

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA-RS

SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2004 - 2006**

Proposta apresentada ao
Conselho Municipal de Saúde

Ilse Meincke Melo

Secretária de Município da Saúde

Santa Maria, 17 de Agosto de 2004

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA-RS
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE DE SANTA MARIA-RS

PREFEITO MUNICIPAL
Antônio Valdeci Oliveira de Oliveira

**COORDENADORA DO NÚCLEO DE COORDENAÇÃO
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**
Médica Rosa Maria Wolff

SECRETÁRIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
Enf. Ilse Meincke Melo

DIRETOR GERAL
Farm. Bioq. Sérgio Luis Vergueiro da Cruz

DIRETORA DE AÇÕES DE SAÚDE
Enfª. Sueli Goy Barrios

DIRETORA DE SAÚDE COLETIVA
Enfª. Luciane Silva Ramos

DIRETOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Dejalmir Mott Rozalino

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO PLANO

Benildes Maria Mazzorani	Profª. Enf. Aposentada da UFSM – Secretaria Municipal de Saúde
Beatriz Unfer	Profª. Cirurgiã-Dentista da UFSM – Conselho Municipal de Saúde
Carlos Flávio Barbosa da Silva	Médico Veterinário – Secretaria Municipal de Saúde
Clara L. Marques Colomé	Profª. Enf. Aposentada da UFSM - Colaboradora
Maria do Carmo Quagliatto	Agente Comunitária de Saúde – Conselho Municipal de Saúde

DIGITAÇÃO	
Geovana Gayer de Souza	Agente Administrativo
REVISÃO ORTOGRÁFICA (em execução)	
Ines Bortolotto	Bal. Ciências Contábeis/Inglês Português - colaboradora

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO / APRESENTAÇÃO	
2. CONCEITOS BÁSICOS	
3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	
3.1. Características gerais do município	
3.1.1. Aspectos históricos de Santa Maria	
3.1.2. Aspectos geográficos	
3.1.3. Aspectos socioeconômicos e ambientais	
3.1.4. Aspectos educacionais	
3.1.5. Aspectos ambientais	
3.2. Características demográficas e epidemiológicas.....	
3.2.1. Aspectos demográficos	
3.2.2. Aspectos epidemiológicos	
3.2.2.1. Indicadores de morbidade	
3.2.2.2. Indicadores de mortalidade	
3.2.2.3. Saúde Bucal	
4. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO	
4.1. Estrutura organizacional dos serviços.....	
4.1.1. Órgão Deliberativo	
4.1.2. Órgão de Gestão Municipal	
4.1.3. Tipo de Gestão do Município	
4.1.4. Fundo Municipal de Saúde	
4.2. Capacidade instalada dos serviços de saúde	
4.2.1. Unidades Básicas de Saúde.....	
4.2.2. Serviços Especializados e Complementares	
4.2.3. Serviços de Pronto Atendimento Infantil e Adulto	
4.2.4. Serviço de Vigilância Sanitária.....	
4.2.5. Recursos Humanos	
4.2.6. Hospitais	
4.3. Relações intersetoriais da Secretaria Municipal de Saúde	
4.4. Relações com instituições formadoras de recursos humanos	
5. DIRETRIZES, OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS , PRIORIDADES E METAS	
5.1. Diretriz-Descentralização e Qualificação da Gestão/Atenção.....	
5.2. Diretriz- Integralidade na Atenção à Saúde	
5.3. Diretriz- Educação Permanente em Saúde	
5.4. Diretriz- Controle Social	
6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	
7. BIBLIOGRAFIA	

1 - INTRODUÇÃO / APRESENTAÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com Constituição Federal de 1988, é ainda um desafio que exige esforço intenso e solidário entre as esferas de governo, que envolve a Gestão do Sistema, os Conselhos de Saúde e os Recursos Humanos do setor. O empenho destes segmentos constitui a base para a viabilização e a implementação de ações e de serviços acolhedores, qualificados e resolutivos, e para permitir avançar no acesso e na inclusão de todos os cidadãos a este Sistema.

O Plano Municipal de Saúde de Santa Maria, para o período de 2004/2006, visa cumprir as proposições constitucionais e as Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90, a Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS/2001, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR/RS/2002, as deliberações das Conferências de Saúde, em especial a 5ª Conferência Municipal bem como deliberações dos Conselhos de Saúde Estadual, Regional e Municipal.

Nesta perspectiva fundamentam-se as diretrizes da Descentralização e Qualificação da Gestão/Atenção, a Integralidade na Atenção à Saúde, o Fortalecimento das Instâncias de Participação e Controle Social e a Educação Permanente em Saúde.

