINAN/VIEP

5.4 TUBERCULOSE E HANSENÍASE

Analisando os casos de tuberculose observa-se um percentual de cura de 94,59% no ano de 2012 e um aumento no percentual de abandono de 13,79% no ano de 2013. Em relação aos casos de hanseníase vê-se um percentual de cura no ano de 2013 de 98,4% e no ano de 2011 um percentual de abandono de 5,1%.

Tabela 18 – Coorte de Tuberculose e Hanseníase do município de Barreiras no período de 2008-2016.

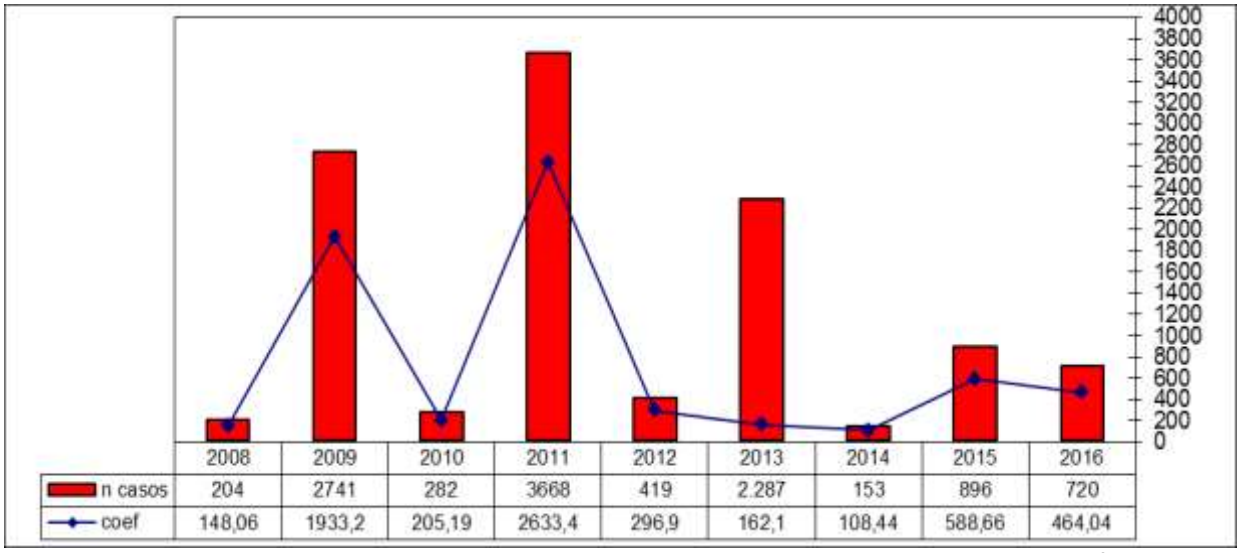
	Tuberculose						Hanseníase				
Ano	**Cura**	**% Cura**	**Abandono**	**% Abandono**	**Óbito por tb**	**Total**	**Cura**	**% Cura**	**Abandono**	**% Abandono**	**Total**
2016	34	79,06	0	0,00	1	21	78	97,5	1	1,2	82
2015	44	81,48	2	3,70	5	21	94	91,3	2	1,9	104
2014	29	74,36	0	0,00	4	21	126	94,00	0	0,00	135
2013	23	79,31	4	13,79	0	17	63	98,4	0	0	65
2012	35	94,59	1	2,70	1	16	119	91,5	2	1,5	134
2011	11	84.62	0	0,00	0	10	108	92,3	6	5,1	118
2010	29	87,88	2	6,06	0	24	115	90,6	3	2,4	134
2009	27	87,10	0	0,00	2	23	130	92,2	4	2,8	143
2008	25	80,65	4	12,90	0	23	123	91,8	6	4,5	135

Fonte: SINAN/VIEP

5.5 DENGUE

A evolução da doença demonstrou tendência decrescente do número de casos e do risco de adoecer por dengue a partir de 2013. Nos anos posteriores observou-se um aumento e redução de casos notificados até 2014. Entre os anos 2015 e 2016 as taxas permaneceram equiparadas (Gráfico 07).

Gráfico 07– Numero de casos e coeficiente de incidência da dengue. Barreiras-Ba, 2008-2016.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
n casos	204	2741	282	3668	419	2.287	153	896	720
coef	148,06	1933,2	205,19	2633,4	296,9	162,1	108,44	588,66	464,04

Fonte: SINAN/VIEP

No município de Barreiras os três vírus transmitidos pelo mesmo vetor Aedes aegypti, estão circulando ao mesmo tempo.

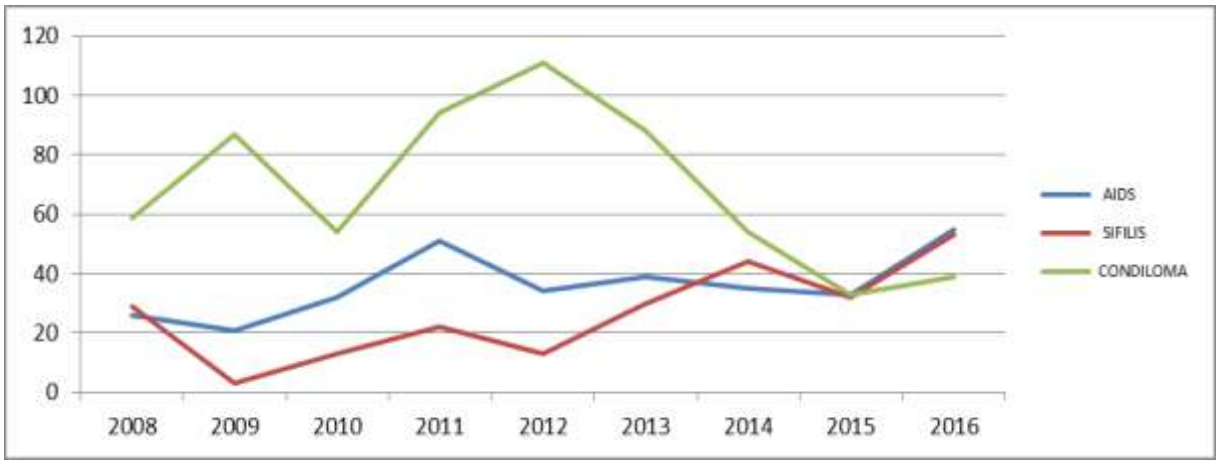
O vírus da chikungunya foi introduzido em 2015 com um caso notificado e no mesmo período foram notificados 896 casos de dengue. Em 2016 começou a circular o Zika vírus com 122 casos, e concomitantemente 27 casos de Chikungunya e 720 casos de Dengue, colocando a saúde pública em alerta para riscos que as arboviroses podem trazer.

5.6 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Quanto às notificações relacionadas às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), os indivíduos adultos constituem o segmento mais atingido, com intensidade similar com que ocorrem. Em relação as Aids e Sífilis verifica-se um declínio nos primeiros anos seguido de um aumento até 2011. Nos anos posteriores observa-se redução e aumento de casos alternadamente.

Já para o condiloma acuminado a exceção dos anos de 2011 a 2013 onde ocorreram número de casos mais elevados, verificou-se oscilação entre aumento e declínio no número de casos notificados (Gráfico 08)

Gráfico 08 - Número de caos de AIDS, Sífilis e Condiloma Acuminado em indivíduos de 20 a 49 anos de idade. Barreiras -Ba, 2008- 2016.

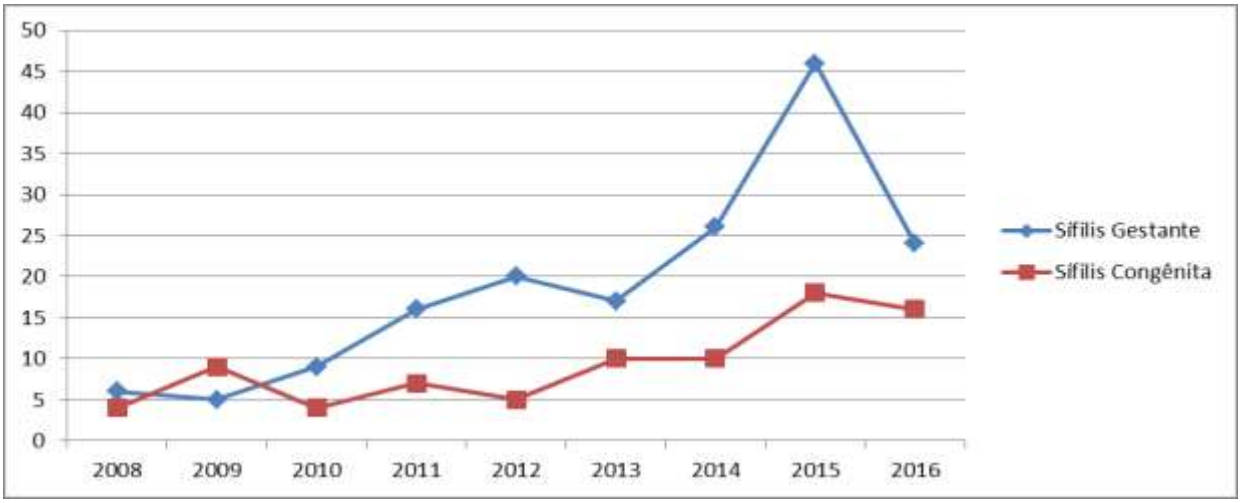


Fonte: SINAN/VIEP

Em relação à sífilis em gestante verificou-se tendência de aumento no número de casos com risco sete vezes maior de adoecimento entre 2008 e 2015, a partir de quando se inicia um declínio.

Observou-se que o número de casos notificados de sífilis congênita apresentou um padrão irregular até 2012, quando iniciou um aumento dos números registrados até 2015 voltando a reduzir entre 2015 e 2016 (Gráfico 09).

Gráfico 09 - Número de casos de sífilis em gestantes. Barreiras-BA, 2008- 2016.



Fonte: SINAN/VIEP

5.7 MORTALIDADE

O perfil epidemiológico de morbimortalidade em Barreiras, no período de 2008 a 2016, demonstra que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e as causas externas estão entre as principais causas de morte, levando a ocorrência de óbitos precoces, perda da qualidade de vida, perdas econômicas e sociais.

5.7.1 Mortalidade Geral

Durante os anos de 2008 e 2016 observou-se tendência ascendente da mortalidade no Município de Barreiras e verificou-se que a maior causa de óbitos no período de 2008 -2016 foi decorrente das doenças do aparelho circulatório (22,58%), seguido das causas externas (19,36%), doenças do aparelho respiratório (10,69%), neoplasias (9,82%), afecções originadas no período perinatal (7,24%), doenças infecciosas e parasitárias (6,65%) e pelas causas mal definidas (5,73%). Nas neoplasias houve um aumento no número de óbitos no ano de 2012, bem como um aumento significativo das doenças do aparelho circulatório no ano de 2009 permanecendo nos anos posteriores como maior causa básica dos óbitos dos residentes em Barreiras (Tabela 10).

Tabela 19 - Frequência por ano do óbito segundo a causa, Barreiras 2008 - 2016.

Causa (Cap. CID 10)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
I. Algumas doenças	37	42	46	35	36	53	53	53	52	407
II. Neoplasias	41	52	57	56	66	82	80	84	83	601
III. Doenças sangue	1	8	1	6	1	2	3	2	2	26
IV. Doenças	13	31	31	32	28	44	41	30	24	274
V. Transtornos	2	10	9	9	9	12	9	17	10	87
VI. Doenças do	4	14	12	16	5	14	8	14	9	96
VII. Doenças do olho e	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII.Doenças do	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IX. Doenças do	89	148	169	151	190	174	165	148	147	1.381

X. Doenças do	35	65	66	65	55	111	77	96	84	654
XI. Doenças do	26	21	40	43	30	31	40	39	33	303
XII. Doenças da pele e	-	1	-	1	2	4	2	2	2	14
XIII.Doenças sist	1	3	2	2	4	2	-	3	2	19
XIV. Doenças do	3	14	14	10	13	16	29	40	36	175
XV. Gravidez parto e	-	1	-	2	1	-	4	3	-	11
XVI. Algumas afec	38	39	53	54	44	59	55	57	44	443
XVII.Malf cong	3	14	6	7	11	8	17	14	9	89
XVIII.Sint sinais e	176	47	24	41	23	6	8	19	7	351
XIX. Lesões enven e	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XX. Causas externas	76	100	111	130	161	156	159	149	142	1.184
XXI. Contatos com	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	545	610	641	660	679	774	750	770	686	6.115

Fonte: SINAN/VIEP

No período de 2008 a 2009 a taxa de mortalidade infantil de Barreiras registrou um aumento, seguido de declínio até 2014, quando as taxas novamente elevaram-se. A partir de 2015 houve novamente uma redução. O período neonatal precoce (0-6 dias) foi a faixa etária predominante do número de casos de mortalidade infantil (Tabela 11).

Tabela 20 - Taxa de mortalidade infantil por faixa etária. Barreiras, 2008-2017.

Ano do óbito	0 a 6 dias	Taxa	7 a 27 dias	Taxa	28 a 364 dias	Taxa	TOTAL
2008	15	5,95%	5	1,98%	8	3,17%	28
2009	18	6,87%	4	1,52%	26	9,92%	48
2010	24	9,25%	6	2,31%	12	4,62%	42
2011	20	7,25%	6	2,17%	13	4,71%	39
2012	19	7,60%	8	3,20%	7	2,80%	34
2013	22	8,44%	6	2,30%	11	4,22%	39
2014	25	9,11%	9	3,27%	6	2,18%	40
2015	27	10,1%	6	2,26%	13	4,90%	46

2016	21	8,17%	7	2,72%	8	3,11%	36
2017	19	8,22%	3	1,29%	11	4,76%	33
TOTAL	210		60		115		385

Fonte: SINAN/VIEP

A Vigilância de óbitos compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida a proposição de medidas de prevenção e controle.

Para incorporar o uso da informação na adoção de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis, por meio da melhoria da assistência. As ações de vigilância (identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos) devem ser implementadas. É fundamental: aumentar a quantidade de notificações de nascimentos e óbitos que são captados nos Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos e sobre Mortalidade do Ministério da Saúde em até pelo menos 90% dos nascimentos e óbitos estimados; vigiar todos os óbitos segundo os critérios definidos e melhorar a qualidade das informações prestadas (inclusive sobre a causa da morte).

As informações coletadas no SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade é cada vez mais confiáveis, assim como o cruzamento destes com o SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.

Nos últimos anos vem sendo aprimoradas, com recepção e digitação das Declarações de Óbito (DO) e Nascidos vivos (DNV) em tempo oportuno, aliada ao início das investigações dos óbitos em tempo hábil, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde; redução dos óbitos com causa mal definida registrada na DO em todas as faixas etárias, devido à metodologia da investigação domiciliar (entrevista com familiares para preenchimento de questionários), hospitalar e ambulatorial do óbito. Importante salientar que a parceria efetiva com o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE - Hospital do Oeste) possibilitou a melhoria da investigação pelo acesso aos dados, direcionando a investigação da causa/óbito em tempo hábil, no âmbito de serviços de saúde.

No ano de 2016 registrou-se a ocorrência de 2.569 nascidos vivos para um total de 739 óbitos, residentes de Barreiras. Em 2017, até o mês de Setembro (última atualização em 26/09/17) foram quantificados 1.895 nascidos vivos e 419 óbitos.

A série histórica abaixo (Tabela 12) possibilita analisar e acompanhar a situação epidemiológica das estatísticas vitais no município em 16 anos,

traçando um comparativo entre o número de nascidos vivos, o número total de óbitos e o número de óbitos infantis.

Tabela 21 - Série histórica – Mortalidade x Nascidos Vivos, 2001-2017

Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de Nascidos vivos	2989	2213	2491	2476	2791	2683	1990	2514	2613	2593	2756	2498	2606	2743	2649	2569	1895
Nº de Óbitos Infantis*	77	74	53	57	51	62	40	28	48	41	40	33	39	40	45	36	20
Nº Total de Óbitos	451	526	495	419	361	236	286	545	610	641	660	680	774	750	771	739	419

Fonte: DATASUS/TABNET/SIM

*Óbitos infantis até 01 ano.

A taxa de mortalidade fetal (TMF) é considerada um dos melhores indicadores de qualidade de assistência prestada à gestante e ao parto. O pré-natal deve priorizar mulheres mais vulneráveis socialmente, ou sua história reprodutiva e morbidades, a fim de diminuir a taxa de mortalidade fetal. Para a identificação do óbito fetal é necessário a qualificação do preenchimento da declaração de óbito e crescente avanço no processo.

Na tabela 13 verificamos a crescente ocorrência dos óbitos fetais.

Tabela 22- Série histórica – Taxa de Mortalidade Fetal , 2001-2017

Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de Óbitos Fetais	25	39	21	30	25	31	15	21	20	28	32	25	36	31	31	22	17
Taxa de Mortalidade fetal	8,36	17,62	8,43	12,11	8,95	11,55	7,53	8,35	7,65	10,79	11,61	10	13,81	11,3	11,7	8,56	8,97

Fonte: DATASUS/TABNET/SIM

A mortalidade fetal partilha com a mortalidade neonatal precoce as mesmas circunstâncias e etiologia que influenciam o resultado para o feto no final da gestação e para a criança nas primeiras horas e dias de vida. Os óbitos fetais são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação, independente de sua duração, ou até 42 dias após seu término, em virtude de qualquer causa relacionada com ou agravada pela própria gravidez ou por medidas a ela relacionadas. A taxa da mortalidade materna (TMM) estima a frequência de óbitos femininos ocorridos no período supracitado.

As principais causas de óbitos maternos obstétricos registrados no município foram:

· Infecção puerperal de origem cirúrgica e geniturinária; Hemorragias (pós parto, deficiência de coagulação; Descolamento prematuro de placenta; Síndromes Hipertensivas - **Causas Obstétricas Diretas.**

· Doenças do aparelho circulatório e digestivo complicadas pela gravidez, parto e puerpério (afecções) - **Causas Obstétricas Indiretas.**

A morte materna indica as condições de saúde de uma população e o compromisso que a sociedade tem com a garantia dos direitos das mulheres.

Para evitabilidade da morte materna é preciso garantir o acesso universal a informações, ações e serviços de saúde, sobretudo no campo da saúde sexual e reprodutiva, refletindo diretamente nos Indicadores de Saúde da Mulher.

A investigação do óbito de mulher em idade fértil (MIF-10 a 49 anos de idade) representa a primeira etapa no processo de investigação da morte materna. E a melhoria no processo de investigação, permite a confirmação ou não destes óbitos e é fundamental para diminuição da subnotificação.

Tabela 23 - Série histórica – Número de Óbitos em MIF e Maternos, 2008-2017.

Ano do Óbito	Óbitos de Mulher em Idade Fértil (MIF)	Óbitos Maternos	Taxa de Mortalidade Materna
2008	51	-	*
2009	47	1	38,3
2010	45	-	*
2011	45	2	72,6
2012	58	1	40,0
2013	50	-	*
2014	56	4	146,0
2015	52	1	75,5
2016	54	-	*
2017	26	-	*
Total	**672**	**22**	

Fonte: DATASUS/TABNET/SIM/SINASC

A Assistência à Saúde da mulher, no município de Barreiras apresentou avanços, os quais implicaram diretamente na diminuição da TMM, como: aumento no número de Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas (37 unidades); suporte laboratorial com realização de testes sorológicos (Teste da Mamãe) e testes rápidos (Sífilis, HIV) e exames laboratoriais do pré-natal, assim como realização de Ultrassonografias Obstétrica e Morfológica; sensibilização das equipes de saúde e destas com as gestantes (ESF e UBS); comparecimento das gestantes aos atendimentos, conforme preconizado pelo Ministério da

Saúde; encaminhamento oportuno das gestantes de risco aos serviços especializados; melhoria da Assistência à gestação, parto, puerpério e ao recém-nascido.

Mesmo com melhoria da cobertura do pré-natal e captação precoce da gestante, há evidências de que a qualidade da atenção deve ser melhorada devido: a incidência da sífilis congênita e em gestante; número elevado de partos prematuros; infecção do trato urinário em gestante levando ao parto prematuro, sepse neonatal e morte intrauterina; gestação prolongada levando ao sofrimento fetal; número alto de gestações não planejadas; baixo nível de escolaridade; a manutenção das síndromes hipertensivas como uma das principais causas de morte materna e a alta rotatividade de profissionais de saúde na Rede de Assistência.

Tabela 24 - Série histórica – Número de Óbitos em MIF e Maternos, 2001-2016

ANO	Taxa de Natalidade (%)	Taxa de Mortalidade geral (%)	Taxa de mortalidade Infantil (%)	Taxa de mortalidade Materna (%)
2016	16,51	4,75	14,01	0
2017	12,18	2,69	10,55	0

Fonte: DATASUS/TABNET/SIM/SINASC

5.7.2 Câmara Técnica de Prevenção e Investigação de Óbitos Infantil, Fetal, Mulheres em Idade Fértil e Materno

A Câmara Técnica de Prevenção e Investigação de Óbitos Infantil, Fetal, Mulheres em Idade Fértil e Materno do município de Barreiras-BA tem caráter eminentemente técnico, multiprofissional, congregando representantes do Sistema de Saúde local publicados em Diário Oficial, com o objetivo de analisar as circunstâncias da ocorrência dos óbitos infantis, fetais, MIF e maternos, identificar fatores determinantes e condicionantes da mortalidade e propor medidas que visem à melhoria da qualidade da assistência à saúde para redução da mortalidade materno-fetal e infantil.

A partir de reuniões ocorridas mensalmente, e reuniões extraordinárias

quando necessário, os membros da Câmara Técnica analisam os óbitos fetais e materno-infantis dos residentes em Barreiras.

Importância das ações da câmara técnica:

- Redução dos óbitos evitáveis possibilitando identificar fragilidades no processo de trabalho e organização dos serviços, promover discussões, reavaliações e reorganização da atenção (fluxo e processos da assistência).
- Conhecer o número e o perfil dos óbitos e potencial de evitabilidade dando visibilidade ao problema.
- Sinalização e prevenção de intercorrências gestacionais.
- Melhoria da Assistência à gestação, parto, puerpério e recém-nascido.
- Adequação da qualidade de informação.
- Conhecimento dos Índices epidemiológicos do município.
- Monitoramento de determinantes sociais.

Dentre as principais causas de óbitos fetais, infantis e maternos evitáveis registrados estão:

- **Fetal e Infantil:** Sífilis em gestante; Sífilis congênita; Afecções infantis/fetais associadas à infecção do trato urinário materno; Transtornos hipertensivos maternos afetando feto e RN (Pré-eclâmpsia, Doença Hipertensiva Específica da Gravidez); Complicações da placenta, cordão umbilical e membranas afetando feto e RN (prolapso de cordão, descolamento prematuro de placenta, amniorrexe prematuro, corioamnionite); Pneumonia e outras doenças pulmonares; Prematuridade (baixo peso ao nascer, nativivo prematuro extremo), Sepse neonatal e Hipóxia/Anóxia (infecções e afecções gestacionais e perinatais, práticas na assistência ao parto, sofrimento fetal associado à gestação prolongada).
- **Materno**: Transtornos hipertensivos; Hemorragias; Infecção puerperal; Doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez.

6. SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria Municipal da Saúde de Barreiras foi instituída através da Lei Municipal nº 409, O Conselho Municipal de Saúde de Barreiras é um órgão deliberativo e fiscalizador, criado pela Lei Municipal nº 188 de 02 de junho de 1993.

Possui a seguinte composição:

I. Governo,
II. Prestadores de serviços públicos e privados,
III. Trabalhadores de saúde
IV. Usuários

O Fundo Municipal de Saúde foi cadastrado em 30/04/1998 junto ao Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica sob nº de inscrição 08.595.187/0001-25 atendendo prerrogativas do Ministério da Saúde.

6.1 Organograma da Secretaria Municipal da Saúde

O Organograma organizacional e administrativo atual da Secretaria Municipal da Saúde de Barreiras foi publicado através do Projeto de Lei nº 001/2017 de 14 de fevereiro de 2017.