Este plano de Saúde reflete o movimento que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vem desencadeando no sentido de descentralizar a gerência e a execução das ações e serviços de saúde para instâncias de decisão mais próximas da população, conferindo às Unidades de Saúde a autonomia gerencial com participação da comunidade dos territórios adscritos. Neste movimento insere-se também o esforço desenvolvido pela SMS na adequação das condições estruturais às exigências da NOAS/SUS/2001 e do PDR/RS/2002, tendo em vista a implantação efetiva da proposta de regionalização do sistema estadual, do qual Santa Maria é o Pólo Assistencial da Macrorregião Centro-Oeste. Neste processo, a Gestão Plena do Sistema Municipal é um dos objetivos a ser alcançado em curto prazo.

Neste Plano, as diretrizes constituem as bases orientadoras para o estabelecimento da gestão e da atenção participativa, com descentralização e regionalização dos serviços, pautada na atenção integral e humanizada. Nesta lógica de atenção, cada pessoa deve ser assistida como um todo indivisível e integrante de uma sociedade. Para tanto, os serviços e as ações de saúde deverão ter caráter intersetorial e contemplar a promoção, proteção, recuperação e cura, nos diversos níveis de complexidade do sistema.

Destas concepções emana a estrutura do Plano Municipal de Saúde, constituído em: Descrição da Situação de Saúde no Município; Organização dos Serviços de Saúde no Município; Diretrizes/Objetivos/Estratégias/Prioridades e Metas; e Acompanhamento e Avaliação.

2 - CONCEITOS BÁSICOS

Para facilitar a compreensão deste documento, buscou-se explicitar os conceitos básicos que serão utilizados nas diferentes seções.

2.1. Plano Municipal de Saúde: expressa a direcionalidade das políticas de saúde no âmbito do município, definidas pelo Conselho Municipal de Saúde, bem como as intenções do gestor. Constitui-se em um processo dinâmico, que contempla as etapas de planejamento, execução, acompanhamento, avaliação e replanejamento das ações e serviços, de forma a permitir revisão periódica dos objetivos, estratégias, prioridades e metas, seja em função dos avanços registrados seja em função dos obstáculos que vão sendo defrontados.

2.2. Diretrizes: são as bases orientadoras do Plano de Saúde. Estão fundamentadas nos princípios constitucionais do SUS: universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde, e controle social sobre as ações e serviços prestados à população.

2.3. Descentralização: é entendida como a transferência do planejamento, execução e avaliação das ações e dos serviços de saúde, estendendo a autonomia gerencial para a equipe de saúde e para a população-alvo das Regiões Sanitárias.

2.4. Qualificação da Gestão/Atenção: é o processo pelo qual a gestão municipal deve prover condições para que os serviços e as ações de saúde sejam realizados por trabalhadores capacitados para acolher, estabelecer vínculos e se responsabilizar pela atenção humanizada e resolutiva em todos os níveis de atenção.

2.5. Integralidade da atenção à saúde: significa reconhecer, na prática dos serviços, cada pessoa como um todo indivisível e integrante de uma sociedade, que deve ser assistida por meio de ações integradas de promoção, proteção, recuperação e cura, nos diversos níveis de complexidade do sistema.

2.6. Controle social: conforme determinação da Lei 8.142/90, é a participação efetiva da sociedade organizada, através das Conferências e Conselhos de Saúde, na definição, planejamento, implementação e avaliação das ações e serviços oferecidos nas diversas regiões sanitárias e nos serviços de média e alta complexidade. Constitui-se em um processo que inclui vigilância e fiscalização do uso dos recursos públicos, cumprimento dos objetivos e metas institucionais e cumprimento das diretrizes estabelecidas nas Conferências de Saúde e nas deliberações dos Conselhos de Saúde.

2.7. Educação Permanente em Saúde: constitui um processo de formação e desenvolvimento permanente dos trabalhadores de saúde, por meio da escolarização formal e não formal, de vivências e experiências laborais e emocionais. Tem como objetivos qualificar a gestão e a atenção em saúde, fortalecer o controle social nesse setor, estimular as práticas de saúde e a reorientação das propostas político-pedagógicas das Instituições de Ensino, adequando-as às diretrizes do SUS.

2.8. Indicadores de saúde: são dados numéricos que informam a situação de saúde, individual e coletiva, existente na realidade loco-regional. Permite fazer comparações com os parâmetros recomendados pelos órgãos competentes, de modo a guiar os passos dos gestores na definição das prioridades e na tomada de decisões para a organização e funcionamento das

ações e serviços, intervindo de forma pró-ativa ou reativamente. Possibilita, também, verificar o alcance de metas estabelecidas, bem como o desempenho do processo de gestão e da atenção em saúde (PEREIRA, 2001).

2.9. Modelo de Atenção à Saúde: é o conjunto de ações e serviços de saúde produzidos e distribuídos a partir das diretrizes básicas do SUS. Estes devem ser realizados com gestão democrática, acolhimento humanizado dos usuários, acesso resolutivo em todos os níveis de assistência e vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais da saúde e a população.

3 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

3.1 – Características gerais do município

O Município de Santa Maria, localizado no Centro do Estado do Rio Grande do Sul, a 292 Km de Porto Alegre, está situado na Mesorregião Oeste. O município é o principal pólo assistencial da Macrorregião Centro-Oeste do Estado que é composta, administrativamente, pelas 4ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), da Secretaria Estadual de Saúde (SES). É integrante da 4ª CRS, juntamente com os demais 32 municípios: Agudo, Cacequí, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Jaguarí, Jarí, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Tupanciretã, Unistalda e Vila Nova do Sul, totalizando 575.442 habitantes. Os municípios de: Santana do Livramento, Quaraí, Alegrete, Manuel Viana, Santiago, Nova Esperança do Sul, Unistalda, Capão do Cipó, Itacorubí, Jaguarí, São Francisco de Assis, São Borja, Maçambará, Itaqui, São Gabriel, Santa Margarida do Sul, Vila Nova do Sul, Rosário do Sul, Uruguaiana, e Barra do Quaraí, compõem a 10ª CRS, com uma população de 558.668 habitantes. Estas duas Coordenadorias, conjuntamente possuem uma população de 1.134.110 habitantes onde o município de Santa Maria é a referência para a assistência à saúde de média e alta complexidade.

3.1.1 - Aspectos históricos de Santa Maria

O marco cronológico oficial da história de Santa Maria data de 1791, com o acampamento da Segunda Subcomissão Demarcadora dos Limites.

Com o referido acampamento militar, local estratégico entre terras de Portugal e da Espanha, surgiu um novo povoamento que se tornou um atrativo para pessoas de todo o Rio Grande de São Pedro e de outras províncias do Império, bem como dos Açores (BELTRÃO, R.).

Santa Maria, desde cedo, foi centro militar e teve nas atividades da pecuária, da agricultura e do comércio sua base econômica.

No final dos anos 20 começam a concentrar-se em Santa Maria as forças militares para combater Rivera, na Banda Oriental do Uruguai. Foi nesse período que veio para a cidade o 28º Batalhão de Estrangeiros, composto principalmente por alemães. Muitos desses alemães, após terem concluído o tempo de serviço, fixaram residência em Santa Maria, e muitos se casaram com “nativas”.

Segundo João Belém, em 1835 Santa Maria progredia e a indústria pastoril desenvolvia-se prodigiosamente, sendo mercado das localidades circunvizinhas.

Santa Maria e região passaram a receber, cada vez mais, pequenos grupos de imigrantes alemães, colaborando para que, nos anos 40, o comércio fosse considerado “um milagre germânico”.

O município de Santa Maria foi criado em 1858 e, por sua localização, desde cedo se constituiu em entreposto comercial da região e ponto estratégico-militar.

Em 1877 chegam à região de Santa Maria os imigrantes italianos. Vieram em levadas e se estabeleceram em pequenos lotes de terras na serra, formando uma vasta colônia: a Quarta Colônia Imperial de Imigração Italiana do Rio Grande do Sul, denominada de Silveira Martins.

Nesta colônia desenvolveu-se a agricultura de subsistência, como a cultura do feijão, do milho, arroz, fumo, alfafa, trigo, frutas etc. Os imigrantes vinham a Santa Maria para

venderem seus produtos e também para adquirir, no comércio local, os artigos de que necessitavam. Com o passar do tempo, muitos se estabeleceram na cidade.

Em 1885 chegam os trilhos em Santa Maria, e a partir daí, uma nova história se inaugura, acrescida também da consolidação da colonização italiana. A estrada de ferro gerou tanto desenvolvimento como decadência. Na região do Pinhal e São Martinho houve a desagregação das colônias alemãs, devido à dificuldade com o transporte de suas mercadorias, pois a estrada de ferro passou fora de suas sedes.