ESTRUTURA BÁSICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

I – Órgão Colegiado:

a) Conselho Municipal de Saúde

II – Secretaria Municipal de Saúde:

a) Secretária de Saúde;
b) Subsecretária de Saúde;
c) Assessoria de Secretário;
d) Assessoria Jurídica;
e) Secretária Administrativa;
f) Assistência de Gabinete;

III – Órgão da Administração Direta:

a) Assessoria:

1.1 Assessoria Especial;

1.2 Assessoria Técnica;

b) Auditoria;

1. Coordenadoria Especial;

c) Ouvidoria;

1. Coordenadoria Especial;

d) Regulação, Controle e Avaliação:

1.1 Diretoria de Regulação;

1.2 Assessoria de Informação em Saúde;

1.3 Médico Regulador;

e) Comunicação:

1. Coordenadoria de Comunicação;

f) Recepção:

1. Secretária Administrativa;

g) Contabilidade:

1. Diretoria de Contabilidade;

h) Financeiro:

1. Gestão de Fundo;

i) Diretoria de Vigilância e Proteção à Saúde:

1. Coordenadoria de Vigilância Sanitária;
2. Coordenadoria de Vigilância Ambiental;
3. Coordenadoria de Zoonoses e Endemias;
4. Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica;
5. Coordenadoria de Vigilância da Saúde do Trabalhador;

j) Departamento de Atenção à Saúde:

1. Coordenadoria de Atenção à Saúde/Zoonoses;
2. Coordenadoria de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade e Autorização de Internamento Hospitalar;
3. Coordenadoria de Serviço de Atenção Domiciliar;
4. Coordenadoria do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
5. Diretoria de Odontologia;
6. Diretoria de Atenção Básica:

   6.1 Subdiretoria de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família;
7. Coordenadoria de Unidade Móvel de Saúde;
8. Coordenadoria de Tratamento Fora do Domicílio;

9. Coordenadoria da Central de Abastecimento Farmacêutico;
   9.1 Subcoordenadoria de Assistência Farmacêutica;
10. Coordenadoria de Nutrição;

l) Recursos Humanos:

1. Coordenadoria de Recursos Humanos

m) Logística:

1. Coordenadoria de Logística;
2. Subcoordenadoria de Logítica;
3. Assessor Técnico de Logística;

n) Compras:

1. Coordenadoria de Compras;

o) Transporte

1. Coordenadoria de Transportes;
2. Subcoordenadoria de Transportes

p) Unidades de Saúde:

1. Hospital M. Eurico Dutra;

1.1 Diretoria Médica;

1.2 Diretoria Administrativa;

1.3 Vice-Diretoria Administrativa;

1.4 Coordenadoria do Posto de Saúde;

1.5 Coordenadoria de Enfermagem;

1.6 Coordenadoria de Centro Cirúrgico e CME;

1.7 Coordenadoria de Farmácia;

1.8 Coordenadoria da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e **Vigilância Epidemiológia;**

1.9 Subcoordenadoria de Recursos Humanos;

1.10 Subcoordenadoria de Faturamento e Serviços de Arquivo Médico e **Arquivo;**

1.11 Subcoordenadoria de Arquivo;

1.12 Subcoordenadoria de Higienização e Lavanderia;

1.13 Subcoordenadoria de Almoxarifado;

2. Hospital Maternidade:

2.1 Diretoria Médica;

2.2 Diretoria Administrativa;

2.3 Secretaria Administrativa;

2.4 Coordenadoria de Enfermagem;

2.5 Coordenadoria de Centro Cirúrgico e CME;

2.6 Coordenadoria de Farmácia;

2.7 Coordenadoria da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Vigilancia Epidemiológica

2.8 Coordenadoria de Fonoaudiologia;

2.9 Subcoordenadoria de Recursos Humanos

2.10 Subcoordenadoria de Faturamento e Serviço Médico e Arquivo;

2.11 Subcoordenadoria de Arquivo;

2.12 Subcoordenadoria de Higienização e Lavanderia;

2.13 Subcoordenadoria de Almoxarifado;

3. **Centro Municipal de Saúde Leonídia Ayres de Almeida**:

3.1 Diretoria Especial Administrativa;

3.2 Coordenadoria CT/SAE;

3.3 Subcoordenadoria;

3.4 Assessoria de Laboratório;

3.5 Subcoordenadoria de Procedimentos;

3.6 Subcoordenadoria de Higienização;

4. UBS/PSF:

4.1 31 Equipes Básicas de Saúde e Saúde da Família

5. SAMU:

5.1 Coordenadoria de Saúde Regional;

5.2 Coordenadoria de Enfermagem;

5.3 Coordenadoria Médica;

6. Unidade de Pronto Atendimento – UPA

6.1 Coordenadoria da UPA;

6.2 Coordenadoria Médica;

7. COPIM:

7.1 Coordenação de Vacina;

8. Almoxarifado:

8.1 Coordenadoria de Almoxarifado;

9. **Farmácia Popular**:

9.1 Coordenadoria de Farmácia Popular;

10. Centro de Saúde da Criança Emilly Raquel:

10.1 Coordenadoria do Centro de Saúde da Criança Emilly Raquel;

10.2 Subcoordenadoria do Centro de Saúde da Criança Emilly Raquel

11. Centro de Atendimento à Mulher (CAM):

11.1 Coordenadoria do CAM;

12. **Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiências do Oeste da Bahia (CEPROESTE**);

12.1 Coordenadoria do CEPROESTE;

13. Saúde Mental

13.1 Coordenadoria de Saúde Mental;

13.2 Coordenadoria do CAPS

ÓRGÃOS VINCULADOS

Conselho Municipal da Saúde

7. OUVIDORIA

A Ouvidoria do SUS constitui-se num espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativos aos serviços prestados. Visa fortalecer os mecanismos da participação social e qualificar a gestão participativa do Sistema Único de Saúde.

Foi criada através do Decreto nº 16. 200/13 está estruturada e articulada nas três esferas de governo:

*Esfera Federal - telefone 136/(61)3315-2425;

*Esfera Estadual (BA) - telefone 08002840011/(77)3612-6702;

*Esfera Municipal – telefone (77)3613-8305/8306/8307

7.1 Objetivos da Ouvidoria

- Receber as denúncias, sugestões, agradecimentos e elogios e encaminhar para os Serviços de Saúde e dar retorno ao solicitante;

• Viabilizar e disponibilizar informações referentes fluxos e funcionamento dos serviços, de saúde da rede pública municipal;

• Servir de interlocução com as demais ouvidorias das esferas Estadual e Federal;

• Constituir - se em uma ferramenta de avaliação continuada da qualidade de ações e serviços prestados na rede do Sistema Único de Saúde;

• Subsidiar ao Gestor na tomada de decisões e na formulação das políticas públicas de saúde.

8. GESTÃO DE PESSOAS

A Secretaria da Saúde de Barreiras agrega o Setor de Recursos Humanos em Saúde, o qual é responsável por:

- Planejar, executar, coordenar e controlar as atividades relativas à Administração de Pessoal, aplicando a legislação vigente.
- Executar e controlar as atividades relativas ao cadastro e registro da vida funcional dos servidores.
- Executar o controle sistêmico e supervisionar as operações de processamento de dados para a elaboração da Folha de Pagamento dos servidores.
- Aplicar o cumprimento da legislação de pessoal.
- Atualizar do arquivo de dados funcionais e pessoais do quadro de pessoal da Secretaria Municipal da Saúde.
- Movimentar pessoal por meio de relotação e transferências;
- Participar no recrutamento e seleção, através de Concursos Públicos e/ou Processos Seletivos;
- Manter espaço de escuta para mediação/negociação com os profissionais em relação aos processos de trabalho;
- Participar do planejamento estratégico da SMS, identificando necessidades e propondo melhorias no trabalho;
- Realizar mapeamento contínuo dos recursos humanos, através de instrumento gerencial que identifica, dá visibilidade para a área de RH e

rede de serviços, objetivando seu dimensionamento e qualificação da organização do trabalho;

- Formar equipe multidisciplinar para monitoramento, assessoria e apoio aos gestores da rede de serviços;
- Implantar de processos seletivos internos para avaliação de perfil e competências dos profissionais, objetivando atender as necessidades específicas da rede;
- Ampliar benefícios aos trabalhadores da saúde, através da participação de profissional de RH na elaboração de Programas de Qualidade de Vida, em parceria com a Secretaria da Administração (SAD)

Tabela 25. Profissionais com vínculos de trabalho Desprecarizados/ Estatutário

PROFISSIONAIS COM VÍNCULOS DE TRABALHO DESPRECARIZADOS REGIME ESTATUTÁRIO		
CATEGORIA	**QUANTIDADE**	**TOTAL**
Médicos	59	59
Enfermeiros	64	64
Odontólogos	33	33
Fisioterapeutas	05	05
Farmacêuticos	09	09
Psicólogos	04	04
Médicos Veterinários	04	04
Fonoaudiólogos	04	04
Nutricionistas	10	10
Terapeuta Ocupacional	04	04
Assistente Social	07	07
Técnico de Enfermagem	136	136
Auxiliar de Enfermagem	43	43
Assistente Administrativo	65	65
Agente Comunitário de Saúde	272	272
Agente de Combate às	48	48

Endemias		
Auxiliar de Serviços Gerais	50	50
Auxiliar de Laboratório	08	08
Técnico em Laboratório	06	06
Motorista	34	34
Técnico em Radiologia	15	15
Inspetor de Saneamento	07	07
Telefonista	08	08
Auxiliar de Consultório Dentário	28	28
Auxiliar de Manutenção e Reparo	02	02
TOTAL GERAL		**925**

Tabela 26. Profissionais com vínculos de trabalho Desprecarizados/ Temporario

PROFISSIONAIS CONTRATADOS TEMPORARIAMENTE (PROCESSO SELETIVO 2017) REGIME ESTATUTÁRIO		
CATEGORIA	**QUANTIDADE**	**TOTAL**
Assistente Administrativo	105	105
Assistente Adm. – Pessoa com Deficiência	02	02
Agente de Combate às Endemias	69	69
Auxiliar de Manutenção e Reparos	01	01
Auxiliar de Serviços Gerais	51	51
Auxiliar de Consultório Dentário	09	09
Técnico de Enfermagem (40h)	17	17
Técnico em Radiologia	02	02
Oficineiro	01	01
Recepcionista	12	12
Técnico Auxiliar em Regulação Médica	06	06

Técnico de Enfermagem (30h)	26	26
Técnico em Segurança do Trabalho (30h)	01	01
Telefonista	02	02
Motorista	05	05
Educador Físico	02	02
Assistente Social	03	03
Psicólogo	05	05
Enfermeiro (30h)	29	29
Enfermeiro (40h)	29	29
Enfermeira A.B.(40h) Pessoa com Defic.	02	02
Farmacêutico	05	05
Fisioterapeuta	08	08
Fonoaudiólogo	01	01
Médico Veterinário	02	02
Musicoterapeuta	01	01
Nutricionista	03	03
Odontólogo	04	04
TOTAL GERAL		**403**

Tabela 27. Profissionais Cooperados

PROFISSIONAIS COOPERADOS		
CATEGORIA	**QUANTIDADE**	**TOTAL**
Médicos	141	141
Enfermeiros	48	48
Farmacêutico	01	01
Fisioterapeuta	10	10
Fonoaudiólogo	01	01
Nutricionista	01	01
Odontólogo	10	10
Psicólogo	03	03
Terapeuta Ocupacional	02	02
Educador Físico	01	01

Assistente Social	03	03
Auxiliar de Consultório Dentário	01	01
Agente Administrativo	01	01
Assistente Administrativo	02	02
Condutor Socorrista	02	02
Técnico de Enfermagem	72	72
TOTAL GERAL		299

9. ESTRUTURA DA SAÚDE

Em Barreiras o acesso aos serviços de saúde no âmbito do SUS ocorre a partir das Unidades Básicas de Saúde e dos Serviços de Urgência e Emergência perpassando pelo Complexo Regulador com as suas duas centrais: Central de Regulação Ambulatorial – CRA e Central de Regulação de Urgência – SAMU. Conta com 02 hospitais, sendo 01 municipal e 01 estadual terceirizado conveniado com o SUS.

Barreiras é referência em atendimento para 37 municípios da Macrorregião Oeste. São ofertados para região atendimentos nas seguintes áreas:

- Cardiologia adulta;
- Cirurgia vascular e endovascular;
- Nefrologia, tratamento renal substitutivo;
- Traumatologia e Ortopedia;
- Infectologia: doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, hepatites virais;
- Serviços de reabilitação física, auditiva e deformidades lábio palatal;
- Pré-natal e parto de alto risco e risco habitual;
- Internação psiquiátrica;
- Saúde do Trabalhador - CEREST Regional;

9.1 Auditoria

Tem por missão promover as condições necessárias ao atendimento das necessidades de saúde do usuário nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade tanto ambulatorial e hospitalar, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, competindo-lhe:

- Aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder ao levantamento de dados que permitam conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde;
- Avaliar os elementos componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos através da detecção de desvios dos padrões estabelecidos;
- Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando a melhoria progressiva da assistência à saúde;
- Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e para a satisfação do usuário.

O cumprimento de suas finalidades far-se-á através do desenvolvimento de atividades de auditoria de gestão, analítica e operativa, objetivando:

- Determinar conformidade dos elementos de um sistema ou serviço, verificando o cumprimento das normas e requisitos estabelecidos;
- Levantar subsídios para análise crítica da eficácia do sistema ou serviço e seus objetivos;
- Verificar a adequação, legalidade, legitimidade, eficiência, eficácia e resolutividade dos serviços de saúde e a aplicação dos recursos da União repassados ao município;
- Aferir a qualidade da assistência à saúde prestada e seus resultados, bem como apresentar sugestões para o seu aprimoramento;
- Aferir grau de execução das ações de atenção à saúde, programas, contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres;

- Verificar o cumprimento da Legislação Federal, Estadual, Municipal e normatização específica do setor saúde;
- Observar o cumprimento pelos órgãos e entidades dos princípios fundamentais de planejamento, coordenação, regulação, avaliação e controle;
- Apurar o nível de desenvolvimento das atividades de atenção à saúde, desenvolvidas pelas Unidades Prestadoras de Serviços ao SUS e pela Rede Própria de Serviços;
- Prover ao auditado oportunidade de aprimorar os processos sob sua responsabilidade;

  Desta forma, constituem objetos do exame de auditoria:
- A aplicação dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde à Secretaria Municipal de Saúde;
- A gestão e execução dos planos e programas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde que envolvam recursos públicos, observando os seguintes aspectos:
  a) Organização;
  b) Cobertura Assistencial;
  c) Perfil Epidemiológico;
  d) Quadro Nosológico;
  e) Resolubilidade/Resolutividade;
  f) Eficiência, eficácia, efetividade e qualidade da assistência prestadas à saúde;
- A prestação de serviços na área ambulatorial e hospitalar;
- Os contratos, convênios, acordos, ajustes e instrumentos similares firmados pela Secretaria Municipal de Saúde e os Prestadores de Serviços de Saúde do SUS.

9.2 Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA

Sistema que permite o registro dos procedimentos ambulatoriais, possibilitando o acompanhamento e análise da evolução dos gastos, além de subsidiar a avaliação qualitativa e quantitativa das ações em saúde.

9.3 Serviços privados e credenciados pelo Sistema Único de Saúde que prestam assistência ao município de Barreiras e região Macrooeste :

- Hospitais: 01
- Diagnóstico por análise clínica: 09
- Diagnóstico por imagem: 05
- Consultas especializadas: 17
- Fisioterapia: 07
- Reabilitação física: 07
- Reabilitação lábio palatal: 01
- Reabilitação auditiva: 01
- Unidade de Terapia Renal Substitutiva: 01

9.4 Serviços próprios que prestam assistência ambulatorial ao SUS:

- Unidades Básica de Saúde – UBS (12)
- Estratégia Saúde da Familía – ESF (22)
- Serviço Municipal de Infectologia (01): ambulatório DST/AIDS e de Hepatites Virais
- Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS): 01
- SAMU/regulação: central de regulação 24 horas com suas 07 ambulâncias
- (01 unidade de suporte avançado, 02 unidades de suporte básico e 04 reservas técnicas);
- Assistência Farmacêutica

- Pronto atendimento 24 horas : 01
- Centro Especializado em Saúde – CES: 01
- CEREST Regional
- Laboratório de Análises Clínicas: 01
- Hospital: 01
- Centro de Atendimento à Criança: 01

9.5 Sistema de Informações Hospitalares

O SIH/SUS é um sistema de informação, que armazena dados sobre as internações hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SISAIH01/captação e SIHD2/processamento). Essas informações (AIH's) são enviadas ao gestor local (Gestão Plena) mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados que realizam internações. Possibilidades do Sistema de Informações Hospitalares – SIH:

- Apresentar e processar mensalmente as AIH's.
- Disponibilizar aos gestores e prestadores, relatórios para pagamento das produções.
- Garantir ferramentas de auxílio para as ações de controle, avaliação e auditorias locais.
- Calcular o valor global a ser pago aos prestadores e acompanhar os tetos financeiros estabelecidos na programação.
- Ao gestor, interferir oportunamente no processamento da produção mensal hospitalar.
- Disponibilizar aos gestores, prestadores e profissionais envolvidos na prestação de assistência hospitalar, o acesso às regras do sistema.
- Acompanhar o desempenho dos hospitais quanto às metas firmadas nos contratos entre gestor e hospitais.
- Armazenar dados das internações.

Leitos Hospitalares em Barreiras – Bahia

Tabela 28. Quantidade de leitos do Hospital M. Eurico Dutra

Hospital Municipal Eurico Dutra CNES: 2659069	
Descrição de leitos	**Quantidade**
Leitos clínicos	13
Leitos cirúrgicos	19
Leitos CRPA	05
Leitos de observação	10
Leitos de isolamento	01
Total de leitos	48

Fonte: CNES

Tabela 29. Quantidade de leitos do Hospital da Mulher

Hospital da Mulher CNES: 2505231	
Descrição de leitos	**Quantidade**
Leitos pré parto	04
Leitos cirúrgicos	06
Leitos partos cesáreos	06
Leitos partos pós partos normais	10
Leitos para RN´s em uso de antibióticos	06
Total de leitos	**32**

Fonte: CNES

Tabela 30. Quantidade de leitos do Hospital do Oeste

Hospital do Oeste CNES: 3972925	
Descrição de leitos	**Quantidade**
Leitos - Clínica Médica	34
Leitos - Unidade de Tratamento de Queimados	12
Leitos – Clínica Obstétrica	31

Leitos – Clínica Pediátrica	34
Leitos – UTI Adulto	10
Leitos - Pediátrica	07
Leitos – UTI Neonatal	07
Leitos – UCI Neonatal	15
Leitos – Adulto	09
Leitos – Clínica Cirúrgica	34
Total de leitos	193

Fonte: CNES

9.6 Cadastros Nacionais dos Estabelecimentos de Saúde - CNES:

O município de Barreiras tem registrado no ano de 2017, 259 estabelecimentos de saúde, desses 60 prestam atendimento ao Sistema Único de Saúde, sendo 02 públicos e 29 privados/contratualizados, que complementam a assistência.

9.7 COMPLEXO REGULADOR

Integram o Complexo Regulador:

9.7.1 Central de Regulação Ambulatorial

- Garantir o acesso à atenção secundária e terciária, a partir da organização de fila única.
- Conhecer a real demanda do município.
- Monitorar e otimizar a utilização da capacidade instalada da rede.
- Identificar pontos de estrangulamento na assistência à saúde.
- Encaminhar demandas as esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela central forem insuficientes para a garantia de acesso.

Suas principais funcionalidades são:

- Configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere a sua natureza, solicitante ou executante.
- Configurar a oferta de procedimento por estabelecimento (conforme estabelecido em contrato), para agendamento.
- Monitorar as contratualizações (cumprimento do contratualizado).
- Fornecer informações à gestão, quanto a utilização dos recursos físicos e financeiros próprios pactuados.
- Regulação do acesso como condição para pagamento aos prestadores, de acordo com os compromissos expressos nos contratos/convênios ou similares.
- Permitir o gerenciamento da lista de espera por prioridade (protocolo de classificação de risco).
- Distribuir cotas aos municípios, conforme pactuações.
- Permitir o controle de acesso dos usuários ao sistema.
- Processo regulatório usuário-centrado (no usuário e não na oferta, evitar deslocamento – web, digitalização de informações).

9.7.2 Central de Regulação de Urgência

O objetivo geral da organização da Rede de Atenção às Urgências da Regional Barreiras/Ibotirama é articular e integrar todos os equipamentos e serviços de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários em situação de urgência/emergência, de forma ágil e oportuna com vistas a:

- Priorizar as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumática na rede de urgência do Estado, instituindo o Acolhimento Com Classificação de Risco-ACCR como base no processo do cuidado e dos fluxos à Rede de Urgências.

São princípios da Rede de Atenção às Urgências da Regional Barreiras/Ibotirama:

- **Hierarquização do acesso na busca da Integralidade:** o cuidado à saúde deve ser garantido nos diferentes níveis de saúde, articulando ações individuais e/ou coletivas de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde, através de uma rede hierarquizada e regionalizada.
- **Universalização do acesso com Resolutividade:** deve ser garantido pelos diferentes níveis de gestão e atenção, o acesso aos cuidados da saúde, independente de raça, cor, credo, ideologia política, orientação sexual, condição social ou de saúde em uma rede de serviços com capacidade de dar uma solução aos problemas dos usuários.
- **Humanização e Qualidade:** segundo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, entende-se por humanização um modo de fazer que amplie vínculos de solidariedade, valorizando os diferentes sujeitos no processo de produção de saúde-usuários, gestores e profissionais e co-responsabilizando-os em processos de participação coletivas de gestão (Brasil, 2010; Brasil, 2006).

  A Qualidade e a Humanização implicam em estabelecimentos de relações e vínculos em garantia dos direitos humanos e devem englobar dimensões psicológicas, sexuais, biológicas e sociais.

São diretrizes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência da Regional Barreiras/Ibotirama:

- Ampliação do acesso para o atendimento de urgência clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e das relacionadas às causas externas;
- Organização da rede de forma a favorecer o menor tempo-resposta, com atenção especial aos vazios assistenciais;
- Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em todos os pontos de atenção;

- Descentralização dos serviços de maior complexidade para os polos regionais;
- Regionalização das Atenções às Urgências, com articulação das diversas redes de atenção;
- Regulação informatizada e conectividade entre todos os pontos de atenção;
- Atendimento a catástrofes e acidentes com múltiplas vítimas, baseado nos Planos de Riscos Regionais;
- Articulação Gestora Interfederativa desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;
- Observação do princípio de escala;
- Implantação do modelo de caráter multiprofissional compartilhado por trabalho em equipe;
- Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho.

9.8 Serviço de Assistência Domiciliar:

Modalidade de atenção à saúde no domicílio quando o paciente necessita de cuidados hospitalares, mas se encontra estável, o que permite o atendimento em casa, não sendo possível o seu deslocamento por deambulação. Possibilita retirada precoce do ambiente hospitalar. A assistência domiciliar de Barreiras está sendo custeada com recursos próprios, uma vez que o recurso repassado pelo Ministério da Saúde está direcionado ao Estado via Hospital do Oeste, sendo que o mesmo dispõe de duas equipes, AD2 e AD3, o que impossibilita o município a solicitação do referido programa devido a Portaria Ministerial nº 825 de 25/04/2016 que não mais permite gestão mista. A equipe mínima do ATENDO (Atendimento Domiciliar) do município de Barreiras é composta por 01 médico, 03 fisioterapeutas e 01 assistente social.

9.9 Atenção Básica e Redes de Atenção em Saúde:

De acordo com a Portaria 2436, de 21 de setembro de 2017 que 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).

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.

É ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Orienta-se pelos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade e pelas diretrizes de Regionalização e Hierarquização, Territorialização, População Adscrita, Cuidado Centrado na Pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do Cuidado, Coordenação do Cuidado, Orientação de Rede, Participação da Comunidade.

É a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

A Estratégia Saúde da Família é prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde. A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, além disso, visa o planejamento e a implementação de

ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

A Atenção Básica em Barreiras é realizada pela Autarquia Municipal de Saúde que é composta por um teto de 71 Equipes Saúde da Família (ESF) com ou sem Estratégia Saúde Bucal (ESB), sendo que credenciada pelo Ministério da Saúde temos 25 ESF e 23 ESB, implantadas temos 22 ESF e 16 ESB. Todas as Unidades Saúde da Família estão localizadas na Sede do Município. Ainda tem 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), quatro UBS localizadas na Zona Rural e 08 UBS na Zona Urbana. (Anexo na última página. Localização dos serviços de saúde de Barreiras – BA).

O desenvolvimento das ações na Atenção Básica inclui consultas médicas, consultas de enfermagem, atendimento odontológico, atividades coletivas em grupos prioritários, avaliação e procedimento coletivo e mobilização social. Essas ações desenvolvidas têm por finalidade possibilitar controle e avaliação de resultados como o controle de Hipertensão Arterial e do Diabetes, Saúde da Mulher (pré-natal, detecção de Câncer de Colo de útero e Mama, Planejamento Reprodutivo), Saúde da Criança (Puericultura, Incentivo ao Aleitamento Materno, Imunização, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento), Controle da Tuberculose e Hanseníase, Saúde Mental e o Manejo Clínico das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/aids.