Com a estrada de ferro houve um maior dinamismo econômico e cultural no Município de Santa Maria, ocorrendo a instalação de uma rede hoteleira, bem como o aumento das atividades econômicas, pela abertura de entrepostos comerciais e de grandes depósitos de produtos agrícolas e pastoris. Santa Maria passou a ser entreposto obrigatório das praças comerciais da fronteira e da região serrana com a de Porto Alegre.

A cidade de Santa Maria, já no início do século XX, passou a ostentar o título de “cidade ferroviária”. Isto não só simboliza a presença dos trilhos na cidade, mas o que esses representaram para o seu desenvolvimento. O período desde a fundação da Viação Férrea até meados dos anos 50, é marcado por um grande surto de desenvolvimento social, econômico, cultural e populacional.

Em 1898, a diretoria do *Compagnie Auxiliare des Chemis de Fér du Brèsil*, da Bélgica, encampa a Rede Ferroviária Riograndense, até 1920. Junto a esta vêm famílias francesas e belgas, surgindo em 1903, o conjunto habitacional denominado Vila Belga.

Em 1913 é criada a Cooperativa de Consumo dos Empregados da Viação Férrea, com papel destacável em toda a América Latina, pois se tornou um poderoso centro comercial que investiu também na educação, através da criação da Escola de Artes e Ofícios (1922), denominada posteriormente de Ginásio Industrial Hugo Taylor (1934).

No setor da saúde, a Cooperativa dos Empregados da Viação férrea criou a Casa de Saúde, um centro de assistência médico-hospitalar aos associados. Além desses investimentos da cooperativa, destaca-se a infra-estrutura industrial que criou, como a torrefação e moagem de café, oficinas tipográficas, moldagem, fundição, marcenaria, oficina mecânica e de eletricidade, confecção, alfaiataria, saboaria, bem como açougue e depósito de lenha. Assim, a Viação Férrea foi um fator de grande desenvolvimento local e regional.

Santa Maria, por volta de 1950, já possuía o título de Metrópole Escolar do Rio Grande do Sul, devido ao grande número de escolas municipais, estaduais e particulares existentes, sendo que já em 1939 era sede da 8ª Delegacia de Educação do Rio Grande do Sul. Isso colaborou para a criação, em 1955, da Faculdade Imaculada Conceição (FIC) e da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (FACEM), bem como, em 1960, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, primeira Universidade Federal do interior do Brasil).

No final dos anos 50, o governo brasileiro, continuando com a política de incentivo à industrialização, começou a investir na indústria automobilística e no desenvolvimento das rodovias. Isso contribuiu, juntamente com outros fatores, para o decréscimo da importância das ferrovias no País e em Santa Maria. A cidade de entreposto ferroviário passou a ser entreposto rodoviário (anos 70-80), porém as rodovias não trouxeram o mesmo progresso e desenvolvimento que a estrada de ferro. Com a decadência da Viação Férrea houve um desequilíbrio no desenvolvimento de Santa Maria, que até os dias atuais não encontrou um impulso inovador como aquele.

Santa Maria, neste início do milênio, tem clareza de seu importante papel tanto no campo educacional quanto como cidade pólo de referência na área da saúde, vinculada e estimulada por sua posição geográfica no estado, sendo denominada “cidade coração do Rio Grande”.

3.1.2 – Aspectos geográficos

Os limites do Município, conforme a Lei Municipal n.º 4.120/1997, são:

- Ao norte: municípios de São Martinho da Serra, Itaara, Júlio de Castilho e Silveira Martins;
- ao leste: municípios de Restinga Seca e Formigueiro;
- ao sul: Municípios de São Gabriel, Formigueiro e São Sepé;
- ao oeste: municípios de Dilermando de Aguiar e São Pedro do Sul.

Área geográfica total:	1.774,83 km ²
Área urbana:	121 Km ² – sede do município
Área rural:	1.653 Km ²

Distritos:

São Valentin:	129 km ²
Pains:	143 Km ²
Arroio Grande:	147 Km ²
Arroio do Só:	155 Km ²
Passo do Verde:	134 Km ²
Boca do Monte:	311,77 Km ²
Palma:	88 Km ²
Santa Flora:	494 Km ²
Santo Antônio:	51,33 Km ²

3.1.3 – Aspectos sócio-econômicos e ambientais

A base econômica do município é representada essencialmente pelos serviços (setor terciário), respondendo por mais de 80% dos empregos da população economicamente ativa da cidade.

Os serviços públicos federais são constituídos pela Universidade Federal de Santa Maria, pelas Unidades Militares (Exército, Aeronáutica), por uma escola de formação militar e por 11 quartéis. Santa Maria constitui o segundo centro militar do Brasil, ficando atrás somente do Rio de Janeiro.

As instituições particulares de ensino, como a Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), o Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), a Faculdade Metodista (FAMES), as Faculdades Palotinas (FAPAS), a Faculdade Santa Clara (FASCLA) e a Faculdade de Direito de Santa Maria (FADISMA), além de um grande número de escolas de Ensino Fundamental e Médio, contribuem de forma significativa pela economia do município. O comércio, intenso e variado, e o setor da saúde, no que se refere às especialidades e hospitais de referência da região, juntamente com o setor educacional, são responsáveis por um grande número de postos de trabalho. Por isso a cidade é considerada um centro prestador de serviços comerciais, educacionais, médico-hospitalar e militar, sendo também um ponto de cruzamento rodoviário (federal e estadual).

O setor primário aparece em segundo lugar. É caracterizado por regiões de minifúndios junto a Serra Geral, e áreas de pecuária e agricultura em propriedades maiores, tanto na Serra Geral quanto na região da Depressão Central. Na agricultura, a maior produção é de arroz irrigado, seguindo-se a produção de soja.

O setor secundário aparece em terceiro lugar, sendo representado por indústrias de pequeno e médio porte que, no geral, são voltadas para o beneficiamento de produtos agrícolas, indústrias moveleiras, construção civil, laticínios e outros.

A principal fonte de renda do município é proveniente do funcionalismo público, cujos salários movimentam o setor agrícola, a indústria e os serviços. Desta forma, o PIB se distribui de uma maneira uniforme durante todo o ano. Conforme Plano Plurianual de

Assistência Social (2002 –2005), a cidade vive em “crise com a crise do Estado Brasileiro.” Esta crise se faz refletir pela estagnação dos salários e a queda do poder aquisitivo do funcionalismo público. Soma-se a isto a imigração de pessoas de outros municípios e da zona rural, e o crescente desemprego.

De acordo com o IBGE (2000), a renda do (a) chefe do domicílio, distribuída em níveis, conforme o número de salários mínimos, pode ser observada na Tabela 1:

Tabela 1 - Rendimento nominal mensal da pessoa responsável pelo domicílio no Município de Santa Maria.

Nº de salários mínimos	Nº de pessoas	Percentual %
- de ¼ a 1 SM	9.914	13,67
- de 1 a 3 SM.	21.011	28,97
- de 3 a 5 SM	12.135	16,73
- de 5 a 10 SM	15.298	21,09
- de 10 a 15 SM	4.352	6,00
- de 15 a 20 SM	3.025	4,17
mais de 20 SM	3.500	4,82
sem rendimentos	3.280	4,52
Total	72.515	99,97

Fonte: Censo Demográfico IBGE/2000

Diante dos dados da tabela acima, verifica-se que 42,64% das pessoas responsáveis por domicílios recebem até 3 salários mínimos, revelando o baixo poder aquisitivo destas famílias e levando-as à impossibilidade de aquisição de bens que atendam suas necessidades básicas de alimentação, moradia, vestuário, lazer e outras. Salienta-se também o número de pessoas sem rendimentos, o que significa que dependem de outras pessoas ou do poder público para garantir as necessidades básicas de vida.

Outro dado preocupante refere-se ao Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI). Segundo o Plano Plurianual de Assistência Social (2002/2005), enquanto o Rio Grande do Sul ocupa o 4º lugar em relação aos outros estados do país, Santa Maria ocupa a 40ª posição.

A Secretaria de Município de Assistência Social e Cidadania, através de estudo do Comitê Santa-mariense de combate à fome e à miséria, criado em 2003, mostra que os dados do contexto de miséria do município são conflitantes. Este estudo afirma que segundo a Fundação Getúlio Vargas (FGV), 15,98% da população (38.894 pessoas ou 9.724 famílias com 4 membros) estão em situação de miséria, e a Fundação de Economia e Estatística (FEE), indica que 19.644 famílias (78.576 pessoas) estão nesta mesma situação.