O Sistema Nacional de Informação da Atenção Básica é o E-SUS que migra as informações para o SISAB, permite avaliar os indicadores de produção das equipes, através dos relatórios de produção (atendimentos, procedimentos, atividades coletivas e visitas domiciliares). O município esta na fase de implantação do Prontuário Eletrônico – PEC em todas USF´s, foram selecionadas duas Unidades de Saúde para ser piloto.

São ofertados pelo médico, odontólogo e enfermeiro os seguintes tipos de atendimentos Consulta Agendada de Cuidado Continuado, Demanda Espontânea (Escuta Inicial, Orientação, Consulta no Dia e Atendimento de Urgência).

9.10 Estratégia Agente Comunitários de Saúde.

Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS): É prevista a implantação da EACS nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

- A existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;
- O número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.
- O cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor;
- O enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe;
- Cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;
- A atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;
- A atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território;
- Cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

Na categoria profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS), o município tem um Teto de ACS pelo Ministério de Saúde 353, credenciados 301,

implantado no sistema 271. Diante dessas informações, temos dentro do Teto de cobertura 82 vagas para ser distribuída em uma grande extensão de áreas descobertas desse profissional, para isso, esta sendo realizado a Territorialização de todo o município para contemplação dessas vagas.

Os Agentes Comunitários de Saúde do município de Barreiras iniciaram o Curso de Formação Técnica para ACS, sendo que 201 profissionais concluíram o primeiro módulo, faltando um total de 70 ACS iniciarem o curso, isso, impossibilita a continuidade da Formação Técnica através do segundo módulo para os que já concluíram o primeiro. Está sendo organizada a Formação para estes profissionais que não iniciaram. Assim que os 70 ACS concluírem o primeiro módulo, podemos dar continuidade ao Curso.

9.11 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)

A Estratégia de Saúde da Família ampliou a cobertura assistencial, no entanto, essa ampliação possibilitou às equipes identificarem novas necessidades de saúde, gerando, assim, outras demandas assistenciais. Evidenciou-se, então, a importância da inserção de outros profissionais, além dos que constituem a equipe mínima, a fim de assegurar a integralidade na atenção à saúde.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde propõe a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF´s), através da Portaria N°. 154/GM, de 24 de Janeiro de 2008. Esta proposta busca o envolvimento de outros profissionais no apoio às equipes mínimas de saúde da família, visando à ampliação da rede de atenção básica (AB) na tentativa de melhorar a assistência ao indivíduo.

O profissional atuante no NASF deve realizar suas ações de acordo com algumas diretrizes relativas à Atenção Básica à Saúde como, por exemplo, as ações interdisciplinares e intersetoriais; o processo de educação permanente em saúde de profissionais e da população; o desenvolvimento da noção de território; a integralidade, a participação social, a educação popular; a promoção da saúde e a humanização.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por

profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações especificas, compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários.

A equipe NASF de Barreiras – BA está inserida na modalidade NASF 01, que está vinculadas à 09 equipes de Saúde da Família. Os profissionais somam uma carga horária de 200 horas semanais. A cidade possui (22) vinte e duas unidades de Equipe de Saúde da Família, desta maneira, restam (14) quatorze unidades descobertas pelo NASF.

A segunda equipe NASF já credenciada está sendo implantada no decorrente ano, na modalidade 01. A equipe já conta com profissionais de fisioterapia e assistência social, integradas na equipe 01 para matriciamento e aguardando chegar os demais profissionais de psicologia, nutrição e educação física.

A escolha dos profissionais consistiu de acordo com o perfil epidemiológico do município e da necessidade. A equipe do NASF de Barreiras é contemplada por cinco categorias profissionais, sendo: Fisioterapeuta; Psicóloga; Assistente Social; Nutricionista e Educador Físico. Atualmente a equipe 01 está composta por 02 duas fisioterapeutas com carga horária de 30 horas semanais; 02 duas psicólogas com carga horária de 30 e 40 horas semanais, 02 duas assistentes sociais com carga horária de 30 horas semanais, 01 uma nutricionista com carga horária de 30 horas semanais e 01 uma educadora física com carga horaria de 30 horas semanais.

A equipe NASF desempenha vários papéis de apoio às unidades desde ao atendimento a demanda compartilhada entre profissionais de assistência ao usuário com avaliação e suporte necessário para resolutividade com o propósito de desafogar a rede, assim como articulação referenciada. Suporte no grupo de gestantes como preconiza a Rede Cegonha, grupos de Hiperdia, atividades para os servidores como o Cuidando de Quem Cuida, campanhas de aleitamento materno, prevenção ao suicídio, prevenção ao câncer de mama e próstata, educação permanente, além dos programas de saúde nas escolas e o projeto terapêutico singular.

9.12 Programa mais médicos

O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais. Assim, o programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS. Além de estender o acesso, o programa provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade.

Barreiras tem adesão ao Programa Mais Médico que tem inscrição no Programa de Cooperação Internacional e Mais Médico para o Brasil. Temos oito médicos Intercambistas Cubanos e seis médicos Intercambistas individual CRM Brasil. Estes médicos prestam atendimento em 14 Unidades Saúde da Família da Zona Urbana.

9.13 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ/AB

O PMAQ tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. O programa está organizado em três fases (Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica que compõem um ciclo. A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica (EAB) com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. A adesão ao PMAQ e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade

da AB pressupõem o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do programa. A característica voluntária está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da Atenção Básica somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e os gestores se sintam motivados e percebam-se essenciais para o seu êxito.

A segunda fase consiste na Certificação, que é composta por:

- avaliação externa
- avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados
- verificação da realização de momento autoavaliativo.

Após a Certificação, as equipes serão classificadas em um dos cinco desempenhos: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular e Ruim.

A terceira fase, Recontratualização, é constituída por um processo de repactuação das equipes de Atenção Básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa.

No município foram recontratualizadas 6 Equipes Saúde da Família, sendo que 3 equipes com a Estratégia Saúde Bucal e 03 Sem estratégia Saúde Bucal no 3º Ciclo, que aconteceu no período de 2015 a 2017. A avaliação Externa foi realizada em Agosto de 2017. Esta sendo aguardada a Certificação e a Classificação do desempenho.

9.14 Programa Saúde na Escola – PSE

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral.

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE, implica mais do que ofertas de serviços no mesmo território, pois deve propiciar a

sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade.

A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras.

As ações a serem desenvolvidas são:

- Ações de combate ao mosquito Aedes aegypti;
- Promoção das práticas Corporais, da Atividade Física e do lazer nas escolas;
- Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos;
- Prevenção das violências e dos acidentes;
- Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- Promoção e Avaliação de Saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- Verificação da situação vacinal;
- Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
- Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS;
- Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

Em Barreiras a Adesão ao PSE ocorreu em junho de 2017, conforme Portaria 1.055 de 25/04/2017. 52 escolas com Adesão ao PSE, dessas, 40 são prioritárias e 12 não prioritárias que estão vinculadas a 29 Unidades de Saúde.

9.15 Atenção a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi instituída por meio da Portaria Interministerial nº 01, de 02 de janeiro de 2014, que disciplina os objetivos, as diretrizes, bem como as responsabilidades do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça, dos Estados e do Distrito Federal, representados pelas secretarias de saúde, de justiça ou congêneres e dos municípios.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, a PNAISP prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede.

O número de pessoas custodiadas e o perfil epidemiológico dessas pessoas determinarão as modalidades de equipe, bem como suas respectivas cargas horárias. A Unidade Prisional de Barreiras tem capacidade para comportar 500 presos tendo como Modalidade III **Equipe de Atenção Básica Prisional (EABp-III)** formada por 11 profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, assistente social enfermeiro. Com carga horária de 30 horas.

A Habilitação da Equipe de Atenção Básica Prisional é Estadual, sendo de responsabilidade de uma empresa terceirizada. A secretaria Municipal de Saúde de Barreiras entra com a contra partida na oferta do apoio da Atenção Básica para o cadastro do Estabelecimento de Saúde no CNES, Implantação do Prontuário Eletrônico – PEC-ESUS, liberação de Exames e especialidades conforme indicação, Imunização, Teste Rápido, Tratamento de Doenças Crônicas a exemplo da Tuberculose, Hanseníase e Educação Permanente.

9.16 Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica

Com a mudança do modelo de atenção à saúde enfatizando a atenção básica enquanto ordenadora das Redes de Atenção a Saúde e coordenadora do cuidado, impõe a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Desta forma, uma das estratégias defendidas para a qualificação da AB é o desenvolvimento da Educação Permanente, a qual deve ser configurada dentro dos princípios básicos de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo, envolvendo práticas que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos.

A gestão de Barreiras incentiva os trabalhadores da Atenção Básica a prática constante da Educação Permanente, criando parcerias com as Universidades e faculdades do município, para que os profissionais possam participar do Programa de Educação Tutorial (PET), Especializações, e ainda busca ferramentas que contribuem na atualização do profissional, a exemplo de oferta de oficinas, incentivo de Webpalestras através do telessaúde, estudo de cadernos da Atenção Básica, conforme necessidade e realidade da equipe e reuniões de equipes para construção do processo de trabalho e matriciamentos.

9.17 REDE CEGONHA

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa organizar uma rede de cuidados que assegure à mulher o direito reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e, à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável. São quatro os componentes da Rede Cegonha:

I – Pré -natal

II – Parto e nascimento

III – Puerpério e atenção integral à saúde da criança.

IV – Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

9.18 Princípios da Rede Cegonha:

- A garantia do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do Pré-Natal;
- Garantia de Vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao Parto e Nascimento;
- Garantia da Atenção à Saúde das Crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade;
- Garantia do Acesso às ações do Planejamento Reprodutivo.

Partindo dessas premissas o Município vem se adequando para que essa Estratégia seja implementada no seu território e Região, uma vez que, Barreiras têm e oferta serviços de média complexidade para a Região. Várias ações foram e estão sendo desenvolvidas para que possamos garantir os princípios da Rede Cegonha tais como:

Elaboração e Aprovação do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha que virá como serviços para Barreiras e Região 01(um) Centro de Parto Normal que será vinculado ao Hospital da Mulher, recursos para aquisição de materiais, equipamentos, custeio e ambiência;

- Em 2015 aplicação da Lei 11.108 de 7 de abril de 2005 no Hospital da Mulher. Lei que garante à parturiente o direito à presença de acompanhante em toda sua permanência durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato;
- Implementação de Educação Permanente para trabalhadores da Atenção Básica e Maternidade esta vigente a cada (15) dias, o estudo do caderno

32 da Atenção Básica para todos os profissionais médicos, odontólogos e enfermeiros da rede básica de saúde e médicos e enfermeiros do Hospital da Mulher.

- Curso teórico e prático de Atualização em Obstetrícia para todos os enfermeiros que atuam na assistência ao parto, Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia, Partograma, Boas Práticas de Assistência ao Parto, Protocolos e Reanimação Neonatal, Prevenção da Hemorragia pós-parto para equipe multiprofissional, Implantação de protocolos, Uso do Partograma na Maternidade.
- Visita de vinculação dos médicos e enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde ao Hospital da Mulher para conhecimento da Rotina, instalações e interação entre as Equipes das UBS e Hospital da Mulher. E na rotina foi instituída a Visita de Vinculação das gestantes de Risco Habitual da Atenção Básica para o Hospital da Mulher e do Alto Risco do CAM (Centro de Atendimento à Mulher) para o Hospital do Oeste.
- Melhoria da ambiência do Hospital da Mulher.
- Descentralização dos Testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites para a Atenção Básica.
- Oferta do exame do papel Filtro (teste da mamãe) para todas as gestantes. O exame de papel filtro contempla Toxoplasmose Igm, Citomegalosvírus Igm, Sifilis (anti –treponema Pallidum), HIV I e II, ABsAg, HTLV I e II, Hemoglobinopatias e Anti – HCV.

E como planejamento: Curso de Redução da Mortalidade Materna e Infantil para os Técnicos e Auxiliares que atuam na Assistência ao Parto; Implementação das Boas Práticas de Assistência ao Parto com apoio do Estado; Planejamento das Ações voltadas a Assistência à Mulher e à Criança no âmbito da Atenção Básica.

9.19 Programa de Saúde Bucal

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva.

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

A atenção a Saúde Bucal de Barreiras está inserida na Atenção Básica com 16 equipes de Estratégia de Saúde Bucal funcionando nas Unidades de Estratégia Saúde da Família. O atendimento especializado em bucomaxilo se dá no Centro de Saúde Leonidia Ayres e o atendimento aos pacientes especiais está sendo realizado no Centro Especializado de Reabilitação - CER II. O município não dispõe de um Centro de Especialidades Odontológicas- CEO, mas a atual gestão sensibilizada com a carência da população e tendo conhecimento da importância do serviço já iniciou os encaminhamentos para implantação de uma equipe de CEO tipo III, cujo projeto já foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e encaminhado a CIB para apreciação e aprovação.

O Centro de Especialidades Odontológicas tipo 3 de Barreiras - BA oferecerá: • Procedimentos Individuais Preventivos, Dentística Básica e Odontologia Cirúrgica Básica - somente para Pacientes com Necessidades Especiais que não puderem ser atendidos na Atenção Básica; • Procedimentos de Odontopediatria; • Procedimentos das especialidades mínimas exigidas para habilitação de um CEO tipo 3 conforme as Portarias GM n° 600/2006 e nº 1464/GM de 24 de junho de 2011 (Periodontia Especializada; Endodontia; Cirurgia Oral Menor; e Diagnóstico Bucal com ênfase em câncer de boca).

Atendendo aos usuários da zona rural sem cobertura de ESF temos uma Unidade Móvel para prestar atendimento a essa população.

9.20 NUTRIÇÃO

No Setor de Nutrição, realiza-se a gestão e monitoramento dos programas e estratégias da área técnica de alimentação e nutrição que estão inseridos no âmbito da atenção básica, sendo executados rotineiramente pelas 37 equipes de saúde do município.

Estes programas e estratégias estão pautados na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) aprovada no ano de 1999 e atualizada pela portaria nº 2715 de 17/11/11 que tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Vale ressaltar que essas atividades estão integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção do SUS, tendo a atenção básica como ordenadora das ações.

9.21 PROGRAMA BOLSA FAMÌLIA

O Programa Bolsa Família foi instituído pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. A Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004, por sua vez, dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiadas. O objetivo do Programa Bolsa Família é apoiar as famílias mais pobres e garantir o direito aos serviços sociais básicos.

O acompanhamento das ações de saúde e nutrição dessas famílias na atenção básica foi assumido pelos estados e municípios por meio do Pacto pela Vida conforme descrito em Portaria Ministerial GM 325 de 21 de fevereiro de 2008 e revogada na Portaria 2669 de 03 de novembro de 2009 , ao incluir o Indicador sobre o Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa acompanhadas pela Atenção Básica. Este acompanhamento é

realizado semestralmente em duas vigências: a primeira ocorre entre janeiro a junho e a segunda de julho a dezembro.

O município de Barreiras possui atualmente 10.364 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com necessidade de acompanhamento da saúde. Tendo sido acompanhada na primeira vigência de 2017 o percentual de **57,67%** dessas famílias**.**

Estes acompanhamentos referem-se à verificação do estado nutricional dos beneficiários do bolsa família, cumprimento do calendário de vacinação das crianças e das consultas de pre-natal para as gestantes.

Durante o ano de 2017, 100% das gestantes beneficiárias do PBF que estavam realizando pre-natal receberam repelentes com objetivo de prevenir as doenças associadas ao mosquito aedes aegypti.

Além disso, durante a 1ª vigência de 2017 6 equipes de saúde participaram de capacitação para qualificar o acompanhamento das famílias beneficia.

9. 22 PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi instituído por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade.

Todas as unidades de saúde no município realizam a administração de Vitamina A às crianças menores de 5 anos sendo atingido até o mês de outubro de 2017 a cobertura de 44,83% em crianças de 6 a 11 meses superando a media de cobertura do estado da Bahia e Brasil (37,04 e 43,6% respectivamente) e para crianças de 12 a 59 meses houve uma cobertura de 67,42% de 1º dose administrada e 17.95% para a 2º dose administrada no ano, também tendo superado o percentual de cobertura do estado da Bahia conforme apresentada planilha abaixo :

MS/SAS/DAB/Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN
Quantitativo de Vitamina A distribuída
Abrangência: Região (NORDESTE) - Estado (BAHIA) - Município (BARREIRAS)
Competência: Ano: 2017 - Mês: TODOS

Abrangência					Crianças															
Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	6 a 11 meses					12 a 59 meses										Meta
										1ª dose					2ª dose					
					Meta	Rotina	Campanha	Total	Cobertura	Meta	Rotina	Campanha	Total	Cobertura	Meta	Rotina	Campanha	Total	Cobertura	
NORDESTE	29	BA	290320	BARREIRAS	2.505	1.123	0	1.123	44.83%	6.698	4.516	0	4.516	67.42%	3.827	687	0	687	17.95%	-
TOTAL ESTADO BAHIA					210.930	76.281	1.855	78.136	37.04%	602.950	197.469	8.443	205.912	34.15%	344.536	49.434	2.229	51.663	14.99%	-
TOTAL REGIÃO NORDESTE					871.471	377.469	13.380	390.849	44.85%	2.399.712	940.955	46.106	987.061	41.13%	1.371.226	278.396	20.172	298.568	21.77%	-
TOTAL BRASIL					1.536.278	638.486	31.321	669.807	43.60%	4.785.417	1.697.772	118.867	1.816.639	37.96%	2.776.877	460.962	38.671	499.633	17.99%	0

* A suplementação de puérperas acontece somente na Região Nordeste e em alguns municípios localizados na Região Norte, Estado de Minas Gerais e Mato Grosso.

Fonte: MS/SAS/DAB/Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN

Atenção: Todos os campos selecionados excede o limite de impressão no papel A4.
Para imprimir configure a página:
1) Formato paisagem;
2) Margens (esquerda, direita, superior, inferior): 1, 1, 1, 1.

Fonte: http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/vitaminaA/relatorio-distribuicao.view.php Acesso em 29/11/17

9.23 ESTRÁTÉGIA DE FORTIFICAÇÃO DE MICRONUTRIENTES EM PÓS (NUTRISUS)

É uma estratégia que e está vinculada ao Programa de Saúde na Escola e consiste na adição direta de nutrientes em pó em uma das refeições diárias das crianças de 6 a 48 meses matriculadas nas creches.

No município de Barreiras houve adesão da estratégia na Creche João Paulo II e tem como equipe de saúde vinculada a Unidade de Saúde da Família XII - Aroldo Cavalcante.

No ano corrente foi feita a etapa de formação da equipe de saúde e equipe da creche municipal acerca da estratégia de fortificação e reunião com pais para esclarecimento e assinatura do termo de consentimento.

9.24 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

O SISVAN é pautado pela Portaria nº 2246 de 18 de outubro de 2004 que institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional e tem por objetivo realizar a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Trata-se de uma ferramenta para o monitoramento da situação alimentar e nutricional e de apoio aos profissionais de saúde para o diagnóstico local das condições de saúde e agravos alimentares e nutricionais, identificando fatores de risco ou proteção para as condições de saúde da população atendida nos serviços de Atenção Básica.

À partir da Nota Técnica nº 51-SEI/2017-CGAA/DAB/SAS/MS de 25/10/17 que trata da Integração do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) à Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) todas as equipes de saúde da atenção básica foram orientadas a iniciar o registro das informações de vigilância alimentar e nutricional oriundas do seu processo de trabalho diário no Esus/AB, tendo sido realizado até o momento o acompanhamento de estado nutricional de 17.398 indivíduos.

10. REDE DE SAÚDE DE BARREIRAS-BA (ANEXO II)

10.1 Assistência Farmacêutica

O Brasil vem experimentando desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças importantes no seu sistema público de saúde.

Neste contexto princípios importantes vem norteando a política de saúde do país, tais como universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade.

A universalidade trouxe consigo a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Nesse sentido a distribuição de medicamentos em qualquer nível de atenção à saúde é uma das atividades da Assistência Farmacêutica. A

Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1998, definiu as funções e finalidades da AF dentro do SUS como grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas à apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, incluindo o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) com base na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME; a conservação e o controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar seu uso racional.

O Núcleo de Assistência Farmacêutica é o setor responsável por todo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva tendo o medicamento como elemento essencial visando o seu acesso e uso com coerência. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamento e materiais, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

No âmbito municipal são, atribuições da Assistência Farmacêutica:

- Coordenar e implementar a Política Nacional de Medicamentos no âmbito Municipal;
- Gerenciar a Farmácia Básica Municipal;
- Atender as demandas judiciais e administrativas de medicamentos;
- Subsidiar a Procuradoria Geral do Município;
- Coordenar a Comissão Farmacoterapêutica;
- Programar adquirir, armazenar e distribuir medicamentos;
- Estabelecer procedimentos normativos quanto à dispensação dos medicamentos essenciais e medicamentos sujeitos ao controle sanitário vigente;
- Avaliar o consumo de medicamentos, o seu estudo de tendência, levantamento de dados gerais de informações para tomadas de decisões e repercussão financeira, promover a capacitação dos recursos humanos envolvidos com a área da Assistência Farmacêutica;

- Cooperar com outras áreas no desenvolvimento e qualificação das políticas municipais de saúde;
- Implementar a Política de Assistência Farmacêutica definindo atribuições e responsabilidades dos profissionais da área.

Conforme a Lei nº 13.021 de 2014 em seu art. 2º: ¨Entende-se por Assistência Farmacêutica o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência Terapêutica integral e à promoção, proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional.

A Portaria GM/MS nº 204 de 29 de janeiro de 2007 regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamentos com o respectivo monitoramento e controle. Os blocos de financiamentos são os seguintes:

- Atenção básica
- Atenção de Média e Alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar
- Vigilância em Saúde
- Assistência Farmacêutica
- Gestão do SUS
- Bloco de Investimento (incluído pela Portaria GM/MS nº 837 de 23/04/2009)

O bloco de financiamento de Assistência Farmacêutica é constituído por 03 componentes:

I – Componente Básico da Assistência Farmacêutica
II – Componente estratégico da assistência farmacêutica
III – Componente de medicamentos excepcionais – CMDE, que a partir de 2010 passa a se chamar Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Considerando a Portaria 1.555 de 30 de julho de 2013 em seu artigo 9º:

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque, prazos

de validade, distribuição e dispensação de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB, incluindo-se:

I – plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preprarações dos fitoterápicos da RENAME em farmácias vivas e farmácias de manipulação do SUS;

II – matrizes homeopáticas e tinturas-mães, conforme Farmacopéia Homeopática Brasileira, 3ª Edição, para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS; e

III – aquisição dos medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do Programa Nacional de Suplementação de Ferro a partir de Agosto de 2013.

Para dar suporte à gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, o Ministério da Saúde disponibiliza aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS), conforme artigo 13º.

O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é regulamentado atualmente pela Portaria nº 2.001 de 03 de agosto de 2017, sendo de responsabilidade da União (R$ 5,58/habitante/ano), Estado (R$ 2,36/habitante/ano) e municípios (R$ 2,36/habitante/ano). A população considerada para fins de cálculo é aquela estimada pelo censo IBGE de 2016, substituindo os valores da Portaria 1.555 de julho de 2013.

Com relação aos medicamentos do Componente Estratégico, estes são financiados e adquiridos pela União. O financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente Especializado, de acordo com o estabelecido na Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013, está diretamente relacionado ao grupo em que os mesmos estão alocados.

No ano de 2013 ao ano de 2016, o município aplicou apenas o valor de R$ 20.000,00 e utilizou R$ 2.840.796,65 de recursos federais totalizando o montante de 2.860.796,65, contudo, existem registrados no Sistema SIGAF no ano de 2013 apenas 03 (três) notas fiscais no valor de R$ 4.193,82.