Segundo levantamento dos bolsões de pobreza, realizado por este Comitê, no ano de 2003, o mesmo reconheceu as seguintes áreas populacionais em situação de miséria (áreas de risco) no município:

- Vila Ecologia; Sete de Dezembro; Núcleo Central; Alto da Boa Vista; Pôr-do-Sol; Lixão da Caturrita; Ocupação da Vila Bela União; Vila Portão Branco;
- Canalização do Arroio Cadena, junto à Vila Urlândia, Vila Oliveira, Vila Renascença, Vila Lídia e na Vila Arco-Íris; Canalização do Arroio Cancela na Vila Santos;
- Ferrovia Vila Nossa Senhora do Trabalho e Cel. Valença, Ferrovia ao longo da Vila Brasília, e da Vila Aparício de Moraes; Ocupação do km 2; Vila Norte; região da Caturrita; Vila Canário; Beco da tela na Vila Schirmer; Montanha Russa; Rua Tapes; Vila Bilíbio; Ocupação do km 3; Ocupação do Cerrito; Beco do Resvalo; Ocupação da Vila Lorenzi.

Na área rural, segundo a Secretaria de Município de Desenvolvimento Rural, também existem pessoas vivendo em áreas de risco, que são: Colônia Conceição e Picadinha no Distrito de São Valentim; Parada Benedito no Distrito de Santo Antônio; Quilombo Santa Terezinha no Distrito de Palma; Colônia Pinheiro e Colônia Pena no Distrito de Santa Flora; Picada dos Bastos no Distrito de Boca do Monte; Comunidade da beira da estrada da Capivara no Distrito de Pains.

3.1.4 - Aspectos educacionais

Segundo as informações da Secretaria de Município da Educação e do Censo Escolar-2000/IBGE, são apresentados abaixo alguns dados referentes à educação da população:

- Taxa de alfabetização - 95,4%
- N.º de pessoas não alfabetizadas - 9.389
- Educação de Jovens e Adultos - 1.700 alunos matriculados
- Programa Brasil Alfabetizado - 300 vagas (previsão de implantação a partir de cinco de maio/2004).

Segundo o Plano Plurianual de Assistência Social (2002/2005), existem no município Escolas com propostas diferenciadas, sendo duas (02) Escolas Abertas, com 333 alunos e uma Escola Técnica, com 96 alunos. Também existem quatro (04) Escolas com Laboratório de Informática, nove (09) Escolas com Educadores Especiais e sete (07) Centros de Iniciação Desportiva.

3.1.5 - Aspectos Ambientais

Os problemas ambientais de Santa Maria são, em geral, os mesmos que caracterizam a quase totalidade das cidades brasileiras de porte médio, resultantes do crescimento desordenado, sem o devido respeito às regras que regem o equilíbrio ambiental. A questão mais séria e conhecida é a que envolve o Arroio Cadena, pelo seu alto grau de degradação e pelas decorrências negativas que afligem expressiva parcela de nossa população. Outros fatores de agressão ao meio ambiente e à população são o lixo observado nas ruas, sangas e esgotos pluviais da cidade e o conhecido "Lixão da Caturrita", além da existência de resíduos tóxicos e perigosos em diversos estabelecimentos de saúde, os quais, na sua maior parte, não recebem o devido tratamento.

Há falta de saneamento básico em diversas regiões da cidade, carência de água potável em muitas residências, embalagens de agrotóxicos abandonadas no meio rural. Quanto à arborização urbana, a cada dia um número maior de árvores é cortado sem que haja reposição. Estas situações, somadas a uma diversidade de outros problemas existentes em nosso meio, resultam em má qualidade de vida e constituem causas diretas e indiretas de doenças à população.

Outro problema relevante que pode ser observado é o do sistema viário urbano e da má conservação ou inexistência de calçadas para o pedestre, impedindo a livre circulação, dificultando o trânsito e expondo as pessoas a acidentes.

Santa Maria está enfrentando o problema de super população na periferia, visto as grandes migrações oriundas de cidades vizinhas e da zona rural. Esta nova população, por falta de condições financeiras e dificuldade de acesso a emprego por falta de qualificação profissional, tem formado núcleos desordenados de ocupações irregulares. Estes não possuem condições mínimas de infra-estrutura básica de habitação, de água potável, de esgoto pluvial e

cloacal, de segurança, de vias de acesso, de escolas e unidades de saúde, além de estarem sujeitos a desabamentos.

São exemplos desta situação as ocupações irregulares junto às margens dos arroios Cadena e Cancela, e do rio Vacacaí Mirim, onde as famílias estão sujeitas a inundações e desmoronamentos em épocas de média elevada de chuvas. Outro exemplo é a ocupação irregular localizada nas encostas dos morros, como a do Morro Cechella, que apresenta risco de desabamento. Nesta, tanto o esgoto cloacal quanto a água servida e o lixo são lançados diretamente nas águas da barragem, ocasionando contaminação da água que abastece parte da cidade. Existem ainda grandes ocupações junto aos espaços desativados da Viação Férrea. Um resumo sobre as ocupações e áreas de risco em Santa Maria pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2 – Ocupações irregulares e áreas de risco em Santa Maria.

Situação	N.º de áreas	N.º de famílias
Área de risco e/ou preservação	22	4.500
Ocupação ou loteamento irregulares	63	2.500
TOTAL	85	7.000

Fonte: Plano Plurianual de Assistência Social – 2002/2005

Conforme os dados obtidos no Relatório da Companhia Riograndense de Saneamento - CORSAN, o número de domicílios com água tratada é de 85.118 economias, atingindo a percentagem de 97,8% da população. O número de domicílios ligados à rede de esgoto é de 41.683 economias, atingindo a percentagem de 47,9% da população.

Em relação à rede de esgoto, verificam-se problemas diretamente para a população e ao meio ambiente, já que 53% dos domicílios não dispõem deste benefício. Também constitui problema a falta de informações sobre o número de domicílios com fossa séptica, bem como dos domicílios que lançam água servida e esgotos diretamente nas águas de riachos, no esgoto pluvial e na barragem.

O lixo doméstico da área urbana do município é coletado por uma empresa terceirizada - Empresa de Prestação de Serviços Ltda. (PRT), somando cerca de 160 toneladas/dia. Conforme os relatórios da empresa, há coleta seletiva do lixo em 40% da cidade. A frequência da coleta não é uniforme para todo município, havendo uma menor regularidade nas áreas periféricas se comparadas às do centro. O problema agrava-se na periferia, quando o lixo encontra-se, muito freqüentemente, espalhado na rua e nos terrenos baldios, devido a problemas como: falta de conscientização dos moradores em relação ao acondicionamento e destino adequado do lixo; falta de recipientes para acumular lixo (lixeiro, tonéis); e áreas que não possuem vias de acesso ao carro coletor, dificultando e impedindo a coleta. O destino do lixo coletado é o aterro sanitário do “Lixão da Caturrita”, que está localizado junto às nascentes do arroio Ferreira. Esta situação desencadeou um projeto de recuperação desta bacia pela Prefeitura Municipal. Os resíduos perigosos como vidros, restos de tinta, baterias, pilhas e pneus não recebem tratamento adequado.

A coleta do lixo hospitalar e dos demais serviços de saúde (ambulatorios, unidades de saúde, consultórios médicos etc.) é feita por esta mesma empresa, sendo que o destino deste é a incineração e/ou depósito em valas específicas, localizadas na região do Pau a Pique.

Sobre os resíduos de agrotóxicos, o município conta com uma comissão de estudos junto ao Conselho de Desenvolvimento de Meio Ambiente e o Conselho de Desenvolvimento Rural para a elaboração de propostas sobre o destino destes elementos.

3.2 - Características demográficas e epidemiológicas

3.2.1 - Aspectos demográficos:

População Total: 251.144 habitantes*
 População urbana: 230.696 hab.(94,7% da população total)**
 Densidade demográfica geral (2002): 140,1 hab. / Km² ***
 Taxa de urbanização (2002): 95,1% ***
 Densidade demográfica urbana: 1.904 hab. Km² ***
 População rural: 12.915 hab. (5,3% da população total)**
 Taxa de crescimento anual 1996 a 2000 1,1% ****
 Fontes: *Estimativa IBGE 04/08/2002, **Censo IBGE 2000, ***FEE, **** DATASUS.

Segundo o Plano Plurianual de Assistência Social do Município (2002/2005), estima-se que a população do município ultrapasse a faixa dos 300.000 habitantes, devido à intensa flutuação de pessoas ligadas à área educacional e militar.

A Tabela 3 mostra a série de nascidos vivos e da taxa de natalidade no RS e Santa Maria nos últimos 10 anos.

Tabela 3 - Série histórica de nascidos vivos no RS e Santa Maria nos anos de 1993 a 2002.

ANO	RS	SANTA MARIA
1993	186.485	4.343
1994	188.647	4.502
1995	188.268	4.275
1996	181.991	4.421
1997	180.610	4.184
1998	177.464	4.034
1999	184.571	4.324
2000	175.693	4.159
2001	160.366	3.648
2002	155.015	3.585
2003	-	3.580

Fonte: MS/DATASUS/SINASC

Segundo a mesma fonte citada acima, do total de nascidos vivos no ano de 2000, em Santa Maria, 10,2% foram prematuros; 8,9% tinham baixo peso ao nascer; 50,7% decorreram de partos cesáreos; 19,3% eram de mães adolescentes com idade entre 10 e 19 anos e 0,6% de mães com idade inferior a 14 anos.