Conforme a CIB nº 251/2009, no seu parágrafo 1º, aduz que o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica – SIGAF, deverá ser utilizado por todos os municípios baianos para o gerenciamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. No Parágrafo 2º do referido dispositivo, é

mencionado que todos os municípios deverão fazer uso do Módulo Padrão do SIGAF para o gerenciamento das ações de aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

A ações mínimas, obrigatórias atribuídas ao Módulo Padrão do SIGAF são:

a) Solicitação de medicamentos à DASF/SAFTEC/SESAB;
b) Entrada de medicamentos solicitados à DASF/SAFTEC/SESAB;
c) Entradas de medicamentos adquiridos pelo município através dos recursos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica sob seu gerenciamento;
d) Saída de medicamentos para as Unidades de Saúde;
e) Realização de inventários de medicamentos, no mínimo, semestralmente;
f) Prestação de contas da execução financeira do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

O SIGAF é o Sistema utilizado pelo Estado para fazer cumprir a Portaria 1.555/2013 a qual dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, para tanto o Farmacêutico deve fazer no mínimo 04 retiradas trimestralmente, visando o cumprimento da mesma, uma vez que o Estado tem na contrapartida o valor já em medicamentos, contudo, o município de Barreiras solicitou apenas no ano de 2013 02 (dois) pedidos, deixando um saldo para o Estado no valor de R$ 80.561,80, no ano de 2014 fez um pedido deixando novamente um saldo de 265.686,76, no ano de 2015 realizou 03 retiradas deixando um saldo R$ 62.961,93, em 2016 foram solicitados apenas 02 pedidos, ficando um saldo para o Estado de 174.162,22, totalizando incríveis R$ 583.372,71, os quais estão em saldo no Estado.

Referentes ao ano de 2017 no Sistema SIGAF até o dia 01/12/2017 foram adquiridos medicamentos pelo município para a Farmácia Básica totalizando um montante de **R$ 567.462,58**. Foi solicitado do Estado e retirado nesse mesmo ano o montante de **R$ 359.366,31.** Estes medicamentos foram direcionados para as Unidades de Saúde da Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família, Postos de Saúde e CAPS através de solicitação de pedido quinzenal.

Para o ano de **2018** as contrapartidas a serem aplicadas serão as seguintes:

Município: 2,36 x 137.427 = **R$ 324.327,72**

Estado: 2,36 x 137.427 = **R$ 324.327,72**

União: 5,58 x 137.427 = **R$ 766.842,66**

Total: **R$ 1.415.498,10**

Por meio do **Projeto Farmácia Cidadã** encaminhado para o Ministério da Saúde visando a utilização do saldo remanescente do Programa Farmácia Popular no valor de **R$ 458.214,03,** foi autorizada a sua utilização exclusivamente constantes na RENAME, ou seja, que façam parte do Componente da Assistência Farmacêutica Básica, a aplicação do recurso deverá constar no Relatório de Gestão além de ter sua movimentação via Sistema HORUS.

Os municípios, estados, Distrito Federal, estabelecimentos federais e Programa Farmácia Popular do Brasil, terão até 90 (noventa) dias para o início da transmissão após a homologação e disponibilização do serviço (¨web service¨). A **Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNDASAF)** é a consolidação dos dados nacionais de posição de estoque, entradas, saídas, avaliações das solicitações no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e dispensações realizads pelos estabelecimentos de saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal para os medicamentos padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

A BNDASAF foi instituída pela Portaria nº 957/2016/GM/MS e complementada posteriormente pela Portaria nº 938/2017/GM/MS, sendo hoje regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 1/MS de 28/09/2017. Ela é constituída por dados do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS), do serviço de envio de dados para os entes federativos que utilizam sistemas próprios para gestão da Assistência Farmacêutica (¨web service¨) e do Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular.

A Portaria nº 957/2016/GM/MS estabeleceu o conjunto de dados e eventos referentes aos medicamentos e insumos da RENAME e do Programa Farmácia Popular do Brasil para composição da Base Nacional de Dados de

Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

10.1.1 COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT

É uma instância colegiada criada no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de caráter consultivo e deliberativo, que tem como finalidade selecionar medicamentos essenciais a serem utilizados no sistema, neste caso a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais), tanto dos medicamentos da Atenção Básica como da área hospitalar, devendo ser composta por profissionais de saúde de várias formações como Farmacêuticos, Médicos, Enfermeiros e Cirurgiões Dentistas. Além de assessorar a gestão nas demais questões referentes a medicamentos, exerce atividades ligadas à promoção do uso racional de medicamentos, como definição de diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos e à educação de prescritores, demais profissionais de saúde e usuários. No município a Comissão está atualizada pelo Decreto nº 277 de 14/11/2017 publicado na edição nº 2601 do Diário Ofcial do Município de Barreiras.

A CFT regulamentada de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde – OMS é de fundamental importância para que a gestão da saúde seja realizada com maior segurança, qualidade e efetividade.

10.2 Assistência Ambulatorial Especializada

No município de Barreiras, o atendimento nas especialidades médicas é realizado em serviços próprios, serviços contratados e serviços conveniados. O acesso ao serviço é realizado através das Unidades de Saúde, mediante avaliação médica e classificação de prioridade, visando atender o usuário no menor prazo de tempo possível com base na gravidade do caso, utilizando para isso Protocolos Assistenciais e realizando a regulação do acesso pela Central de Regulação Ambulatorial – CRA. São serviços que prestam assistência ambulatorial especializada:

10.3 Centro Municipal de Saúde Leonídia Ayres de Almeida – CNES 2505444

Serviço próprio que presta atendimento ambulatorial de referência em especialidades médicas para Barreiras e região Oeste.

Os agendamentos são feitos diretamente na Central de Regulação e Unidades Básicas de Saúde para os munícipes de Barreiras e nas Secretarias de Saúde dos municípios pactuados para pacientes da macrorregião Oeste.

Centro Municipal de Saúde Leonídia Ayres de Almeida presta atendimento nas seguintes especialidades médicas:

- Angiologia/Cirurgia Vascular
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Fonoaudiologia
- Gastroenterologia
- Neurologia
- Nutrição
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia
- Pneumologia
- Proctologia
- Psicologia
- Psiquiatria
- Radiologia
- Reumatologia
- Urologia

Além das especialidades, o Centro Municipal de Saúde Leonídia Ayres de Almeida contempla os programas de:

- Programa de Anemia Falciforme
- Programa de Doença de Chagas

- Programa de Fibromialgia
- Programa de Hanseníase
- Programa de Tuberculose

10.4 Exames Especializados Realizados no Centro de Saúde Leonídia Ayres (para apoio ao diagnóstico e tratamento)

- Colonoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Eletroencefalograma
- Endoscopia
- Mamografia
- Raio X
- Retossigmoidoscopia
- Ultrassonografia

10.5 Laboratório Municipal de Análises Clínicas - CNES 2505487

O Laboratório Municipal de Análises Clínicas fica localizado no Centro Municipal de Saúde Leonídia Ayres de Almeida ofertando exames nas áreas de hematologia, bioquímica, parasitologia, uroanálise, imunologia e bacterioscopia para toda a rede municipal.

Importante salientar que o referido laboratório trabalha em parceria com o CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) realizando coletas de sangue dos pacientes ali assistidos, como também coletas de bacterioscopias para análise dos pacientes portadores de tuberculose e hanseníase. Os resultados positivos de doenças de notificação compulsória são transferidos para a Vigilância Epidemiológica em tempo oportuno, a fim de que a devida busca ativa dos pacientes seja realizada para o inicio do tratamento.

10.6 CAM – CENTRO DE ATENDIMENTO A MULHER – CNES 2505460

O Centro de Atendimento a Mulher é uma unidade da rede própria, secundária, especializada nas áreas de ginecologia, mesologia, ultrassonografia e obstetrícia, realiza alimentação de registros de programas como, SISPRENATAL, digitação de programas e produções internas como sistema de informação do câncer (SISCAN), GIL (PRODUÇÃO DE CONSULTAS), BPA, BPI (PRODUÇÃO DE USG), marcação de exames como: biópsia, preventivo, colposcopia, cauterização, inserção e retirada de DIU exames laboratoriais para gestante do pré-natal de ALTO RISCO e consultas pré-operatórias de colo e mama.

10.7 Produtividade do Corpo Clínico (Equipe Médica)

Tabela 31. Produtividade Corpo Clínico

Ambulatório	Procedimento	Atendimento/mês
Pré-natal de alto risco	Consultas	384 pacientes/mês
	Preventivo Colposcopia Cauterização Biósia Colo e Mama Inserção e retirada de DIU Drenagem de abcesso Bartholim	440 pacientes/mês

10.8 HOSPITAL DA MULHER – CNES 2505231

A Maternidade do Hospital da Mulher é referência na qualidade de atendimento tanto à gestante quanto ao recém-nascido, pertence a rede própria domunicípio. A mãe e o seu bebê são assistidos por uma equipe multidisciplinar

que oferece um ambiente acolhedor e seguro. O Hospital conta com um corpo clínico de médicos ginecologistas e obstetras, pediatras, anestesistas e oftalmologistas. E uma equipe de profissionais como: fonoaudiólogo, psicólogo, assistentes sociais, fisioterapeuta, nutricionistas, farmacêutico, técnicos de enfermagem, enfermeiros assistenciais e enfermeiros obstetras.

A qualidade na estrutura física oferece aos profissionais e aos pacientes, conforto, condições seguras e humanizadas, aliados à excelência no atendimento.

A ala do centro cirúrgico dispõe de duas salas de parto equipadas e uma sala de observação pós-anestésica, buscando sempre, a humanização. Exemplo disso é a possibilidade do pai presenciar o momento do parto dentro da sala, vivenciando esse momento ímpar do nascimento de seu filho.

A maternidade oferece diversos serviços, como: partos normais, cesáreos, realização do teste rápido, coleta de materiais para laboratório de análises clínicas, Imunização (vacinas BCG, Hepatites), Teste da Orelhinha, Teste do reflexo vermelho (Olhinho), e uma unidade de Cartão do SUS para os recém-nascidos, e de marcação de exames e consultas para os pacientes internados no hospital.

O Hospital da Mulher preocupado em cumprir seus deveres com a sociedade e gerar cidadãos, mantêm em suas instalações uma Unidade Interligada de Registro Civil, onde os pais dos recém-nascidos têm o direito garantido de realizar durante o período de internação, a certidão de nascimento de forma gratuita. Outro serviço importante ofertado pelo Hospital da Mulher é a inclusão do Cadastro de Pessoa Física (CPF) na certidão de nascimento do recém-nascido.

O Hospital oferece cirurgias eletivas de ginecologia e mastologia. As cirurgias precisam da autorização prévia do setor responsável.

Dentre as cirurgias ginecológicas realizadas, destacam-se as Histerectomia (retirada do útero), Miomectomia (retirada do mioma), Curetagem uterina, Laqueadura, Exerece de cisto vaginal (Bartholin), Conização, Cerclagem uterina, Laqueadura tubária, etc.

As cirurgias mastológicas realizadas no Hospital são: setorectomia (ressecção segmentar de mama), Exérese de nódulo de mama, Drenagem de abscesso de mama, Mastectomia, Exérese de mama acessória, dentre outras. As gestantes participam de visitas de vinculação no Hospital da Mulher -

Maternidade Municipal de Barreiras, onde elas têm a oportunidade de conhecer o ambiente hospitalar que irão percorrer no dia do parto, como sala de pré-parto, enfermaria, sala de parto. A visita é guiada por um enfermeiro e um assistente social.

Quando a gestante conhece o ambiente onde será realizado o parto, ela fica mais tranqüila e pode ainda tirar todas as dúvidas, o que torna o parto mais humanizado.

A iniciativa que é realizada em parceria com Atenção Básica, faz parte da proposta do programa de humanização do parto.

A maternidade é vinculada a Rede Cegonha que tem como estratégia oferecer às gestantes usuárias do SUS atendimento cada vez mais qualificado e humanizado, desde o planejamento reprodutivo até o segundo ano de vida da criança.

10.9 HOSPITAL MUNICIPAL EURICO DUTRA – CNES 2659069

O Hospital Municipal Eurico Dutra foi inaugurado em 1946 e municipalizado em 2009. O hospital é prestador de serviços do Sistema Único de Saúde-SUS, possuindo 48 leitos com funcionamento 24hs/dia, sendo hospital de referencia na região oeste e atende a demanda de média complexidade de toda a região. O hospital dispõe de uma equipe de 306 profissionais entre eles: Assistente administrativo, enfermeiros, técnico de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, auxiliar de serviços gerais, assistente social, técnico em radiologia, médicos, dentre outros.

TIPO DE ATENDIMENTO: Ambulatorial, Urgência e Emergência, cirurgias eletivas.

INSTALAÇÃO FÍSICA PARA ASSISTÊNCIA

- Urgência e Emergência: 01
- Sala estabilização: 01
- Consultório médico: 02
- Consultório Pequenas Cirurgias: 02
- Sala de Observação Feminina: 01
- Sala Observação Masculina: 01
- Sala de medicação: 01
- Sala Classificação risco: 01
- Sala eletrocardiograma: 01
- Sala Rx: 01

INSTALAÇÃO FISICA CENTRO CIRURGICO

- Sala de cirurgia: 04
- CME: 01
- CRPA: 02
- Conforto: 01
- Sala administrativa e anexo: 01
- Sala de utilidades: 01
-

INSTALAÇÃO FISICA DE APOIO

- Setor de recursos humanos: 01
- Setor recepção: 02
- Setor faturamento e Same: 01
- Setor Serviço Social: 01
- Setor fisioterapia: 01
- Setor Regulação: 01
- Setor Farmácia: 01
- Setor almoxarifado: 01
- Setor lavanderia: 01
- Setor Nutrição: 01

- Setor psicologia: 01
- Setor administrativo: 03
- Setor manutenção: 01
- Necrotério: 01
- Banheiros: 08
- Conforto equipe: 05
-

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS

1. Serviço Internação hospitalar

1.1 Clinica geral;

1.2 Psiquiatria;

2. Serviço Cirurgia;

2.1 Cirurgia Geral;

2.2 Ginecologia;

2.3 Oftalmologia;

2.4 Ortopedia/Traumatologia;

2.5 Otorrinolaringologia;

2.6 Vascular.

3. Serviços Ambulatoriais

3.1 Atendimento de urgência e emergência

3.2 Atendimento ambulatorial pré-operatório

3.3 Atendimento ambulatorial pós-operatório

3.4 Atendimento ambulatorial ortopedia

4. Serviços de diagnostico

4.1 Raio X

4.2 Eletrocardiograma

5.Serviços de apoio;

4.3 Farmácia Hospitalar;

4.4 Lavanderia;

4.5 Manutenção

4.6 Recepção;

4.7 Administrativo (Faturamento, SAME, Recursos Humanos, Direção, Coordenação)

4.8 Ambulância;

4.9 Nutrição;

4.10 Regulação, Assistente Social, Fisioterapia, Psicologia

4.11 Internação Domiciliar;

10.10 Hospital do Oeste – CNES 3972925

O **Hospital do Oeste** (**HO**) é uma Unidade estadual, terceirizada e conveniada com o Sistema Único de Saúde e atende toda a região do Oeste da Bahia como também alguns municípios dos estados do Piauí, Maranhão, Goiás, Tocantins e do Vale do São Francisco.[Localizado estrategicamente em Barreiras, que é a principal cidade da região, a unidade de saúde foi fundada no dia 26 de junho de 2006 e serve como unidade reguladora do SUS, além de sediar a maternidade municipal de Barreiras.[2]

O referido hospital realizada atendimentos de urgência e emergência, procedimentos ambulatoriais e cirurgias de grande porte.

O Hospital do Oeste oferece também atendimentos em diagnóstico de análises clínicas (bioquímicos e anatomopatológico), diagnóstico por radiologia, ultrassonografia, tomografia, endoscopia e eletrocardiograma. Dispõe de um quadro de profissionais conforme tabela abaixo:

Tabela 32. Profissionais do Hospital do Oeste

CATEGORIAS	Nº DE PROFISSIONAIS
Médicos	113
Enfermeiros	114
Técnicos de Enfermagem	307
Técnicos Laboratório	21
Técnico Radiologia	11

Assistente Social	06
Biomédico	02
Bioquímico	05
Farmacêutico	05
Fisioterapeuta	48
Nutricionista	07
Psicólogo	01
Administrativo/Apoio	198
Auxiliar de Serviços Gerais	59
Total de profissionais	**886**

Fonte: CNES

10.11 CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER II – CNES 3939936

CER II foi habilitado pela Portaria 2.337 de 23 de dezembro de 2016.

É um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação nas modalidades física e intelectual que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território da Macrorregião Oeste.

Todo atendimento neste Centro é realizado de forma articulada com as Unidades da Rede de Atenção à Saúde, através do Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolve a equipe, o usuário e sua família.

Esta Unidade pode também, em parceria com instituições de ensino, pesquisa e extensão, contribuir com o avanço e a produção de conhecimento científico e inovação tecnológica em reabilitação, além de configurar-se pólo de qualificação profissional.

Deve ainda, estabelecer processos de educação permanente para as equipes multiprofissionais, garantindo-lhes atualização e aprimoramento técnico-profissional.

O CER II é integrante da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, sendo necessária a articulação de fluxos com a atenção básica, atenção especializada em reabilitação física e intelectual e à atenção hospitalar de urgência e emergência. Para isso, o fluxo de acolhimento aos deficientes será determinado conjuntamente com os municípios pactuados, considerando a lógica de funcionamento da rede.

Por fim, os atendimentos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do CER II abrange aos seguintes municípios da Macrorregião Oeste da Bahia:

- Angical
- Baianópolis
- Barra
- Barreiras
- Bom Jesus da Lapa
- Brejolândia
- Brotas de Macaúbas
- Buritirama
- Canápolis
- Catolândia
- Côcos
- Coribe
- Correntina
- Cotegipe
- Cristópolis
- Feira da Mata
- Formosa do Rio Preto
- Ibotirama
- Ipupiara
- Jaborandi
- Luis Eduardo Magalhães
- Mansidão

- Morpará
- Muquém do São Francisco
- Oliveira dos Brejinhos
- Paratinga
- Riachão das Neves
- Santa Maria da Vitória
- Santana
- Santa Rita de Cássia
- São Desidério
- São Felix do Coribe
- Serra do Ramalho
- Serra Dourada
- Sítio do Mato
- Tabocas do Brejo Velho
- Wanderley

DISTRIBUIÇÃO DAS DEFICIÊNCIAS

Tabela 33. Distribuição das deficiências

	Diagnóstico	Cadastrados	Ativos
Reabilitação Física	***TRM**	42	38
	***AVC´s**	217	133
	***Anóxia Perinatal**	182	97
	***Amputações**	113	100
	***Microcefalia**	42	39
	***Paralisia Cerebral**	67	63
	***Colostomia**	52	52
	***Diagnósticos em investigação**	1655	575
Reabilitação Intectual	**Deficiência Intelectual/Autismo**	37	37
	TOTAL	2407	1134

Fonte: Setor de Registro do CER II. Período: Junho de 2006 a Outubro de 2017.

*Diagnósticos mais incidentes.

10.12. CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE DA CRIANÇA 24 HORAS EMILLY RAQUEL – CNES 9015728

Centro de Saúde 24 horas direcionado à Pediatria.

O atendimento se dá através do acolhimento da criança, garantindo assim um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência, através de atendimento humanizado, rápido e efetivo. A média de atendimento mensal é de 2.500 (Duas mil e quinhentas crianças).

Em parceria com a Universidade Federal do Oeste Baiano – UFOB, foi iniciado um projeto de atendimento nutricional às crianças e adolescentes, sendo que os casos mais comuns são: obesidade, desnutrição, hipercolesterolemia, alergia à proteína do leite de vaca, intolerância à lactose, diabetes tipo I, resistência à insulina, neofobia alimentar, introdução alimentar saudável, reeducação alimentar, alergia à proteína de soja, pacientes com sonda nasogátrica

10.13 PROGRAMA IDADE VIVA

O Programa Idade Viva, criado através da Lei 882/2009, visa promover o bem-estar, o desenvolvimento pessoal, a autonomia e a melhoria da qualidade de vida dos idosos, através da oferta de cursos, atividades de grupo, recreação terapêutica, educação física e atendimentos especializados.

O Programa Idade Viva é coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde com apoio da Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Esporte e Lazer e da Secretaria Municipal de Assistência Social.

Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida do idoso, promovendo sempre a sua inclusão, conquista e preservação da autonomia, independência e cidadania, tendo como objetivos específicos:

- Fomentar a participação social da pessoa idosa, inclusive por meio de organizações da sociedade civil de caráter representativo;
- Contribuir para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo;

- Assegurar espaço de encontro para os idosos e encontros Inter geracionais de modo a promover a sua convivência familiar e comunitária;

- Detectar necessidades e motivações e desenvolver potencialidades e capacidades para novos projetos de vida;

- Propiciar vivências que valorizam as experiências e que estimulem e potencializem a condição de escolher e decidir, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e protagonismo social dos usuários;

- Assegurar a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços.

10.13.1 Diretrizes- Programa IDADE VIVA

I – A prestação de informações e serviços em diversas áreas de interesse ao idoso conforme previstos na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso, especialmente o de disponibilizar uma setorização de apoio integral aos idosos.

II – O atendimento especial nas áreas: geriátrica, odontológica, fisioterápica, educacional, psicológica, de enfermagem, educação física, nutrição e assistência social.

O Programa Idade Viva envolve prioritariamente idosos com idade acima de 60 anos, distribuídos em turmas por bairros e dias da semana.

10.14 UNISANG – Centro de Hemodiálise – CNES 2517728

O Serviço de Terapia Renal Substitutiva em Barreiras é habilitado pela Portaria Ministerial nº 432/2016 para prestar serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS) para toda região Macroeste. Diante da revogação da referida Portaria, o serviço de hemodiálise e hemoterapia terá nova habilitação conforme Portaria Ministerial 389 de 13 de março de 2014.

A UNISANG é uma Unidade voltada para o atendimento de portadores de insuficiência renal, onde realiza tratamento hemodialítico, caracterizada como

estabelecimento da saúde especializado em nefrologia, voltada para prestar serviços em hemodiálise, funcionando de segunda a sábado em três turnos. O serviço é totalmente conveniado com o SUS e utiliza sistema de tratamento de água com abrandador e osmose reversa, com controle mensal das análises da água e semestral de análises físico-química, com máquinas de proporção. Realizam também monitoramento dos pacientes através dos exames preconizados em Portaria. Atendem a pacientes portadores de hepatite B, C e HIV. Atualmente dispõe de sistema informatizado, com educação continuada e permanente dos profissionais, além de realização de eventos para usuários e comunidade. Dispõe também de consultório de nefrologia (particular).

10.15 SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS

10.15.1 Audio Barreiras Serviços Audiológicos Ltda. – CNES 5439051

Serviço contratualizado em otorrinolaringologia que engloba consultas especializadas, bem como a disponibilização de aparelhos auditivos FM, seguindo os protocolos indicados nos procedimentos de Frequência Modulada Pessoal (FM) do Sistema Único de Saúde, segundo a Portaria 1274/2013.

Os indivíduos supostamente auditivos são encaminhados da Atenção Básica para os serviços especializados, passando por uma triagem onde serão geradas as APAC´s para recebimento dos aparelhos auditivos.

10.15.2 CDI - Centro de Diagnóstico por Imagem – CNES 6476120

Serviço contratualizado onde são oferecidos procedimentos de alta complexidade como ressonância magnética e tomografia, bem como procedimentos de média complexidade como RX e ultrassonografias.

10.15.3 COTEFI – Clínica de Ortopedia, Traumatologia e Fisioterapia – CNES 2517744

Serviço contratualizado, onde são oferecidos procedimentos de alta complexidade como ressonância magnética e tomografia, bem como procedimentos de média complexidade como RX e ultrassonografias, além de consultas ortopédicas.

10.15.4 ORTOCLINICA – Serviço de Ortopedia, Traumatologia e Fisioterapia – CNES 2517647

Serviço Contratualizado em atendimento de consultas ortopédicas, fisioterapia e tratamentos conservadores.

Laboratórios

Os Laboratórios de Análises Clínicas realizam os principais exames de triagem e investigação de agravos em analitos específicos. O município tem contratualizado 09 (nove) laboratórios de análises clínicas.

Fonoaudiologia

O único serviço contratualizado de fonoaudiologia do município ocorre na maternidade para a realização do Teste da Orelhinha¨ nos recém nascidos.

Relação dos Prestadores contratualizados pelo município de Barreiras

Tabela 34. Relação dos Prestadores Contratualizados

PRESTADOR DE SERVIÇOS	ESPECIALIDADE
Araújo Fernandez	Otorrinolaringologia
Audio Barreiras Serviços Audiológicos	Otorrinolaringologia
Barreiras Laboratório Análises	Análises clínicas
Bessa e Pires	Bioimagem
CDI	Bioimagem

Central Lab	Análises clínicas
Centro de Saúde Vida	Fisioterapia
Clínica e Fisoterapia Santa Fé Ltda	Fisioterapia
Clínica Reabilitar	Fisioterapia
Cotefi	Bioimagem
Cruz Magalhães	Cardiologia
Débora Corado	Citopatológico
Élio Kimura	Bioimagem
Fion Clínica	Fisioterapia
GABA	Anestesiologia
Henrique Hamilton	Nefrologia
In Lab	Análises clinicas
In Vitro	Análises clinicas
JCLF	Neurologia
Laboratório Santa Mônica	Análises clinicas
LSR	Análises clinicas
Laboratórios Integrados Oeste	Análises clinicas
Luana Hoppe	Fisioterapia
Maria das Graças Régis ME	Fisioterapia
Medclinic Serviços Médicos	Cardiologia
Ortoclínica	Ortopedia e Fisioterapia
Oliveira Pereira Cons	Fonoaudiologia
Sushumu Tsuno	Bioimagem
Uillame de Lima Queiroz	Fisioterapia
Vitalac	Análises clinicas

10.16 Atenção em Saúde Mental

A Portaria 3088, de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS). Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Ambulatórios de Atenção Integral à Saúde Mental, Consultório de Rua, Unidade de Acolhimento Adulto, e todo o aporte das Unidades Básicas de Saúde e Serviços de Apoio.

São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com a portaria 3088/2011:

- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

-Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;

- Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A rede de Atenção Psicossocial de Barreiras é composta por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) que é um serviço extra-hospitalar comunitário do SUS, que realiza cuidados intra e extra CAPS a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, sendo os mais predominantes, esquizofrenias, transtorno bipolar, depressão grave e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), entre outros.

A referida Rede funciona de segunda a sexta feira, das 07:00 às 17:00 horas com serviços de portas abertas, acolhimento diário e triagem 03 (três) vezes por semana realizada por equipe multiprofissional (Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, enfermeiro), sendo que o CAPS Barreiras conta com outros profissionais como: farmacêutico, técnico de enfermagem, professor de música, educador físico, psiquiatra, medico clinico e uma coordenação.

Os CAPS´s dentro da atual Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde são considerados essenciais para a organização de Rede de Atenção em Saúde Mental, sendo responsável pela integração e inserção do usuário na sociedade.

11. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde compreende a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária, a Vigilância Ambiental e a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

11.1 Vigilância epidemiológica - CNES 2505436

A Vigilância Epidemiológica trabalha na ótica da vigilância aos agravos transmissíveis e não transmissíveis através do sistema de informação SINAN, conforme Portaria Ministerial 1271 de 06/06/14, realizando a coleta de notificações destes em todos os estabelecimentos de saúde quer públicos ou privados, assim como as investigações quando indicadas. O Município conta com uma forma de notificação on-line e também de um Núcleo de Vigilância Epidemiológica em Hospital Conveniado ao SUS, Hospital do Oeste, outra equipe de Vigilância no Hospital Municipal Eurico Dutra, como também uma equipe na central da Secretaria Municipal de Saúde.

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL - SinanNet

Tabela 35. Freqüência por Ano da Notific segundo Agravos notificados

AGRAVOS NOTIFICADOS	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
AIDS ADULTO	34	39	35	33	55	196
AIDS CRIANÇA	1				1	2
ATENDIMENTO ANTI-RABICO	286	433	562	455	400	2.136
ANIMAIS PEÇONHENTOS	158	196	173	103	229	859
ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO	286	433	562	455	400	2.136
A53 SIFILIS EM ADULTO (EXCLUIDA A FORMA	13	20	42	28	49	152

PRIMARIA)						
B09 DOENCAS EXANTEMATICAS	10	4	5	1	5	25
Z21 GESTANTE HIV	10	13	5	7	5	40
A309 HANSENIASE	164	147	136	122	94	663
B19 HEPATITES VIRAIS	56	46	46	54	47	249
O981 SIFILIS EM GESTANTE	20	17	26	46	24	133
A509 SIFILIS CONGENITA	5	10	10	18	16	59
A539 SIFILIS NAO ESPECIFICADA	-	10	2	4	4	20
A169 TUBERCULOSE	59	48	57	67	59	290
B019 VARICELA	38	8	59	22	2	129

COQUELUCHE

Tabela 36. Casos de Coqueluche 2012- 2016

Class. Final	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Ign/Branco	1	3	2	1	1	8
Confirmado	4	4	18	2	2	30
Descartado	9	7	29	34	-	79
TOTAL	14	14	49	37	3	117

DENGUE

Tabela 37. Casos de Dengue 2012- 2016

Classificação	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Dengue Clássico	23	1.942	-	1	3	1.969
Febre Hemorrágica do Dengue	-	1	-	-	-	1
Descartado	373	406	138	351	563	1.831
Inconclusivo	9	29	-	57	21	116
Dengue	-	-	20	628	182	830
TOTAL	405	2.378	158	1.037	769	4.747

HEPATITES VIRAIS

Tabela 38. Casos de Hepatites Virais 2012- 2016

Class. Etiológica	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Ign/Branco	18	20	13	20	23	94
Vírus A	6	3	9	1	-	19
Vírus B	25	16	13	27	13	94
Vírus C	7	7	11	6	10	41
Vírus B + C	-	-	-	-	1	1
TOTAL	56	46	46	54	47	249

LEPTOSPIROSE

Tabela 39. Casos de Leptospirose 2013- 2016

Class. Final	2013	2014	2016	Total
Descartado	1	2	1	4
TOTAL	1	2	1	4

MENINGITE

Tabela 40. Casos de Meningite 2012- 2016

Class.Etiologica	2012	2013	2014	2015	2016	Total
IGN/EM BRANCO	43	25	21	10	10	109
MM	-	3	1	-	-	4
MM+MCC	-	1	-	1	-	2
MTBC	-	-	1	-	-	1
MB	1	-	4	7	2	14
MNE	-	1	4	3	1	9
MV	1	2	2	6	-	11
MOE	1	1	-	1	1	4
MH	1	-	-	1	-	2
MP	2	1	1	1	1	6
TOTAL	49	34	34	30	15	162

POPULAÇÃO DE BARREIRAS

Tabela 41. População de Barreiras 2013- 2016

2012	2013	2014	2015	2016
148.972	150,896	152.210	153.918	155.519

NASCIDOS VIVOS

Tabela 42. Nascidos - Vivos 2012- 2016

Barreiras	2012	2013	2014	2015	2016
Nº Nascidos Vivos	2496	2601	2738	2648	2569
Taxa de Natalidade	16,75/1000hab	17,23/1000hab	17,98/1000hab	17,20/1000hab	16,51/1000hab

TIPO DE PARTO

Tabela 43. Tipo de Parto 2012- 2016

Tipo de Parto	2012	2013	2014	2015	2016
Vaginal	1099 (44%)	1132 (44%)	1165(43%)	1160(44%)	1120 (44%)
Cesário	1397(56%)	1469(56%)	1573(57%)	1488(56%)	1449(56%)
Total	2496	2601	2738	2648	2569

NUMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Tabela 44. Numero de Consultas de Pré-natal 2012- 2016

Consulta Pré-Natal	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nenhuma	15	39	40	27	26	147
1-3 consultas	159	186	162	166	123	796
4-6 consultas	576	725	595	654	495	3045
7e+ consultas	1745	1650	1934	1791	1915	9035
Ignorado	3	6	13	11	10	43
Total	2498	2606	2744	2649	2569	13066

MORTALIDADE GERAL

Tabela 45. Mortalidade Geral 2012- 2016

Barreiras	2012	2013	2014	2015	2016
Nº de óbitos	656	742	720	754	739
Coef. Mortalidade geral	4,40/1000hab.	4,91/1000hab.	4,73/1000hab.	4,89/1000hab.	4,75/1000hab.

11.2 Programa Nacional de Imunização

O PNI organiza toda a politica nacional de vacinação da população brasileira e tem por finalidade o controle, a erradicação e a eliminação de doença imunopreveníveis. É considerado uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil, em especial pelo importante impacto obtido na redução de doenças nas últimas décadas. Os principais aliados no âmbito do SUS são as secretarias estaduais e municipais de saúde.

As diretrizes e responsabilidades para a execução das ações de vigilância em saúde, entre as quais se incluem as ações de vacinação, estão definidas em legislação nacional que aponta que a gestão das ações é compartilhada pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. As ações devem ser pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo por base a regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis. Em 2017 está sendo ofertado pelo Programa Nacional de Imunização vacinas especificas para proteção de dezenove tipos de doenças.

Calendário Nacional de Imunização da Criança 2017

Imunobiológico	Idade	Doenças Evitáveis
BCG	Ao nascer	Tuberculose.
Hepatite – B	Ao nascer	Hepatite – B.
Pentavalente (DTP + HB + HIB)	2 meses	Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite – B, Meningite e outras infecções causadas pelo Hemophilus influenzae tipo – B.
Vacina Inativada Poliomielite (VIP)		Poliomielite (Paralisia Infantil).
Vacina Oral de Rota Vírus Humano (VORH)		Diarreia por Rota Vírus.
Vacina Pneumocócica 10 (valente)		Doenças invasivas e otite média aguda causadas pro Streptococcus pneumoniae sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
Meningite – C		Doenças invasivas causadas pelo por

	3 meses	Neisseria meningitidis do sorotipo – C. Operacionalmente poder ser aos 4 meses.
Pentavalente (DTP + HB + HIB)	4 meses	Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite – B, Meningite e outras infecções causadas pelo Hemophilus influenzae tipo – B.
Vacina Inativada Poliomielite (VIP)		Poliomielite (Paralisia Infantil).
Vacina Oral de Rota Vírus Humano (VORH)		Diarreia por Rota Vírus.
Vacina Pneumocócica 10 (valente)		Doenças invasivas e otite média aguda causadas pro Streptococcus pneumoniae sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
Meningite – C	5 meses	Doenças invasivas causadas pelo por Neisseria meningitidis do sorotipo – C. Operacionalmente poder ser aos 6 meses.
Pentavalente (DTP + HB + HIB)	6 meses	Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite – B, Meningite e outras infecções causadas pelo Hemophilus influenzae tipo – B.
Vacina Inativada Poliomielite (VIP)		Poliomielite (Paralisia Infantil).
Vacina Pneumocócica 10 (valente)		Doenças invasivas e otite média aguda causadas pro Streptococcus pneumoniae sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
Vacina Febre Amarela	9 meses	Febre Amarela
SRC (Tríplice Viral)	12 meses	Sarampo, Rubéola e Caxumba.
Meningite – C	12 meses	Doenças invasivas causadas pelo por Neisseria meningitidis do sorotipo – C. Operacionalmente poder ser aos 6 meses.
Vacina Pneumocócica 10 (valente)		Doenças invasivas e otite média

	(Reforço)	aguda causadas pro Streptococcus pneumoniae sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
TETRA Viral	15 meses	Sarampo, Rubéola, Caxumba e Varicela.
Hepatite – A		Hepatite – A.
DTP (Tríplice Bacteriana)	15 meses (1º Reforço)	(Difteria, Tétano e Coqueluche).
VOP (Vacina Oral da Poliomielite)		Poliomielite.
DTP (Tríplice Bacteriana)	4 anos (2º Reforço)	(Difteria, Tétano e Coqueluche).
VOP (Vacina Oral da Poliomielite)		(Difteria, Tétano e Coqueluche).

Calendário Nacional de Imunização do Adolesceste 2017

Imunobiológico	Idade	Doenças Evitadas
Hepatite – B	A depender da situação vacinal com 3 doses.	Hepatite – B.
Dt	A depender da situação vacinal com 3 doses ou reforço	Difteria, Tétano,
HPV (Menina)	9 a 14 anos	HPV
HPV (Menino)	11 a 14 anos	HPV
Meningite – C	12 a 13 anos	Doenças invasivas causadas pelo por Neisseria meningitidis do sorotipo – C. Operacionalmente poder ser aos 4 meses.

Calendário Nacional de Imunização do Adulto 2017

Imunobiológico	Idade	Doenças Evitadas
Hepatite – B	A depender	Hepatite – B.

	da situação vacinal com 3 doses.	
Dt	A depender da situação vacinal com 3 doses ou reforço	Difteria, Tétano,
SRC (Tríplice Viral)	1º (dose) 30 a 49 anos	Sarampo, Rubéola e Caxumba.
SRC (Tríplice Viral)	2ª (dose) 29 anos	Sarampo, Rubéola e Caxumba.
Vacina Febre Amarela	1 dose única e 1 reforço	Febre Amarela

Calendário Nacional de Imunização do Idoso 2017.

Imunobiológico	Idade	Doenças Evitadas
Hepatite – B	A depender da situação vacinal com 3 doses. A partir de 60 anos	Hepatite – B.
dT	A depender da situação vacinal com 3 doses ou reforço. A partir de 60 anos.	Difteria, Tétano,
Influenza	A partir de 60 anos.	Gripe por Influenza
Vacina Febre Amarela	Com indicação médica a partir de 60 anos.	Febre Amarela

A Coordenação do Programa Municipal de Imunização de Barreiras (COPIM), conta com 22 salas de vacinas em 22 UBS localizadas na Zona Urbana, sendo que as UBS's com duas ou três Equipes dividem uma única Sala de Vacina. Cinco UBS na Zona Rural e Duas na Zona Urbana sem Sala de Vacina. As 22 Salas de Vacina conta com o Programa Nacional de Imunização Implantado.

11.3 Centro de Controle de Zoonoses – CNES 7522800

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.138 de 23 de maio de 2014 definiu as ações e os serviços de saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, considerados de relevância para a saúde pública. As zoonoses são doenças transmitidas dos animais para os seres humanos, como a raiva, leishmaniose, dengue, malária, doença de chagas, por exemplo.

Essa relevância surge quando as doenças e acidentes ocorrem em um grande número de casos numa determinada região. Mesmo com poucas ocorrências, casos como a raiva, por exemplo, também são considerados muito graves, pois podem levar a óbito.

Sendo assim, o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) de Barreiras vem promovendo ações com influência direta sobre a zoonose ou animal de forma a prevenir a ocorrência ou o número de casos.

No decorrer do ano de 2017, foram realizadas s seguintes atividades:

Tabela 46. Apreensão de grandes animais-2017

Apreensão de grandes animais	
Equinos apreendidos/recolhidos	**77**
Resgatados	34
Doados	29
Óbitos no CCZ	---
Positivo para anemia equina animal (animais que estão apreendidos no CCZ)	---

Positivo para anemia equina enviados pelo dono apenas para a realização do teste)	05
Animal no curral	04
Eutanasiados	10

Fonte: Centro de Controle de Zoonoses

Tabela 47. Controle das Arboviroses -2017

Controle das arboviroses	
Imóveis trabalhados	278.930
Imóveis fechados	56.393
Imóveis recuperados	1.032
Número de borrifação/bloqueio	354
Número de denúncias	115
Mutirões com ações educativas	21
Palestras (NEPS)	08
Capacitações	02
Ações do PE	462

Fonte: Centro de Controle de Zoonoses

Tabela 48. Programa Canil CCZ -2017

Programa canil CCZ	
Cães e gatos vacinados com vacina antirrábica animal	27.086
Exames de leishmaniose	972
Reagentes para leishmaniose	476
Não reagentes para leishmaniose	496

Fonte: Centro de Controle de Zoonoses

Tabela 49. Programa Esquistossomose -2017

Programa Esquitossomose			
Coletores distribuídos	Coletores Recolhidos	Exames Realizados	
		Positivos	Negativos
2.690	1.268	01	1.267

Fonte: Centro de Controle de Zoonoses

11.4 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) – CNES 560118

O **CTA/SAE Edgard Pita** - Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço Ambulatorial Especializado para as IST's - HIV, Sífilis,e Hepatites Virais B e C investiga, realiza diagnóstico, acompanha e define o tratamento aos portadores das IST's.

O fluxo de atendimento segue através de demanda regulada pela assistência na Atenção Básica, onde os pacientes após terem a confirmação da infecção através de TESTE RAPIDO e SOROLOGIAS, são encaminhados aos serviços para avaliação do medico INFECTOLOGISTA.

São os segmentos populacionais mais vulneráveis localmente, levando-se em conta os contextos epidemiológicos, socioeconômicos e culturais. Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de álcool e outras drogas, profissionais de sexo, travestis e transexuais são seguimentos populacionais mais vulneráveis á infecção pelo HIV e HEPATITES B e C, cabendo ao CTA/SAE promover seu acesso a testagem, aconselhamento e aos insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos).

Dentre os objetivos estão os de fornecer para a rede assistencial os insumos de prevenção e diagnostico que são preservativos e Teste Rápido.

A unidade realiza consultas, exames de rotina (TR HIV, SIFILIS, HEPATITE B e C) também são encaminhados ao Lacen os exames de quantificação viral (CV, CD4, HBVDNA, HCVDNA) específicos de grande importância no monitoramento da evolução das doenças e que definem o momento de iniciar o tratamento medicamentoso, ou seja, a terapia antirretroviral (TARV) para conhecer a quantidade de vírus circulante no organismo e verificar a quantidade de células de defesa.

A equipe do CTA/ SAE- é composta por:

- 01 Médico Infectologista;
- 01 Médico Infectologista com atuação também em Pediatria
- 01 Médico Urologista;
- 01 Médico Ginecologista;
- 01 Assistente Social;

- 01 Enfermeira (HIV/AIDS) Coordenadora;
- 01 Enfermeiro (IST/ Hepatites virais);
- 03 Assistentes Administrativos;
- 01 Farmacêutico;
- 01 Técnica de Enfermagem;
- 01 Motorista;
- 01 Psicólogo ;
- 01 Dentista;
- 01 Nutricionista.

A compreensão da importância e abrangência do CTA/SAE na rede de cuidados oferecida aos segmentos populacionais recoloca a missão desenvolvida para esse serviço, na promoção da equidade no acesso as ações de testagem e prevenção de IST/HIV/aids e Hepatites virais.

28.3 Vigilância Ambiental

A Vigilância em Saúde Ambiental por sua essência é um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente e que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais, relacionados às doenças ou outros agravos à saúde.

Saúde tem como universo de atuação diversos fatores ambientais de riscos que interferem na saúde humana e as inter-relações entre o homem e o ambiente e vice-versa.

As ações de Vigilância da qualidade da água para consumo humano – VIGIÁGUA, são desenvolvidas segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, conforme Portaria 2.914/2011 MS, através de monitoramento da qualidade da água consumida pela população, seguido pelo registro das informações no banco de dados do Sistema de Informações da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISÁGUA), sistema que armazena dados referentes a

coletas e resultados de análises microbiológicas (pesquisa de coliformes termotolerantes, “conhecido popularmente como fecais” e totais) e físico-químicas (cloro, flúor e turbidez). Dessa forma realizamos inspeções nas ETAS, EMBASA, carro – pipa, coletas de amostras de água para análise e controle de vigilância, atendimento à denuncias e cadastramento de soluções alternativas na zona rural. É importante ressaltar que a cada ano tem-se buscado melhorar a logística das atividades, e assim conseguirmos não só atingir as metas estabelecidas, mas também melhorá-las.

A análise das amostras é feita através do LACEN em Salvador, onde mensalmente são conduzidas 26 amostras para análises. Em 2016 foram coletadas 236 amostras, em 2017 de janeiro a outubro já foram realizadas um total de 224 amostras. Para os resultados não satisfatórios são propostas intervenções.

As ações de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado– VIGISOLO tem por objetivo promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e atenção integral conforme preconizado no Sistema Único de Saúde.

São realizados cadastros de áreas com potencial de contaminação, e posteriormente quando necessário, é enviado um relatório anual com as ações e informações das áreas cadastradas para o Núcleo Regional de Saúde - Oeste. Atualmente no município possui 3 áreas cadastradas.

As informações quanto às análises de água e cadastro de solo citados estão disponíveis na Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental.

11.5 Vigilância Sanitária – CNES 2505452

A Vigilância Sanitária tem um foco no risco à saúde e papel de fiscalizar e licenciar os vários estabelecimentos comerciais de alimentos, de saúde, drogarias, correlatos, saneantes, laboratórios, os de interesse à saúde e os de saúde propriamente ditos, nos diferentes níveis de complexidade.

ANEXO I

Grupo de Ações do Elenco Norteador I: Ações para Estruturação e o Fortalecimento da Gestão

São propostas as seguintes ações visando o melhor desempenho da Vigilância Sanitária:

Estrutura Legal:

A-Investir a equipe da VISA na função fiscalizadora
B- Atualizar a Lei da criação da VISA com atribuições e competências
C- Código Sanitário Municipal de acordo com as necessidades da VISA local
D-Implantar a Assessoria Jurídica da VISA
E-.Adequar a Legislação Sanitária à Legislação do PPCI – Plano de Preveção Contra Incêndio;
F-Aprovação de Projetos Arquitetônicos pela VISA através de engenheiros ou arquitetos próprios.

Estrutura Física e Recursos Materiais:

A-Adequação do espaço físico para a VISA com mudanças visando a equipe atual;
B-Disponibilizar canais de comunicação para a VISA com mais equipamentos visando a implantação do SINAVISA;
C-Dotar a VISA de equipamentos e veículos para fiscalização

Estrutura Administrativa e Operacional:

A-Manter cadastro de estabelecimentos atualizado com a implantação do SINAVISA;
B-Padronizar procedimentos administrativos fiscais com reuniões e capacitações;
C-Adequar Protocolo da SMS conforme a origem das solicitações;
D-Adequar protocolo da VISA conforme demanda do serviço;
E- Recebimento e atendimento às Denúncias relacionadas ao serviço

Gestão de Pessoas:

A-Ampliar a equipe da VISA, adequando às ações desenvolvidas;
B-Elaborar plano de capacitação para os servidores da VISA visando atender às demandas do setor;

Fortalecimento da Gestão

A-Participar em instâncias de controle social do SUS;
B-Qualificar gestores quanto às funções da VISA;
C- Criar Regimento Interno da VISA.

GRUPO DE AÇÕES DO ELENCO NORTEADOR:

II. Ações estratégicas para o gerenciamento de risco sanitário

Comercio de Alimentos

1.1- Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde:

Ações: Inspeção sanitária/Reinspeção, Coleta de amostras, Investigações DTA, Atividades Educativas para o setor regulado;

1.1 Educação e comunicação em saúde para a população: Elaboração de material educativo, Parcerias com instituições diversas;

1.2 Ações Integrais de Saúde:

Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas com VE,VA, VISAT e Atenção Básica;

1.3 Ações Intersetoriais:

Ações de intervenção no risco sanitário em parcerias

1.4 Ações laboratoriais:

Não realizadas de rotina, somente denúncias

Estabelecimentos de Saúde

1.1 - Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde:
Ações: Inspeção sanitária/Reinspeção, Coleta de amostras, investigações , Atividades Educativas para o setor regulado
1.2 Educação e comunicação em saúde para a população: Elaboração de material educativo, Parcerias com instituições diversas

1.3 Ações Integrais de Saúde:

Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas com VE e Atenção Básica - Saúde Mental

1.4 Ações Intersetoriais:

Ações de intervenção no risco sanitário em parcerias

1.5 Ações laboratoriais:
Não realizado

Estabelecimentos de Drogarias e Correlatos

1.1 - Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde:
Ações: Inspeção sanitária/Reinspeção, Coleta de amostras, Investigações , Atividades Educativas para o setor regulado
1.2 Educação e comunicação em saúde para a população: Elaboração de material educativo, Parcerias com instituições diversas

1.3 Ações Integrais de Saúde:
Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas

1.4 Ações Intersetoriais:
Ações de intervenção no risco sanitário em parcerias

1.5 Ações laboratoriais:
Não estão sendo realizadas de rotina

Estabelecimentos de Interesse à Saúde
1.1 - Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde:
Ações: Inspeção sanitária/Reinspeção, Coleta de amostras, Investigações , Atividades Educativas para o setor regulado
1.2 Educação e comunicação em saúde para a população: Elaboração de material educativo, Parcerias com instituições diversas

1.3 Ações Integrais de Saúde:
Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas

1.4 Ações Intersetoriais:
Ações de intervenção no risco sanitário em parcerias

1.5 Ações laboratoriais: **Não se aplica**

Ainda, dentro da Vigilância Sanitária realizamos análise de PGRSS – Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde, para licenciamento de estabelecimentos de saúde, eleboração de relatórios técnicos, capacitação dos servidores sobre segregação correta dos resíduos e monitora o destino dos mesmos junto a empresa terceirizada e emissão de talonário de receita para aquisição de psicotrópicos.

11.6 CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CNES 2505401

O Extremo Oeste Baiano é uma das sete mesorregiões do Estado da Bahia, formada pela união de 24 municípios agrupados em três microrregiões,

sendo os municípios de Barreiras, Luís Eduardo Magalhães e Santa Maria da Vitória considerados os principais (IBGE, 2014).

Duas áreas de características fundiárias distintas compõem a região Oeste da Bahia. São elas o “vale” e o “cerrado”. A região do vale margeia o Rio Grande e tem topografia variada, com depressões e saliências. Lá, predomina a agricultura de subsistência. As atividades mais tradicionais são mandioca, milho, arroz, feijão e pecuária. Já no cerrado, área plana e, portanto, favorável à mecanização, desenvolveu-se o principal pólo agrícola da Bahia (AIBA).

Graças a esta privilegiada bacia hidrográfica, à topografia plana e ao clima com estações definidas, foi possível a expansão das lavouras de sequeiro e a implantação dos projetos de irrigação, especialmente nos municípios de Barreiras e São Desidério (AIBA, 2014).

Nas duas últimas décadas, o cultivo de grãos juntamente com a pecuária definiu uma nova dinâmica à economia de toda a região, o que impulsionou o processo de crescimento e desenvolvimento econômico das três microrregiões (Barreiras, Santa Maria, Barra), sendo a de Barreiras, com 15 municípios, a principal, que é hoje a maior expressão do desenvolvimento da região.

O município de Barreiras está localizado no estado da Bahia. Sendo o décimo segundo mais populoso deste Estado, com uma população de 152.208 habitantes, possuindo uma área de 7.859,225 km² (IBGE, 2014). A cidade é cortada pelo Rio Grande, principal afluente da margem esquerda do Rio São Francisco e é atravessada por três rodovias federais, situando-se na região oeste do estado.

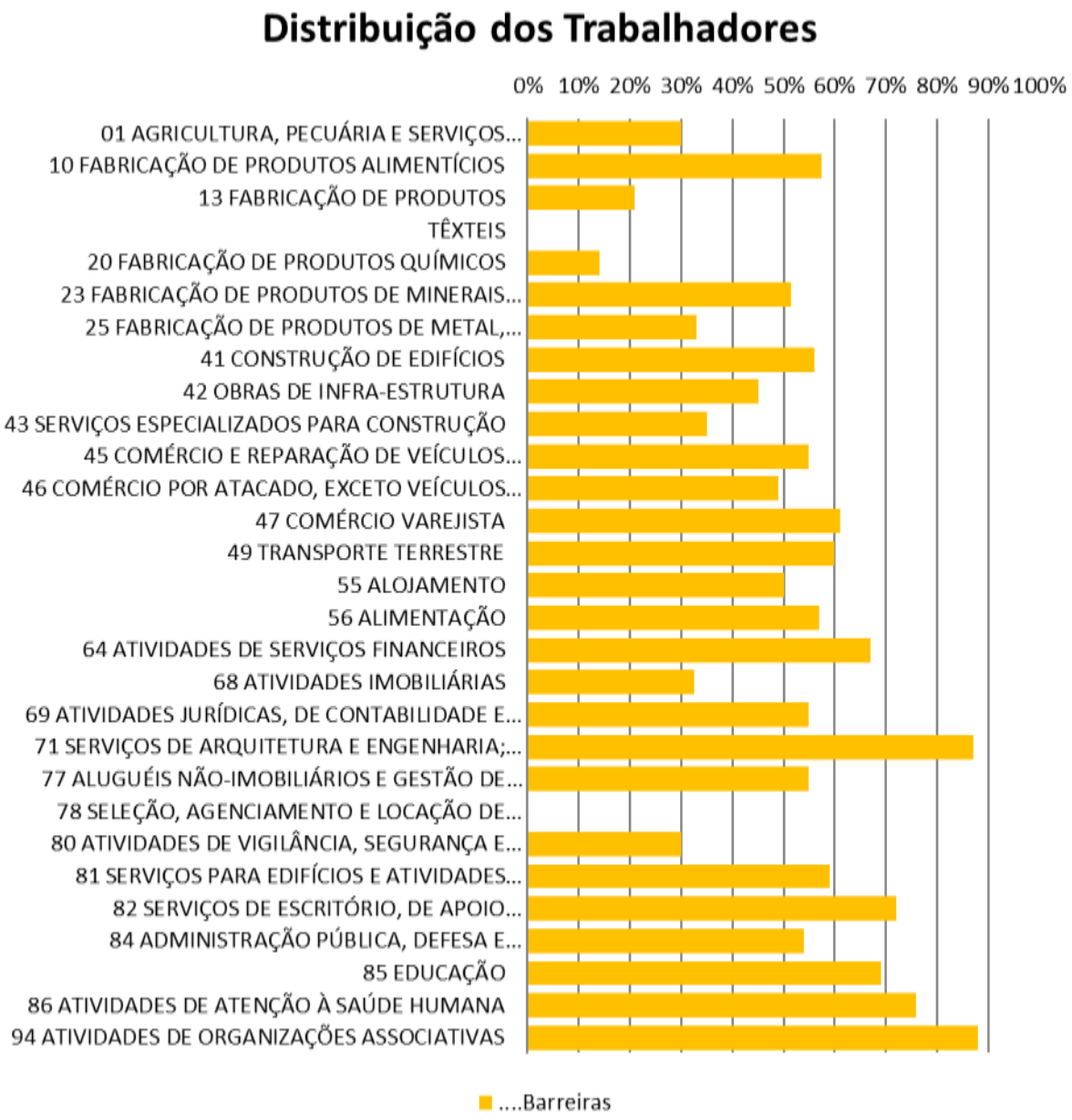
Barreiras se sobressai principalmente no Agronegócio nacional como grande produtora de algodão, milho e soja, além de possuir um grande potencial de expansão de áreas agricultável, pois do total de 7.859,225 km², se utiliza apenas 34 % dessa. Tendo ainda muito a crescer de forma sustentável e ambientalmente correta na Agricultura e Pecuária (AIBA, 2012).

Desta maneira percebe-se que a atividade no campo torna-se uma das mais importantes para economia na região, levando em consideração a ampla utilização da mão de obra nesse setor o que contribui significativamente para o Produto Interno Bruto (PIB).

Em relação à região de saúde, o município de Barreiras se destaca pela Gestão Municipal dos Serviços de Saúde, por ser referência na Macro e Microrregião e possuir sede dos Núcleos Regionais de Saúde – *NRS* (antiga

DIRES). A região de Saúde de Barreiras abrange 15 municípios, sendo eles: Angical, Baianópolis, Barreiras, Brejolândia, Catolândia, Cotegipe, Cristópolis, Formosa do Rio Preto, Luís Eduardo Magalhães, Mansidão; Riachão das Neves; Santa Rita de Cássia; São Desidério; Tabocas do Brejo Velho e Wanderley.

29.1 Distribuição dos trabalhadores segundo atividades econômicas (Seção CNAE 2.0) no município de Barreiras, Bahia, 2013.



Fonte: IBGE-/SINANNET

De acordo com os dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) - Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), segundo a Seção da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE 2.0), e conforme as cidades analisadas da microrregião de Barreiras, a atividade que apresenta o

maior número de trabalhadores é o setor da Agricultura, Pecuária E Serviços Relacionados. Em seguida, segundo a distribuição de trabalhadores formais por divisão do CNAE 2.0 a atividade do Comércio Varejista apresenta-se em segundo lugar com o total de 10.551 (24.2%) trabalhadores, Administração Pública 15,5%.

11.6.1. MORBIMORTALIDADE

No Brasil, os acidentes e a violência configuram problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, com forte impacto na morbidade e na mortalidade da população, devido ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas, ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes. E as causas intencionais como agressões e lesões autoprovocadas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Sabidamente, os acidentes e a violência resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais.

No mundo e no Brasil, os números referentes à morbimortalidade por causas externas, incluído os acidentes de trabalho, são preocupantes, tornando esses agravos um importante problema que pode ser evitado no âmbito da saúde pública.

Tabela 50. Taxa de mortalidade por Acidente de Trabalho-2012

Taxas de Incidência* e Mortalidade* por Acidentes e Agravos Relacionados ao Trabalho (INSS)

Período: 2012

oMicro Reg Mun. Resid	Casos_AT_ Típicos	Taxa_Incid. _AT_Típicos	Casos_AT_ Trajetos	Taxa_Incid. _AT_Trajetos	Casos_Doe. _Rel._Trab.	Taxa_Incid_ Doe_Rel_Trab
Barreiras	161	6,62	43	1,77	97	39,88
Total	161	6,62	43	1,77	97	39,88

Fonte:DATAPREV-INSS -Sistema Único de Benefícios/Comunicação de Acidentes de Trabalho(CAT)-vide Notas Técnicas.

Um dos principais e mais dramáticos problemas relacionados à saúde do trabalhador é o acidente fatal, pois morrer no exercício do trabalho, muitas vezes em decorrência de situações totalmente evitáveis, configura-se a total falência no que se refere à proteção da saúde do trabalhador (POLDI, *et al* 2005).

No período de 2012, observou-se a ocorrência de 161 casos de Acidente de Trabalho Típicos (ATT) no município de Barreiras com taxa de incidência de (tx=6,62), seguida de 97 casos de doenças relacionadas ao trabalho e 43 casos de acidentes de trajetos.

Número de Notificações e Investigações de ATG com óbito Região de Barreiras, no período de 2013-2016

Tabela 51. Óbito Região de Barreiras, no período de 2013-2016

Região de Saúde (CIR): Barreiras(15)					
Região de Saúde/Município	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**Total**
.... Barreiras	1	-	4	12	17
Total	1	-	4	12	17

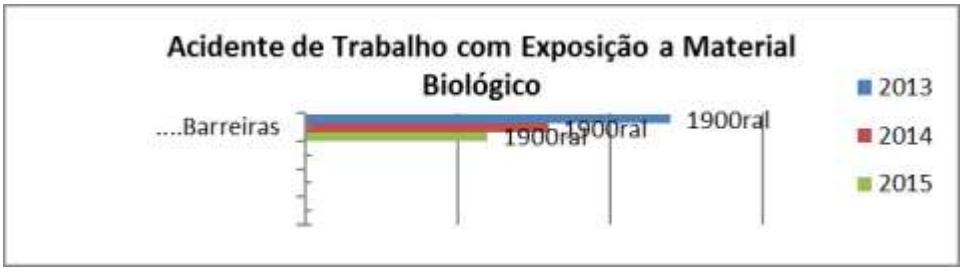
Fonte: SESAB/SIM

De acordo com os dados analisados, o município de Barreiras apresentou uma incidência de 70% (12 casos) de notificações de ATG com óbito no ano de 2016, havendo assim um aumento significativo das notificações quando comparados com os anos anteriores.

O município de Barreiras é líder no ranking de notificações de acidente de trabalho grave, porém nem todos os casos notificados são de trabalhadores que residem no município de Barreiras. Vale ressaltar, que o elevado número de notificações se deve pelo fato do Hospital do Oeste de Barreiras ser referência em saúde no Oeste Baiano. Outro fato que pode ter contribuído para esse aumento das notificações, é o projeto piloto que a equipe do CEREST iniciou no ano 2015, com a investigação de óbito por acidente de trabalho, através de

análises das declarações de óbito, com o intuito de correlacionar o óbito com o acidente de trabalho.

Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico, período de 2013/2015.



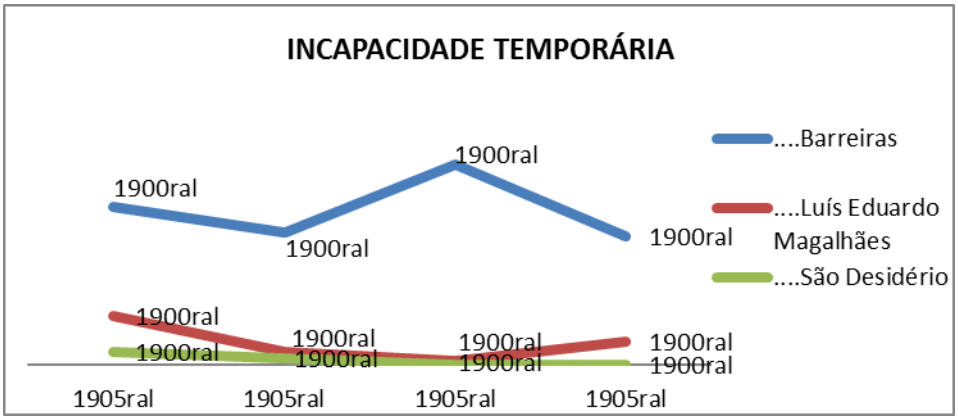
Fonte:SINAN

Em relação aos Acidentes de Trabalho com Material Biológico (ATMB) 57 casos notificados no ano de 2013, 53 em 2014 e 51 no ano de 2015.

Essa alta incidência de ATMB no município de Barreiras pode ser justificada devido às unidades de saúde de grande porte se encontrar localizados no município.

É possível observar uma diminuição dos casos de ATMB em relação aos anos anteriores nos municípios supracitados, entretanto esses dados ainda são considerados elevados, tendo em vista o alto risco que esses profissionais estão expostos.

Investigação de acidente de trabalho grave - Sinan NET, Territ. Ident. Munic. Not: Evolução caso: Incapacidade Temporária, Período de 2012-2015.



Fonte:SINAN

Através da análise para incapacidade temporário de 2012-2015, Barreiras apresentou o maior índice de incapacidade temporária por Acidente de Trabalho Grave (ATG) no ano 2014.

11.6.2 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DO MUNICÍPIO DE BARREIRAS

Na Secretaria Municipal de Saúde as ações em saúde do trabalhador são desenvolvidas pelo Centro de Referencia em Saúde do Trabalhador. O CEREST Barreiras desenvolve ações de assistência para a população de trabalhadores, vigilância (Investigação de acidente de trabalho grave e com óbito, inspeções em ambientes e processos de trabalho) e informações em saúde do trabalhador, com destaque para identificação e análise dos fatores e situações de risco nos ambientes e processos de trabalho, intervenção nos fatores determinantes dos riscos e agravos a saúde dos trabalhadores, avaliação do impacto das medidas de proteção adotadas, divulgação sistemática das informações, educação em saúde, monitoramento dos indicadores e apoio matricial das ações de saúde do trabalhador nos 15 municípios da microrregião oeste: Angical, Baianópolis, Catolândia, Cotegipe, Cristópolis, Luís Eduardo Magalhães, Mansidão, Riachão das Neves, Santa Rita de Cássia, São Desidério, Wanderley, Formosa do Rio Preto, Brejolândia, Tabocas do Brejo Velho. Além do acompanhamento das unidades de saúde notificadoras de Agravos e Doenças Relacionados ao Trabalho (ADRT).

12. RECURSOS FINANCEIROS APLICADOS EM SAÚDE

A Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, assegurou o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo aportem anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas e

determinando as suas bases de cálculo. Portanto, o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos da União, dos Estados e dos Municípios, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social de cada ente.

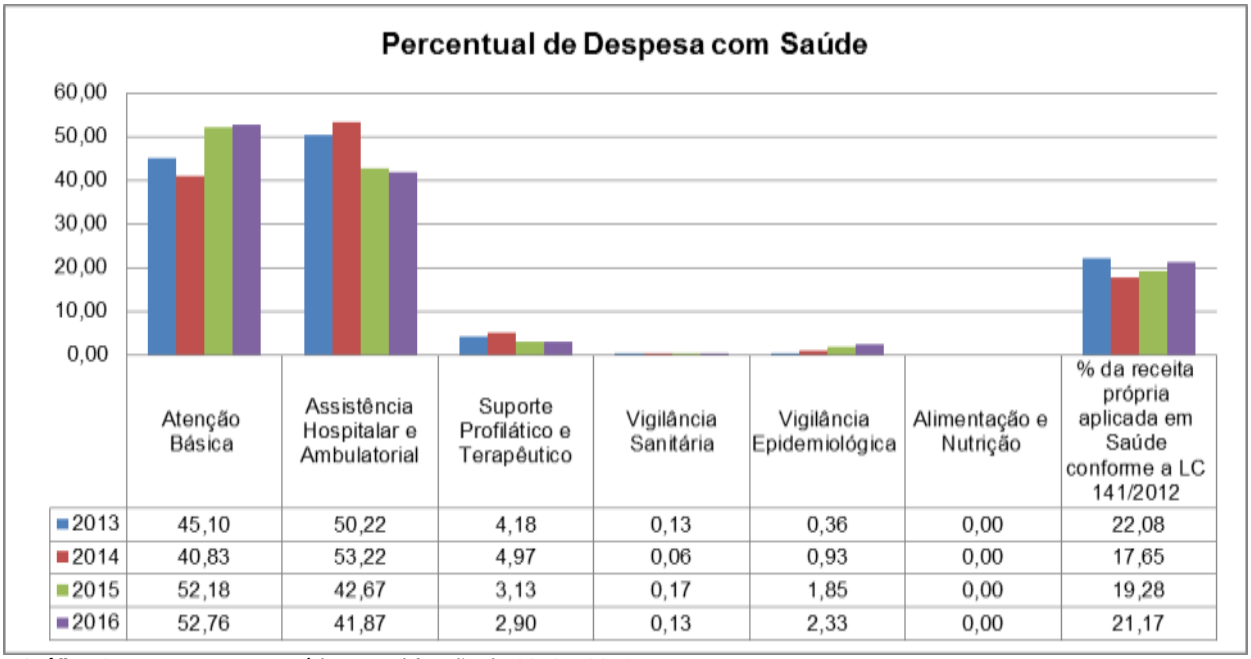
Para operacionalizar as ações e serviços públicos de saúde, a Lei Complementar n° 141/2012 preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio de fundos de saúde, que são unidades orçamentárias gerenciadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (BRASIL, 2000a).

Sobre o aporte regular e obrigatório dos municípios em ações e serviços de saúde, a referida Lei estabelece a base de cálculo e a aplicação mínima em 15% da arrecadação dos impostos próprios, acrescidas das transferências constitucionais, cujo disposto, vem sendo cumprido pelo munícipio de Barreiras, conforme percentual de receita própria aplicada em saúde, evidenciado no gráfico 01.

Quanto aos recursos federais do SUS, os valores são transferidos aos níveis estadual e municipal mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, em blocos de financiamento sendo eles: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. O gráfico 01, apresenta o comportamento do percentual de despesa com saúde por subfunção, no período de 2013 a 2016.

A realização de uma gestão orçamentário-financeira do SUS é necessária a integração planejamento/orçamento, acompanhado de controle, avaliação e fiscalização. No financiamento da saúde os recursos disponíveis para a execução das ações planejadas no Plano Municipal de Saúde devem ser articulados com Plano Plurianual – PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA.

Na tabela 52, estão relacionados os códigos das ações e metas administrativas cujos valores financiarão, o Programa Saúde Humanizada do município de Barreiras – Bahia, contido no PPA Municipal 2018-2021.



	Atenção Básica	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Suporte Profilático e Terapêutico	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição	% da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012
2013	45,10	50,22	4,18	0,13	0,36	0,00	22,08
2014	40,83	53,22	4,97	0,06	0,93	0,00	17,65
2015	52,18	42,67	3,13	0,17	1,85	0,00	19,28
2016	52,76	41,87	2,90	0,13	2,33	0,00	21,17

Gráfico 01 - Despesa com saúde por subfunção de 2013 a 2016

Tabela 52. Códigos das Ações e Metas Administrativas 2018-2021

Código	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
1027	700.000,00	743.400,00	789.490,80	838.439,23
1028	1.500.000,00	1.593.000,00	1.691.766,00	1.796.655,49
1030	150.000,00	159.300,00	169.176,60	179.665,55
1031	250.000,00	265.500,00	281.961,00	299.442,58
1032	100.000,00	106.200,00	112.784,40	119.777,03
1034	200.000,00	212.400,00	225.568,80	239.554,07
1035	50.000,00	53.100,00	56.392,20	59.888,52
1036	200.000,00	212.400,00	225.568,80	239.554,07
1037	150.000,00	159.300,00	169.176,60	179.665,55
1045	930.000,00	987.660,00	1.048.894,92	1.113.926,41
1048	1.400.000,00	1.486.800,00	1.578.981,60	1.676.878,46
1049	50.000,00	53.100,00	56.392,20	59.888,52
1052	250.000,00	265.500,00	281.961,00	299.442,59
1053	100.000,00	106.200,00	112.784,40	119.777,03
1056	3.200.000,00	3.398.400,00	3.609.100,80	3.832.865,05
1057	1.500.000,00	1.593.000,00	1.691.766,00	1.796.655,49
1065	100.000,00	106.200,00	112.784,40	119.777,03

1079	10.000.000,00	10.620.000,00	11.278.440,00	11.977.703,28
1099	450.000,00	477.900,00	507.529,80	538.996,65
1100	350.000,00	371.700,00	394.745,40	419.219,61
1101	50.000,00	53.100,00	56.392,20	59.888,52
2035	1.800.000,00	1.911.600,00	2.030.119,20	2.155.986,59
2036	29.200.000,00	31.250.400,00	32.933.044,80	35.374.893,58
2037	55.000.000,00	58.410.000,00	62.031.420,00	65.877.368,04
2039	4.800.000,00	5.097.600,00	5.413.651,20	5.749.297,57
2040	3.800.000,00	4.035.600,00	4.285.807,20	4.551.527,25
2041	2.800.000,00	2.973.600,00	3.157.963,20	3.353.756,92
2042	1.000.000,00	1.062.000,00	1.127.844,00	1.197.770,33
2043	500.000,00	531.000,00	563.922,00	598.885,16
2044	1.800.000,00	1.911.600,00	2.030.119,20	2.155.986,59
2045	220.000,00	233.640,00	248.125,68	263.509,47
2046	502.000,00	533.124,00	566.177,69	601.280,71
2047	213.000,00	226.206,00	240.230,77	255.125,08
2049	3.500.000,00	3.717.000,00	3.947.454,00	4.192.196,15
2050	100.000,00	106.200,00	112.784,40	119.777,03
2084	60.000,00	63.720,00	67.670,64	71.866,22
2085	620.000,00	658.440,00	699.263,28	742.617,60
2086	500.000,00	531.000,00	563.922,00	598.885,16
2087	288.000,00	305.856,00	324.819,07	344.957,85
2089	200.000,00	212.400,00	225.568,80	239.554,07
2090	384.000,00	407.808,00	433.092,10	459.943,81
2091	3.592.000,00	3.814.704,00	4.051.215,65	4.302.391,02
2092	46.000,00	48.852,00	51.880,82	55.097,43
2093	20.000,00	21.240,00	22.556,88	23.955,41
2126	100.000,00	106.200,00	112.784,40	119.777,03
6032	50.000,00	53.100,00	56.392,20	59.888,52
Total Geral	**132.775.000,00**	**141.247.050,00**	**149.749.487,10**	**159.433.955,32**

Fonte: PPA 2018-2021 | Prefeitura Municipal de Barreiras

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Na tabela 53, os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento, cujo valores são transferidos fundo a fundo, estão contidos no Plano.

Tabela 53. Recursos Federais Bloco de Financiamento 2018-2021

Bloco de Financiamento	2018	2019	2020	2021
Assistência Farmacêutica	**1.010.000,00**	**1.072.620,00**	**1.139.122,44**	**1.209.748,03**
Básico da Assistência Farmacêutica Básica	860.000,00	913.320,00	969.945,84	1.030.082,48
Farmácia Popular	150.000,00	159.300,00	169.176,60	179.665,55
Atenção Básica	**11.160.000,00**	**11.851.920,00**	**12.586.739,04**	**13.367.116,86**
Piso de Atenção Básica Fixo	3.800.000,00	4.035.600,00	4.285.807,20	4.551.527,25
Piso de Atenção Básica Variável	7.360.000,00	7.816.320,00	8.300.931,84	8.815.589,61
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	**60.622.000,00**	**64.380.564,00**	**68.372.158,97**	**72.611.232,85**
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC	3.592.000,00	3.814.704,00	4.051.215,65	4.302.391,03
Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC	57.030.000,00	60.565.860,00	64.320.943,32	68.308.841,82
Vigilância em Saúde	**2.384.000,00**	**2.531.808,00**	**2.688.780,10**	**2.855.484,48**
Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVISA	280.000,00	297.360,00	315.796,32	335.375,70
Vigilância em Saúde	2.104.000,00	2.234.448,00	2.372.983,78	2.520.108,78
Total Geral	**75.176.000,00**	**79.836.912,00**	**84.786.800,55**	**90.043.582,22**

Fonte: PPA 2018-2021 | Prefeitura Municipal de Barreiras

Na tabela 54 é demonstrado o planejamento de receitas orçada e disponível para saúde por fonte financiadora.

Na tabela 55, foram previstas as despesas de custeio e capital cujos recursos financeiros estão distribuídos por entes, considerando as necessidades de saúde e a oferta de serviços.

Tabela 54. Planejamento de Receitas Orçada 2018-2021

FONTE	PERÍODO /R$							
	2018		2019		2020		2021	
	Orçado	Disponível	Orçado	Disponível	Orçado	Disponível	Orçado	Disponível
Municipal	31.182.410,00	31.182.410,00	33.115.719,42	33.115.719,42	35.168.894,02	35.168.894,02	37.349.365,45	37.349.365,45
Estadual	1.724.338,70	1.724.338,70	1.831.247,70	1.831.247,70	1.944.785,06	1.944.785,06	2.065.361,73	2.065.361,73
Federal	80.335.003,05	80.335.003,05	85.315.773,24	85.315.773,24	90.605.351,18	90.605.351,18	96.222.882,95	96.222.882,95
Total	**113.241.751,75**	**113.241.751,75**	**120.262.740,36**	**120.262.740,36**	**127.719.030,26**	**127.719.030,26**	**135.637.610,14**	**135.637.610,14**

Fonte: PPA 2018-2021 | Prefeitura Municipal de Barreiras

Tabela 55. Despesas de Custeio e Capital

ANO	UNIÃO		ESTADO		MUNICIPIO		TOTAL	
	CUSTEIO	CAPITAL	CUSTEIO	CAPITAL	CUSTEIO	CAPITAL	CUSTEIO	CAPITAL
2018	76.046.000,00	4.289.003,05	1.524.338,70	200.000,00	26.132.510,00	5.049.900,00	103.702.848,70	9.538.903,05
2019	80.760.852,00	4.554.921,24	1.618.847,70	212.400,00	27.752.725,62	5.362.993,80	110.132.425,32	10.130.315,04
2020	85.768.024,82	4.837.326,36	1.719.216,26	225.568,80	29.473.394,61	5.695.499,42	116.960.635,69	10.758.394,57
2021	91.085.642,36	5.137.240,59	1.825.807,66	239.554,07	31.300.745,07	6.048.620,38	124.212.195,10	11.425.415,03

Fonte: LDO | Prefeitura Municipal de Barreiras

A Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde. Os recursos previstos na tabela 05, evidencia o que será aplicado na saúde no próximo quadriênio.

Tabela 56 – Financiamento da Política Municipal de Saúde.

FINANCIAMENTO DA PMS	**VALOR**
Recursos Municipal	136.816.388,90
Recursos do Governo Federal	352.479.010,42
Recursos do Governo Estadual	7.565.733,19
TOTAL	**496.861.132,51**

Fonte: PPA 2018-2021. Prefeitura Municipal de Barreiras

13. CONTROLE SOCIAL

O Conselho Municipal da Saúde – CMS é um órgão colegiado do Sistema Único de Saúde, com funções deliberativas, fiscalizadoras e consultivas, tendo como objetivo básico a formulação e proposição de estratégias e controle da execução das políticas de saúde do Município, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo Presidente.

O Conselho Municipal da Saúde visa à melhoria das condições de saúde da população, nos aspectos de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para isso o Conselho deve planejar, gerir e fiscalizar a alocação de recursos aplicados no setor de saúde no nível municipal, garantindo a universalidade da assistência à saúde; fiscalizar os órgãos públicos de prestação de serviços de saúde no sentido de que proporcionem uma atenção integral à saúde e um desempenho com resolutividade satisfatória; integrar os esforços de entidades afins com o intuito de evitar a diluição de recursos e trabalho na área da saúde.

É composto de um plenário com caráter deliberativo, cujos componentes são representantes da Gestão Municipal, prestadores de serviços e representantes dos usuários. Cada Grupo terá obrigatoriamente a representatividade de 50% (cinquenta

por cento) dos membros e se reunirá a cada 30 dias em caráter ordinário e extraordinariamente, quando convocado pelo Presidente ou pelo Secretário Municipal.

O Conselho Municipal de Saúde de Barreiras, sempre encontrou dificuldades em algumas situações em toda sua existência, principalmente no tocante a estrutura e condições de funcionamento depois da saída da Casa dos Conselhos no início de 2013 quando a casa foi desocupada para reforma e alocado junto com os demais conselhos em local cedido pela Secretaria de Saúde, ou seja no prédio onde funcionava o setor de manutenção da mesma SMS. Além de inconsistência na sua composição.

Porém levando em consideração todas as necessidades diante da importância desse colegiado, os membros do mesmo passaram a se preocupar e agir de forma mais incisiva na resolutividade de tais pendências.

A partir de 2014 algumas regras foram alteradas pensando na reestruturação e melhores condições de trabalho a exemplo de não permitir reuniões em qualquer lugar por falta de um espaço adequado. Vale salientar que o Conselho nessa fase se reunia, em Sindicatos, Igrejas, na 25ªDIRES, enfim, com a relocação para uma sala na COPIM e com a aquisição de alguns equipamentos melhoraram as condições de trabalho.

A partir daí o Colegiado deliberou orientado pela Resolução 453 de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que aprova diretrizes para instituição, reformulação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, e em consonância com a SMS realizar eleição direta com participação ampla da sociedade respeitando o Regimento Interno do CMS e oportunizando novos participantes tornando o conselho mais democrático e participativo, o que de fato vem acontecendo.

Com a nova composição eleita em 2015, as discussões a cerca dos diversos temas propostos tem sido debatido e acompanhado com mais precisão principalmente a partir da criação de Comissões especificas para melhor acompanharem as matérias. Foram criadas três Comissões: Acompanhamento do Orçamento; Acompanhamento das Ações da SMS e Criação da CIST (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador) .

De fato as mudanças são visíveis a participação dos membros sendo constante, mas ainda há muito a avançarmos. A ampliação da Secretaria executiva fazia-se necessária face o volume de trabalho com a criação das Comissões. A contratação de mais uma funcionária Assistente Social tem possibilitado a ampliação do apoio logístico ás Comissões.

Atendendo também solicitação da Secretária Executiva, no sentido de viabilizar mais apoio técnico aos Conselheiros (legislação, análise técnica da política de Saúde,) etc. O CMS de Barreiras tem atuado constantemente na sua proposta de zelar por uma qualidade de vida dos trabalhadores e usuários do SUS, mesmo diante das dificuldades e se dispõe incansavelmente a atuar de formar decente e justa junto a Gestão municipal para desenvolver o papel que lhe é atribuído.

Para que o CMS possa efetivamente contribuir com a Participação e o Controle Social no SUS é necessário que a Gestão:

1-Fortaleça as instâncias de controle social e garanta o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

2-Fortaleça a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais.

DIRETRIZES E METAS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – 2018/2021

Diretriz 1 - Ampliar o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Esta estratégia objetiva a qualificação da atenção primária e da atenção especializada, organizadas em redes e com acolhimento e práticas humanizadas e com evidências que as referendem. A implementação das redes de saúde (RAS) resgatam a integralidade da atenção, promovem a qualificação das práticas e fortalecem a gestão do cuidado, de forma a assegurar a resolubilidade dos serviços prestados.

No período de 2014-2017, a Secretaria Municipal da Barreiras promove-rá esforços para aumentar a cobertura e qualificar a rede de Atenção Básica (AB), buscando assegurar a sua resolubilidade e posição estruturante do sistema. Os projetos e atividades a serem desenvolvidos visarão fortalecer linhas de atuação já consolidadas, em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Atenção Básica em geral.

Para tanto, a qualificação das AB se dará mediante uma política de ampliação e qualificação recursos humanos, reforma, adequação/ampliação ou construção de novas unidades básicas de saúde, conforme as necessidades epidemiológicas e disponibilidade de recursos municipais, bem como repasses de outras esferas de gestão do país. Paralelamente, buscar-se-á excelência técnica mediante a padronização de condutas através de protocolos assistenciais.

As áreas de promoção e prevenção à saúde são prioritárias no trabalho da AB, com ênfase dos grupos de maior vulnerabilidade (crianças e adolescentes, gestantes, idosos, pessoas com deficiência, portadores de doenças crônicas e/ou portadores de sofrimento psíquico), com retaguarda de uma qualificada rede de Urgência e Emergência e dos níveis assistenciais de maior complexidade (níveis secundário e terciário).

O objetivo desta diretriz é alcançar uma atenção à saúde efetivamente integral, que priorize populações em situação de vulnerabilidade e iniquidade em territórios específicos.

Nesse sentido, serão ampliados e fortalecidos no âmbito do SUS os mecanismos de promoção da equidade e de enfrentamento de disparidades raciais, étnicas, de gênero, orientação sexual e local de moradia.

A educação permanente dos profissionais nesse processo é fundamental, bem como a criação de mecanismo que atraiam profissionais para o SUS. Para o monitoramento e avaliação das políticas de atenção, a SMS de Barreiras, promoverá a revisão de seus sistemas de informação, melhorando a confiabilidade e expandindo as possibilidades de uso das informações em saúde para o aprimoramento das referidas políticas, programas de saúde e linhas de cuidado.

São projetos estratégicos na qualificação dos cuidados primários à saúde população de Barreiras: Programa de Qualificação da Atenção Básica (potencialização técnica da AB mediante protocolos e reorientação de fluxos para níveis de maior complexidade), Programa de Saúde na Escola (PSE), Programa de

Monitoramento das Condicionalidades da Saúde-Programa “Bolsa Família” (taxa de conclusão do pré-natal e vacinação de crianças até sete anos), programa de distribuição de medicamentos gratuitos para hipertensos e diabéticos pelo programa “Farmácia Cidadã”, o programa “Brasil Sorridente”, da “Rede Cegonha” (atenção à gestante e crianças até 2 anos), programa de saneamento e do enfrentamento das doenças relacionadas à pobreza.

A construção de protocolos assistenciais para a rede de atenção básica alinhado coma rede especializada será particularmente prioritário nos próximos anos, com vistas qualificar e otimizar recursos humanos e financeiros, buscando a equidade e agilidade no acesso dos usuários, considerando a Politica Nacional de Humanização da Saúde.

Metas

- Promover uma política de humanização em todos os níveis de assistência à saúde no SUS, melhorando e agilizando continuadamente os mecanismos de referência e contrarreferência, envolvendo a Atenção Básica, Atenção Especializada e Rede Hospitalar;
- Instituir estratégias de fortalecimento do vínculo dos usuários das UBS e outros serviços da SMS, como o acolhimento e a escuta qualificada;
- Expandir as ações de educação em saúde nas UBS;
- Ampliar e rever programas preventivos;
- Implementação do Programa Antitabagismo;
- Rever e avaliar continuamente o acesso dos usuários a exames e consultas com vistas a agilidade de acesso e resolutividade;
- Desenvolver projetos de ampliação, reforma ou adequação da área física das unidades básicas de saúde, considerando a disponibilidade de recursos financeiros e questões operacionais;
- Desenvolver projetos de construção de novas UBS de acordo com a disponibilidade de recursos financeiros e questões operacionais;
- Ampliação da cobertura populacional de agentes comunitários de saúde para 40%, objetivando uma futura cobertura próxima de 80%;

- Ampliar as equipes de estratégia da saúde da família em 21%, estimulando a sua ampliação contínua e progressiva até próximo de 70%;
- Ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica para 21%, objetivando um meta futura ao redor de 70%;
- Rever a estrutura funcional administrativa das UBS mediante qualificação dos assistentes administrativos e agentes de regulação nas UBS;
- Reduzir a proporção de internações por condições sensíveis por intervenções na AB, mediante protocolos assistenciais, qualificação das linhas de cuidado, inclusão do acolhimento e classificação de risco nas unidades básicas de saúde (implementação do Programa de Qualificação da Atenção Básica);
- Adesão ao “Programa Mais Médicos” e Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB Médicos e Enfermeiros);
- Adesão à Política Nacional de Saúde Prisional;
- Promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde nos protocolos construídos (saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto/idoso (diabetes, hipertensão arterial, doenças da tireoide, doença respiratória, saúde bucal, saúde mental e pessoa com deficiência));
- Buscar parceria com instituições de ensino superior para a qualificação dos recursos humanos da SMS;
- Aumentar a oferta de cuidados multiprofissionais na Atenção Básica mediante a criação Núcleos de Apoio à Estratégia da Saúde da Família (NASF);
- Ampliar as equipes de saúde bucal visando uma cobertura de 21%;
- Ampliação do Programa Telessaúde para suporte técnicos aos profissionais das UBS por mídia eletrônica, inclusive como retaguarda para a área clínica especializada;
- Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica anual;
- Implementação da unidade odontológica móvel;
- Promover a educação permanente para profissionais de saúde da Atenção Básica, com ênfase na Estratégia da Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde;
- Potencializar e incentivar a inserção dos agentes comunitários de saúde no combate a endemias e doenças emergentes como a dengue e a febre Chikungunya e Zika;

- Manter a adesão do município no Programa de Melhoria e Acesso da Qualidade da Atenção Básica, com avaliações periódicas do Ministério da Saúde;
- Repactuar o atendimento de média complexidade entre os municípios da região;
- Reduzir a proporção de óbitos por infarto agudo do miocárdio e doença vascular cerebral;
- Reduzir a taxa de mortalidade antes dos 70 anos pelo conjunto das 04 principais doenças crônicas não transmissíveis: diabetes, doenças do parelho cardiovascular, câncer e doença respiratória;
- Reduzir as listas de espera para exames especializados;
- Reduzir as listas de espera na área de cirurgia em Traumatologia e Ortopedia;
- Instituir projeto “Cuidando do Cuidador”, voltado aos profissionais da Secretaria Municipal da Saúde;
- Participar da criação com o controle Social de uma comissão para atender as questões de saúde de natureza intersetorial em Barreiras e atender as propostas elencadas na Conferência Municipal de Saúde.

Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

A ampliação, qualificação e reconhecimento das diversas portas de entrada de urgências constituirão as bases de operacionalização dessa diretriz. Essa rede será organizada de modo a ampliar o acesso humanizado, integral, ágil e oportuno aos usuários em situação de urgências nos serviços de saúde. As ações da rede estarão pautadas no acolhimento com classificação de risco e na capacidade resolutiva dos serviços.

Uma medida essencial será o fortalecimento do papel da urgência como integrante do cuidado no território e regulador da classificação de risco, principalmente nos casos crônicos agudizados, fixando-os na respectiva área de abrangência. Outra estratégia na organização e operacionalização desta rede,

consistirá na expansão da capacidade resolutiva das UBS nas situações de urgência e emergência, com regulação do referenciamento dos pacientes.

Nesse sentido, as ações a serem desenvolvidas pela SMS de Barreiras estarão voltadas a expandir e integrar as estratégias de atenção às urgências, como as Unidades de Pronto Atendimento/UPA e os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A implantação da UPA no Bairro Santa Luzia reforçará as ações empreendidas para consolidar um novo modelo de atenção à saúde que não seja centrado nos hospitais. Na melhoria da situação das portas hospitalares de atenção às urgências, deverá ser efetivado o plano de reformas e aquisição de equipamentos, de forma a propiciar melhores condições ao atendimento, estes dependentes de recurso federais.

Paralelamente, buscar-se à a ampliação de leitos, principalmente de clínica médica e unidades de terapia intensiva no município.

A Rede de Urgência e Emergência funcionará mediante uma política de regulação de leitos conforme critérios de risco e equidade. Essa política favorecerá a racionalização e adequação de serviços, evitando-se leitos ociosos (Central de Regulação de Leitos sob responsabilidade do Estado).

Para desafogar os hospitais e propiciar atendimento humanizado e qualificado às pessoas, será potencializado o serviço de atenção domiciliar (ATENDO), ampliando o atendimento de pacientes que não têm possibilidade de serem cuidados em regime ambulatorial usual, mas que também não exigem o ambiente hospitalar.

Metas

- Manter a cobertura do atendimento móvel de urgência em 100% (SAMU 192);
- Implantar a UPA no Bairro Santa Luzia
- Promover a educação permanente dos profissionais de saúde no atendimento às urgências e emergências de toda a Rede Assistencial de Barreiras;
- Qualificar o acolhimento no PA 24horas, bem como a classificação de risco, agilizando o atendimento;
- Dar continuidade ao projeto de educação das comunidades/população no uso dos serviços de urgência e emergência, bem como na prestação de primeiros

socorros (aproximação do SAMU com a comunidade, SAMU com a Escola e Samuzinho);

- Ampliar a proporção de internações de urgência e emergência reguladas;
- Melhorar a acessibilidade do SAMU nas Portas de Entradas das Urgências;
- Renovação da frota, para melhor efetivação na qualidade do atendimento.

Diretriz 3 –Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

A implementação dessa diretriz está baseada na organização e desenvolvimento da "Rede Cegonha" proposta pelo Ministério da Saúde em Barreiras. Esta é uma estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil mediante: (a) acolhimento, ampliação do acesso e qualidade do pré-natal; (b) vinculação da gestante à unidade de referência; (c) boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; (d) atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses, com qualidade e resolubilidade; (e) ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo (planejamento familiar). Nesse contexto, buscar-se-á a integralidade da mulher ao longo dos diferentes momentos da sua vida e a sua realidade social. A estruturação dessa rede envolverá ações no âmbito da atenção primária (planejamento familiar, pré-natal, puerpério, atendimento integral à saúde da criança), bem como no âmbito da atenção especializada (pré-natal da gestante de risco, atenção ao parto e ao nascimento, atenção ao recém-nascido de risco, urgências e emergências, mulheres em situações especiais).

A qualificação do modelo de atenção à gravidez, parto/nascimento, aborto e puerpério preconizado pela "Rede Cegonha" diferencia-se pela perspectiva da promoção da saúde, nos princípios da humanização e práticas baseadas em evidências, na defesa dos direitos humanos e na adequação de ações para inclusão de mulheres, crianças e adolescentes vulneráveis. Paralelamente, estão inseridos o fortalecimento e a ampliação da rede de prevenção e controle do câncer de mama e do colo do útero e ações de promoção e garantia da atenção à saúde integral de crianças e adolescentes.

Metas

- Qualificar a atenção pré-natal mediante a meta de 60% das gestantes com no mínimo 07 consultas de pré-natal e todos os exames recomendados;
- Rastrear 100% das gestantes para sífilis HIV;
- Ampliar os serviços de triagem neonatal e de exames voltados ao diagnóstico precoce de doenças, como o “teste do pezinho”, “teste da orelhinha” e “teste do olhinho”;
- Implantar a triagem neonatal rotineira para neonatos do SUS em relação à fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase;
- Implantar e capacitar 100% das equipes das UBS na realização do teste rápido para sífilis, hepatite B e HIV, com vistas a redução de sífilis congênita, transmissão vertical do vírus HIV mediante identificação da infecção materna e seu tratamento precoce;
- Promover o aleitamento materno até os dois anos de idade (exclusivo até os seis meses e introdução de alimentos complementares saudáveis em tempo oportuno) e fortalecimento da rede “Amamenta Brasil” e da estratégia nacional de alimentação complementar saudável;
- Garantir o acesso aos suplementos de micronutrientes para prevenção das doenças por carência nutricional específica, como a anemia e a hipovitaminose A;
- Organização dos serviços de atenção primária para garantir o acompanhamento da criança, com avaliação do crescimento e desenvolvimento em todas as consultas de rotina e preenchimento adequado da caderneta de saúde da criança;
- Implantar Protocolos de Atenção à Gestante e de Puericultura em nível de AB, com capacitação de médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família;
- Disponibilizar atendimento especializado e diferenciado para as crianças de maior risco, bem como busca ativa dos faltosos, sobretudo das crianças de maior risco;

- Garantir acesso às vacinas disponíveis no SUS e ampliação do elenco de imunobiológicos do programa nacional de imunização;
- Fortalecer as ações educativas e preventivas dirigidas à população adolescente e jovem na área da saúde reprodutiva, enfocando a ampliação do acesso aos métodos contraceptivos;
- Investigar 100% dos óbitos maternos, infantis e fetais, bem como de mulheres em idade fértil;
- Incentivar os hospitais a manter metas quantitativas e qualitativs que induzam a incorporação de práticas de atenção ao parto e nascimento com previsão de taxas de cesariana, atendendo as metas pactuadas dos indicadores de saúde;
- Garantir nas maternidades do SUS e conveniadas de “vaga sempre” para gestantes;
- Garantir o teste rápido para gravidez em 100% UBS, podendo ser solicitados por enfermeiros, contribuindo para captação pré-natal precoce;
- Promover a educação em saúde das equipes de saúde da AB para assistência pré-natal e ginecológica para médicos e enfermeiros, com base em protocolos e critérios de regulação de encaminhamento para níveis de maior complexidades construídas pela equipe técnica da SMS;
- Aquisição de um Centro de Parto Normal (CPN) perihospitalar com 05 (cinco) leitos PPP (Pré Parto, Parto e Pós Parto) vinculado ao Hospital da Mulher/Maternidade;
- Manter a oferta de mamografias e exames citopatológicos do colo uterino conforme necessidade populacional, estimulando a sua realização;
- Ampliar a razão de exames de mamografia de rastreamento entre mulheres com idade entre 50 e 69 anos;
- Ampliar a razão de exames citopatológicos do colo uterino entre mulheres com idade entre 25 e 64 anos;
- Monitorar 100% das mulheres portadoras de lesões intraepiteliais baixo e alto grau bem como de lesões invasoras do colo uterino;
- Monitorar 100% das mulheres portadoras de mamografias Birads 0, III, IV, V ou VI, bem como de carcinoma de mama confirmado histopatologicamente;
- Estimular a redução das taxas de cesariana;

- Ampliar a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré - natal;
- Promover a redução da mortalidade materna, infantil e fetal;
- Promover a redução dos casos de sífilis congênita.

Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack, outras drogas e ampliação de novos serviços.

O fortalecimento dessa rede de compreenderá a ampliação do acesso e a qualificação/diversificação do tratamento de usuários em sofrimento psíquico, dependentes de álcool, crack ou outras drogas, bem como o atendimento de seus familiares, sempre respeitando a sua singularidade.

Metas

- Qualificar o acolhimento dos usuários nos serviços de saúde mental, com a oferta dos cuidados necessários e recursos humanos;
- Investir na abordagem multiprofissional, recorrendo à estratégia do matriciamento do cuidado em saúde mental / Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico)
- Implantar uma Unidade de Acolhimento para o Adolescente (usuários com histórico de uso de álcool ou drogas e egressos de serviços de internação), com vistas a progressiva reinserção social e no mercado de trabalho;
- Buscar a ampliação de leitos hospitalares para gestantes com doença mental e/ou usuárias de drogas;
- Manter e qualificar os serviços de urgência psiquiátrica;
- Implantar fluxos e protocolos, inclusive de regulação, de cuidados em saúde mental, resgatando e estimulando a participação dos pontos de apoio da Rede Assistencial;
- Implantar o CAPS III;

- Implantar o CAPS AD;
- Implantar leitos psiquiátricos no Hospital M. Eurico Dutra;
- Promover a educação permanente dos profissionais de saúde e de outras áreas (caráter intersetorial) para lidar com as questões de saúde mental (projeto de capacitação);
- Promover o trabalho intersetorial na área de saúde mental como estratégia de qualificação e resolutividade do cuidado: Controle Social, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), SAMU, Residenciais Terapêuticos, Consultório de Rua, Guarda Municipal, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Ministério Público, Hospitais, comunidades terapêuticas, casas de passagem e Secretaria de Assistência Social e Atenção Básica;
- Garantir e ampliar o tratamento do dependente químico, tanto no que tange à desintoxicação, quanto aos cuidados e seguimento após a alta;
- Implantar a política de redução de danos, rediscutindo e avaliando continuadamente essa estratégia, destacando o controle social como interlocutor de resultado de intervenção;
- Buscar a intersetorialidade como estratégia de potencialização das politicas de atenção à saúde mental;
- Formular estratégias de maior acessibilidade aos usuários nos serviços de saúde mental, inclusive nas questões apoio ao transporte aos serviços que prestam atendimento nessa área;
- Desenvolver politicas de prevenção em saúde mental (grupos nas unidades básicas de saúde, capacitação profissional);
- Rever os mecanismos de referência e contra-referência em saúde mental, qualificando-o e aproximando os especialistas em saúde mental dos serviços de Atenção Básica na discussão dos planos terapêuticos dos usuários;
- Criar projetos de apoio às famílias dos usuários dos serviços de saúde mental (grupos, visitas domiciliares, atendimento individualizado e apoio psicológico) para conviverem e cuidarem de seus familiares sempre que possível, estimulando a sua reinserção social;
- Promover o fortalecimento técnico e estrutural dos centros de atenção psicossocial, com destaque às necessidades em recursos humanos;

- Implantar a assistência em saúde mental para crianças e adolescentes quando estas demandam desse tipo de atendimento, com ênfase no monitoramento de resultados.

Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa, com deficiência ou doença crônica, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Essa diretriz se preocupa com o desafio de promover o processo de envelhecimento ativo de modo a ampliar sobretudo o grau de autonomia e independência da pessoa idosa.

Um dos instrumentos relevantes nessa diretriz é a caderneta de saúde do idoso, disponibilizada através das UBS. Essa estratégia permite organizar as linhas de cuidado para idosos frágeis, por intermédio da formação de cuidadores e da adequação da estrutura dos pontos de atenção da rede, de forma a melhorar a acessibilidade e o acolhimento, com foco na atenção básica. Insere-se nesse modelo, a ampliação da atenção biopsicossocial à pessoa idosa em situação de violência.

No tocante às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), deverão ser estabelecidas as linhas de cuidados, a partir do plano de ações estratégicas para o seu enfrentamento de acordo com as peculiaridades de cada região da cidade, enfatizando-se aqui a vigilância dos portadores de condições crônicas.

Essas linhas de cuidado compreenderão projeto terapêutico adequado a ser vinculado ao cuidador e à equipe de saúde. Outra prioridade será o fortalecimento da assistência farmacêutica, com ampliação do acesso aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos protocolos clínicos, bem como a consolidação de estratégias para o aumento da adesão ao tratamento das DCNT. Igualmente, serão fortalecidas as medidas voltadas ao atendimento integral nos casos de acidentes e doenças que resultem em deficiências.

A SMS vem trabalhado no intuito de criar, revisar e qualificar fluxos de referência e contrarreferência de idosos, portadores de doenças crônicas ou deficiências, sempre
estimulando a sua vinculação nos serviços de atenção básica (UBS).

Metas

- Implantar protocolos clínicos em áreas epidemiologicamenteprioritárias (saúde do adulto/idoso, diabetes, tumores prevalentes, hipertensão arterial, doenças da tireoide, doença respiratória, saúde bucal, saúde mental);
- Criar protocolos de atendimento e regulação de consultas especializadas para as doenças crônicas mais prevalentes;
- Rever continuamente os medicamentos e exames com possibilidade de prescrição e solicitação por parte dos médicos da AB, sempre conforme protocolo, com vistas a uma maior resolutividade;
- Promover e estimular a vacinação do idoso conforme calendário e de grupos populacionais de risco para doenças emergentes;
- Desenvolver trabalhos e projetos intersetoriais (parcerias) com vistas a promover e qualificar o cuidado de pacientes idosos ou pessoas com doenças crônicas;
- Rever a política de atenção ao usuário que necessita de oxigenioterapia domiciliar;
- Potencializar a assistência domiciliar pelo SUS;

Diretriz 6 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Essa diretriz refere-se a atenção a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das doenças não transmissíveis e imunopreveníveis, bem como a manutenção da capacidade de resposta municipal às emergências e desastres. Inclui ainda o fortalecimento da promoção da saúde, a vigilância em saúde ambiental e a implantação da política nacional de saúde do trabalhador.

No que se refere às doenças transmissíveis, deverão ser empreendidas frentes de atuação voltadas ao diagnóstico e tratamento precoce, bem como ao controle e à eliminação de agravos, com ênfase na redução da morbimortalidade por arboviroses, na ampliação da taxa de cura da tuberculose, na redução da incidência

de Aids, na eliminação da hanseníase e no diagnóstico precoce das hepatites virais, dentre outras, sejam endêmicas ou emergentes.

Metas

- Qualificar e expandir as ações de vigilância sanitária, a serem executadas de forma transversale integrada à política nacional de saúde, com o objetivo de prevenir e controlar os riscos oriundos da produção, comercialização e uso de bens e serviços mediante o monitoramento do risco sanitário, o controle e regulamentação sanitária;
- Enfatizar e estimular a prática da atividade física, a alimentação saudável, a prevenção e o controle do tabagismo como medidas de promoção à saúde;
- Promover a construção da cultura de paz nos serviços públicos de saúde, com campanhas e projetos sistemáticos de comunicação e educação;
- Estimular a prática de exercícios físicos e tornar a população mais próxima dos serviços prestados, sobretudo no âmbito da atenção básica e em articulação com os NASF´s (Núcleo de Apoio à Saúde da Família);
- Estimular-se-á nas redes de saúde, de educação e de assistência social, a inserção de medidas promotoras da alimentação adequada e saudável. Tais medidas deverão ser implementadas de forma articulada com o plano nacional de segurança alimentar e nutricional e sintonizadas com a política nacional de alimentação e nutrição no âmbito do SUS;
- Ampliar as coberturas vacinais dos calendários básicos (criança, adulto, gestante, idoso e pessoas em condições especiais), buscando alcançar pelo menos 75% de homogeneidade de coberturas;
- Manter uma proporção de cura da tuberculose bacilífera pulmonar de 85% ou mais;
- Ampliar a proporção de exames HIV entre casos novos de tuberculose para 100% ou mais;
- Reduzir o registro das causas básicas indefinidas de óbito para menos de 5%;
- Ampliar a proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerradas até 60 dias após a notificação para 80%;

- Reduzir os casos novos de AIDS entre menores de 05 anos para até 02 casos/ano;
- Reduzir a proporção de pacientes com HIV;
- Ampliar o número de entidades notificadoras de violência doméstica, sexual ou de outro tipo para 100 das Unidades;
- Ampliar o número de testagens sorológicas para hepatite C;
- Manter a proporção de cura de casos novos de hanseníase em 100%;
- Manter a proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase em 100%;
- Manter o número de imóveis visitados em pelo menos 04 ciclos de visitas domiciliares para controle das arboviroses;
- Ampliação dos agentes de endemias conforme viabilidade financeira e repasses de outras esferas de governo;
- Manter em 100% a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de coliformes totais e cloro residual livre de turbidez;
- Manter 100% das investigações de óbitos relacionando ao trabalho;

Diretriz 7 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Demanda planejamento no intuito de garantir o atendimento das necessidades de medicamentos na Atenção Básica e especializada no SUS, bem como aqueles demandados pelos programas estratégicos, como da tuberculose, hanseníase, DST/Aids, dentre outros. Em termos estruturantes, deverão ser concentrados esforços na integração da Política de Assistência Farmacêutica às diretrizes prioritárias, com vistas a assegurar a articulação necessária do acesso aos medicamentos no contexto da garantia da integralidade da atenção.

Metas

- Buscar o aumento da eficiência nas compras públicas de medicamentos mediante pactuação federativa para o financiamento, com vistas a garantir o

suprimento com menores preços em longo prazo. Ao mesmo tempo, buscar-se-á o aprimoramento da regulação da assistência farmacêutica, envolvendo política de preços, aquisições e incorporação tecnológica, em consonância com as prioridades do SUS;

- Desenvolver estudo de projeto de distritalização da assistência farmacêutica até 2016, com a inserção de profissional farmacêutico em tempo integral, permitindo a ampliação dos tipos de medicamentos fornecidos, incluindo controlados;
- Desenvolver medidas voltadas à promoção do uso racional de medicamentos;
- Atualizar continuamente o elenco de doenças e medicamentos abrangidos pela assistência farmacêutica no âmbito do SUS municipal, segundo critério epidemiológico e o conteúdo dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas locais;
- Duplicar o investimento per capita do município em Assistência Farmacêutica com dados atualizados do IBGE sobre o quantitativo da população;
- Implantar o Projeto Farmácia Cidadã nos Bairros Territorializados de Barreiras (Barreirinhas, Centro, Vila Dulce e Morada Nobre);
- Aquisição de veículo próprio para logística da CAF;
- Inserção do profissional Farmacêutico no NASF;
- Informatização e da Assistência Farmacêutica e implantação do Sistema Horus:
- Criação de uma sede própria para a CAF;
- Elaboração da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais);
- Criação da Comissão Farmácia e Terapêutica;
- Sensibilização de prescritores com relação ao uso de medicamentos no município (REMUME);
- Educação Permanente dos profissionais Farmacêuticos;
- Implantação do Serviço de Fitoterapia na Atenção Primária;

PACTUAÇÃO INTERATIVA 2017 A 2021

		RELAÇÃO DE INDICADORES	2016	META 2017
1	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (DE 30 A 69 ANOS) PELO CONJUNTO DA QUATRO PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT-DOENÇA DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIA CRÔNICAS)	244,3%	239,4%
2	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS	100%	100%
3	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA MAL DEFINIDA	97%	97%
4	U	PROPORÇÃO DE VACINAS SELECIONADAS DO CNV PARA CRIANÇAS < 2 ANOS – PENTAVALENTE (3ª DOSE) PNEUMOCÓCICA 10 – VALENTE (2ª) , POLIOMIELITE (3ª), TRIPLICE VIRAL (1ª) – COM COBERTURA VACINAL PRECONIZADA	00%	75%
5	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULIMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO.	82,98%	75%
6	U	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES	94,8%	95%
7	E	NÚMERO DE CASOS AUTOCTONES DE MALÁRIA		NÃO
8	U	NÚMERO DE CASOS NOJVOS DE SÍFILIS CONGÊNITAEM MENORES DE UM ANO DE IDADE	11	8
9	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS	0	0
10	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ	76,36%	100%
11	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINANDO LOCAL E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA	051%	0,7%
12	U	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	0,28%	0,3%
13	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR	NA	NA

14	U	PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS 10 A 19 ANOS	17,6%	17,5%
15	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL	14,5%	14,2%
16	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA	0	0
17	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	47,86%	53%
18	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	47,7%	50%
19	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA	38,9%	45%
20	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS	42,9%	70%
21	E	AÇÕES DE MATRICIAMENTO POR CAPS COM EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	NA	NA
22	U	NÚMERO DE CICLOS QUE ATINGIRAM MÍNIMO DE 80% DE COBERTURA DE IMÓVEIS VISITADOS PARA CONTROLE VETORIAL DA DENGUE	7%	6%
23	U	PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO DO CAMPO “OCUPAÇÃO” NAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO.	98%	100%

Propostas Apresentadas na 6ª Conferência Municipal de Saúde

As propostas apresentadas durante a 6ª Conferência Municipal de Saúde de Barreiras estão apresentadas por eixos temáticos e foram elencadas após a apresentação dos palestrantes, sendo que de acordo com o regimento, cada grupo poderia apresentar no máximo 10 (dez) propostas.

- **EIXO I** – Atenção Integral à Saúde – Palestrante: Profª. Débora Porcino

Nº	PROPOSTA	VOTAÇÃO
01	Ampliação da oferta de Práticas Integrativas e Complementares no SUS	Aprovada
02	Implantar residência terapêutica tipo II voltada para usuários de longo período de internação	Aprovada
03	Implantar serviço de cardiologia, oncologia e nefrologia	Aprovada
04	Ampliar equipe do NASF, CAPS, Atenção primária, Academias da saúde e Consultórios de rua.	Aprovada com 02 abstenções
05	Melhorar a ambiência das maternidades e contratação de enfermeiros obstetras.	Aprovada
06	Melhoria do esgotamento sanitário e condições de acesso a toda a população. Projeto de urbanização que inclua melhoria no transporte público, ampliação da arborização na cidade	Aprovada com 01 abstenção
07	Ampliação de serviços de cuidados e apoio aos familiares e usuários de substâncias psicoativas	Aprovada com 02 abstenções
08	Garantia de leitos hospitalares para pacientes com transtornos mentais.	Aprovada com 01 abstenção
09	Implementar serviços de atenção aos portadores de fibromialgia.	Aprovada
10	Intensificar ações do PSE, com foco nas ações do planejamento reprodutivo.	Aprovada
11	Construir espaços de lazer	Reprovada

- **EIXO II** - Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - Palestrante: Profº Bruno Klecius.

Nº	PROPOSTA	VOTAÇÃO
01	Realização de treinamentos e capacitação sobre humanização para a equipe (implantar e implementar a PNH)	Aprovada com 01 abstenção
02	Priorizar a saúde do trabalhador de saúde (programas para o trabalhador de saúde), EX: Ação cuidando do Cuidador; Criação de uma junta médica/ Estabelecer vínculo com o CEREST através de protocolos para agilidade no cuidado ao profissional.	Aprovada
03	Ampliar a quantidade de seguranças nas Unidades (Ampliar o efetivo de guarda municipal ou seguranças capacitados, por meio de concurso público)	Aprovada com 02 abstenções
04	Realização de concursos públicos para admissão de profissionais: da atenção básica com carga horária de tempo integral (40h); especialistas, incluindo profissionais de terapias complementares e concursos públicos para áreas cobertas e descobertas de ACS, com maior acompanhamento dos ACS nas suas microáreas e conclusão do curso em andamento de formação técnica.	Aprovada
05	Construção e Reforma das Unidades de Saúde e aquisições de materiais de trabalho, expediente, uniformes, crachás através de licitações. Garantia de veículo para levar os profissionais para a realização das visitas domiciliares, bem como para o transporte de materiais e insumos para as Unidades de Saúde. Aquisição e manutenção corretiva e preventiva dos veículos conforme a necessidade de cada setor e dos equipamentos.	Aprovada
06	Fortalecer o vinculo entre as Instituições de Ensino Superior, município, Estado e União com o objetivo de reformar o Hospital	Aprovada

	Eurico Dutra para torná-lo efetivamente Hospital Universitário.	
07	Implantação de Conselhos Locais de Saúde	Aprovada
08	Desenvolver estratégias de educação permanente e continuada com os profissionais (gerência, gestão e assistência) da rede e sensibilização dos profissionais e fiscalização para preenchimento da ficha de contra referência.	Aprovada com 01 abstenção
09	Efetivação do Plano de Cargos e Salários, com a criação de mesa de negociações para atualização e estabelecimentos de critérios técnicos , com valorização dos salários dos trabalhadores.	Aprovada
10	Criação do um Núcleo de Ensino - Serviço como espaços de discussões entre SMS e Instituições de Ensino. Criação de regimentos e elaboração de rotinas que fortaleçam o SUS como um espaço de formação de futuros profissionais de saúde, fomentando as atividades de pesquisa, extensão e ensino, bem como programas de qualificação (residências multiprofissionais, mestrados e doutorados).	Aprovada
11	Ampliar as capacitações para médicos estrangeiros, no que se diz respeito a comunicação (profissionais e pacientes).	Reprovada
12	Fortalecimento de encontros regulares entre a equipe e da equipe e a comunidade para a discussão de saúde.	Reprovada
13	Ativar Núcleo de Educação Permanente.	Reprovada

- **EIXO III –** Rede e Processo Regulatório em Saúde **-** Palestrante: Enfª. Hérica Piauilino

Nº	PROPOSTA	VOTAÇÃO
01	Ampliação do número de vagas de exames e especialidades, abrangendo toda a população. Melhorar os meios para realizar a marcação de exames na Unidade de Saúde (estrutura, capacitação	Aprovada

	da equipe).	
02	Implantar informatização do sistema (prontuário eletrônico).	Aprovada
03	Melhorar os meios de articulação e criação de fluxograma de atendimento nas atenções primária, secundária e terciária.	Aprovada
04	Estabelecer de forma eficaz a intersetorialidade dos setores da rede pública.	Aprovada com 3 abstenções
05	Discutir e implantar estratégias para reorganização da rede de saúde.	Aprovada com 01 abstenção
06	Implantação das linhas de cuidado em todos os ciclos de vida.	Aprovada
07	Criação de Centro de Radiologia Odontológica Integrado / Criação do CEO (Centro Especializado de Odontologia) / Aumentar a cobertura de odontologia / Qualificação para os profissionais atuantes na odontologia/ Garantir a referência e contra-referência do serviço ofertado.	Aprovada
08	Divulgar em redes sociais, os fluxogramas de atendimento de toda rede assistencial (como funciona a rede). Instruir os ACS a divulgar a rede nas visitas à população. Instrução por parte dos profissionais de saúde (médicos , enfermeiros, dentistas, nutricionistas) sobre o fluxo da rede durante os atendimentos.	Aprovada
09	Implantar a Central de Regulação de Leitos de Barreiras.	Aprovada
10	Construção de um complexo regulatório para melhorar o fluxo de atendimento ao usuário (central de regulação municipal, intermunicipal, cirurgia, TFD, etc).	Aprovada
11	Diminuição das filas de atendimento nos serviços de saúde à família e unidade básica.	Reprovada
12	Resolutividade com agilidade no atendimento das demandas da Unidades.	Reprovada
13	Criação de fila eletrônica para agenda de exames e especialidades, possibilitando aos usuários o acesso à informação sobre a situação	Reprovada

	do seu pedido através de um protocolo.	
14	Expansão de cobertura de USF (Territorialização dos bairros).	Reprovada
15	Unificação do sistema de informação no município.	Reprovada
16	Implementação do sistema de comunicação entre as Unidades	Reprovada

- **EIXO VI -** Assistência Farmacêutica - Palestrante: Profª. Vanessa Rescia

	PROPOSTA	**VOTAÇÃO**
01	Duplicar o investimento per capita do Município em Assistência Farmacêutica com dados atualizados do IBGE sobre o quantitativo da população.	Aprovada com 01 abstenção
02	Implantação do Projeto “Farmácia Cidadã”.	Aprovada com 2 abstenções
03	Aquisição de veículo próprio e adequado para a logística da CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico).	Aprovada
04	Inserção do profissional farmacêutico no NASF.	Aprovada
05	Informatização da Assistência Farmacêutica e implantação do sistema Hórus.	Aprovada
06	Criação de uma sede própria e adequada para a CAF.	Aprovada
07	Elaboração da REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.	Aprovada
08	Trabalho de sensibilização de prescritores com relação ao uso dos medicamentos disponíveis no município (REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais).	Aprovada
09	Implantação do Serviço de Fitoterapia na Atenção Primária.	Aprovada

Monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde

Todos os indicadores pactuados serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados comporão o Relatório Anual de Gestão, a ser enviado ao Conselho Municipal de Saúde até 30 de março do ano subsequente ao dia da execução financeira, conforme artigo 36, § 1º da Lei Complementar nº 141/2012.

Estes resultados são disponibilizados pelo Ministerio da Saúde no Tabnet no site do DATASUS: www.datasus.gov.br e no SISPACTO de onde também migrarão para o Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão – SARGSUS. Alguns indicadores também foram selecionados para acompanhamento nas audiências quadrimestrais atendendo também a Lei Complementar nº 141/2012.

O acompanhamento e avaliação do plano deverá ser realizado por meio de reuniões ampliadas com todas diretorias, coordenadores, assessores e controle social. O instrumento para avalição será a Programação Anual de Saúde e as respectivas ações pactuadas para o alcance dos objetivos propostos. A realização das audiências publica apresentarão os dados quantitativos e financeiros quadrimestralmente. O Relatório Anual de Gestão apresentará a consolidação dos dados e análise dos resultados alcançados.

A organização de ações de monitoramento e avaliação nos serviços de saúde, vem sendo implementada a partir do estabelecimento de indicadores de saúde e de compromisso estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde.

A avalição de resultados é feita dentro do que é estabelecido nos programas de atenção à saúde e principalmente a partir dos indicadores de saúde pactuados anualmente, conforme portarias ministeriais e orientações da Secretaria Estadual da Saúde.

A prática da avaliação e monitoramento no Sistema Único de Saúde vem sendo aperfeiçoada dentro da rotina dos serviços de forma sistêmica incorporando conhecimento preexistente, adequando programas às particularidades loco regional para se tornar efetivo instrumento de planejamento das ações de saúde e proporcionando melhor utilização dos recursos financeiros.

14. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Planejamento é uma importante ferramenta para a superação de dificuldades e aproveitamento de oportunidades. A saúde, como resultante de inúmeros fatores, é um campo propício ao incontrolável. Este fato também faz com que seus resultados estejam em constante interface com várias outras áreas, como Educação, Habitação, Segurança Alimentar, Trabalho e Emprego.

Contudo o desenvolvimento do conjunto de ações, estabelecidas neste Plano Municipal de Saúde para o período de 2018 a 2021 deverá garantir o alcance das metas para a melhoria da saúde da população.

As diretrizes, objetivos, metas e ações propostas tem se baseado na necessidade de compatibilizar as propostas da Conferência Municipal de Saúde, das políticas ministeriais e estaduais, demandas locais, analises técnicas e proposições do próprio serviço dentro dos limites orçamentários e financeiros. O resultado final a ser alcançado dependerá de determinantes da saúde dentro da conjuntura política e econômica.

As programações anuais de saúde deverão detalhar, ajustar e redefinir as ações estabelecidas neste Plano Municipal de Saúde buscando o aperfeiçoamento dos serviços de saúde para o alcance das metas com o devido acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde.

Após aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, esse plano substituirá o Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

ANEXO I

1. Moções Aprovadas

Durante a VI Conferência Municipal de Saúde foi aprovada 01 (uma) moção de repúdio, elaborada pelo SINDACS/OESTE, com 47 assinaturas, externando repulsa quanto ao ato do governo municipal de suprimir o Plano de Carreira dos servidores municipais, retirando vantagens e gratificações que demoraram anos para serem conquistados.

UNIDADES DE SAÚDE DE BARREIRAS-BA
C:\Users\Usuario\Desktop\MAPI

LEGENDA

UNIDADES DE SAÚDE

- UNIDADES DE SAÚDE
- 1 USF I e II (SANTA LUZIA)
- 2 USF III (SANTA LUZIA)
- 3 USF IV e V (CAIC)
- 4 USF VI (VILA NOVA)
- 5 USF VII (MORADA DA LUA)
- 6 USF VIII (MORADA DA LUA)
- 7 USF IX (VILA RICA)
- 8 USF X (VILA RICA)
- 9 USF XI (RIO GRANDE)
- 10 USF XII (SANTA LUZIA)
- 11 USF XIII, XIV, XV (VILA AMORIM)
- 12 USF XVI, XVII E XVIII (VILA DULCE)
- 13 USF XIX (FLAMENGO)
- 14 USF XX, XXI, XXII
- 15 USF XXIII
- 16 USF XXIV
- 17 UBS ARBORETO
- 18 UBS SÃO FRANCISCO
- 19 UBS BURITIS
- 20 UBS DANIEL BUENO
- 21 UBS JARDIM OURO BRANCO
- 22 UBS VILA AMORIM
- 23 UBS HERCULANO FARIA

DEMAIS SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE

- SAMU
- HOSPITAL MUNICIPAL EURICO DULTRA (HMED)
- CEREST
- CENTRO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA MULHER (CAM)
- CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (CAF)
- CENTRO MUNICIPAL DA CRIANÇA EMILY RAQUEL
- HOSPITAL DO OESTE
- HOSPITAL DA MULHER
- CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL (CAPS)
- CENTRO DE PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO DE DEFICIÊNCIAS DO OESTE DA BAHIA (CEPROESTE)
- CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE LEONÍDIA AIRES DE ALMEIDA
- SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO EDIGARD PITA (CTA/SAE)
- CENTRAL DE REGULAÇÃO

REFERENCIAIS

BECKER. Howard S., 1997. *Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Hucitec, 3º ed.*

BRASIL, Ministerio da saúde. **Pacto da Atenção Básica do SUS**. Brasilia, 2001.

BRASIL, SIM. Sistema de Informações sobre Mortalidade.

ESCOREL, S., GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H., MAGALHÃES, R., SENNA, M. C. M. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília, DF: MS/SPS/DAB, 2002.

IBGE –INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000.*Resultado dos Dados Preliminares do Censo –2000*. www.ibge.gov.br/cidade@

IBGE–INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2001*. Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1998.*Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 1997*. Rio de Janeiro: IBGE.

FIGUEIREDO, J. B. B., SCHIRAY, M. e LUSTOSA, T. Q. de O., 1990. *Relações da pobreza com trabalho e família: estudo de identificação para a região metropolitana do Rio de Janeiro, em 1987.* Rio de Janeiro: UFRJ/IEI.FUTURA, 2001. *Pesquisa PMV Saúde. Vitória: Futura Indicando Rumos.*

MELLO JORGE, M. H.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R., 2001. *A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999*. Brasília: OPAS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COORDENAÇÃO DA SAÚDE DA COMUNIDADE, 1998. SIAB – *Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.*

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 1999. *Manual para a Organização da Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2000. *Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família–PSF*. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000d. *Consulta pública nº 01 de 08 de dezembro de 2000*. Brasília: MS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002. *Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil.* Brasília: Ministério da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. *Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS*. www.datasus.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a. *Agência Nacional de Saúde – Cadastro de Beneficiários*.www.datasus.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b. *Indicadores e Dados Básicos*–IDB/SUS. www.datasus.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. *Sistema de Informações Hospitalares* – SIH/SUS. www.datasus.gov.br

OLIOSA, D. M. S., 1999. *Municipalização da saúde em Vitória-ES: uma experiência participativa.* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

SANTOS, S. R. dos, 2001. Subsídios para Identificação de Situações municipais, desenvolvimento de atenção básica, MS/SPS/DAB,(mimeo).

VIANA, A. L. D'A. & DAL POZ, M., 1998. A reforma do setor saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis. Revista de Saúde Coletiva. 8 (2): 11-48

VIANA,. A. L. D'A., HEIMANN, L. S., LIMA, L. D., OLIVEIRA, R. G. & RODRIGUES, S. H., 2002. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública,18(supl): 139-151