Como mostra a Tabela 4, a população do município vem apresentando um decréscimo do número de nascimentos entre os anos de 1993 a 2003, assim como apresenta uma diminuição na taxa de fecundidade, que em 1992 era de 19,34 e caiu para 14,72 em 2001.

Tabela 4 - Série histórica da taxa de natalidade, no RS e Santa Maria, anos de 1992 a 2001.

ANO	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
RS	19,75	20,07	20,11	19,88	18,88	19,92	19,3	18,51	17,26	15,55
SANTA MARIA	19,34	19,85	20,34	19,11	18,95	18,14	17,21	18,13	17,09	14,72

Fonte: MS/DATASUS/SINASC

A situação favorável do município quanto à qualidade de vida da população é evidenciada pela expectativa de vida ao nascer, que em 2000 foi de **74,1 anos**. (FEE)

A Tabela 5 apresenta a distribuição da população por faixa etária e sexo, segundo estimativa do IBGE:

Tabela 5 - Distribuição da população por faixa etária e sexo.

Idade	Masculino	Feminino	Total
Menos de 1 ano	2.077	2.060	4.137
1 a 4 anos	8.185	7.896	16.081
5 a 9 anos	10.403	10.314	20.717
10 a 14 anos	10.909	10.619	21.528
15 a 19 anos	12.274	12.478	24.752
20 a 29 anos	21.033	21.099	42.132
30 a 39 anos	18.662	20.403	39.065
40 a 49 anos	15.073	18.073	33.146
50 a 59 anos	10.199	12.237	22.436
60 a 69 anos	6.367	8.687	15.054
70 a 79 anos	3.261	5.324	8.585
80 anos	1.174	2.438	3.612
Total	119.617	131.627	251.244

Fonte: Censo do IBGE – Estimativa resolução 04/08/2002 – Taxa proporcional: 3,1332739%.

A tabela mostra o número de crianças na faixa etária de 0 a 1 ano e de 1 a 4 anos e o de adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, totalizando 20.218 crianças e 46.280 adolescentes, bem como a faixa etária de 60 a 80 anos, o que totaliza 27.256 pessoas.

3.2.2 - Aspectos epidemiológicos

3.2.2.1 – Indicadores de morbidade

Conforme o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e o Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, o número de agravos notificados e confirmados no ano de 2003 em Santa Maria é apresentado na Tabela 6:

Tabela 6 - Número de casos notificados e confirmados por agravos em Santa Maria.

Agravos	Notificados	Confirmados
Ac. Animais Peçonhentos	25	9
Atendimento. Anti-Rábico	485	485
Caxumba	23	21
Condiloma Acuminado	50	47
Dengue	05	01
Doenças Exantemáticas	18	-
Febre Amarela	01	-
Hantavirose	01	-
Hepatite Viral	35	15
Herpes Genital	05	05
Leptospirose	733	31
Malária	02	01
Meningite	46	31
Sífilis Congênita	03	03
Sífilis Em Adultos	04	04
Síndrome da Úlcera Genital	01	01
Síndrome do Corrimento Cervical	05	05
Síndrome do Corrimento Uretral	13	13
Tétano Acidental	04	01
Varicela	426	344

Fonte: Setor de Vigilância Epidemiológica da SMS/maio 2003

De acordo com Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e de acordo com o CID10, as causas de internação de todas as idades no município, por grupo de causas no ano de 2002, aparecem na sequência mostrada na Tabela 7:

Tabela 7 - Distribuição das causas de internação por grupo de causas em Santa Maria.

Classificação	Causas de Internação	Distribuição (%)
1º	Partos e puerpério	23,4
2º	Doenças do aparelho digestivo	11,6
3º	Neoplasias (tumores)	11,3
4º	Doenças do aparelho respiratório	9,05
5º	Doenças do aparelho circulatório	9,00
6º	Lesões por envenenamento e causas externas	6,05
7º	Doenças do aparelho geniturinário	5,08
8º	Transtornos mentais e comportamentais	5,00

Fonte: MS/SE/DATASUS – 2004

Os números relativos às internações por doenças diarréicas e respiratórias são mostrados na Tabela 8:

Tabela 8 - Internações por doenças diarréicas e respiratórias em Santa Maria.

Anos	2001(agosto/dez)	2002	2003(jan./agosto)
Doenças Diarréicas			
Menos de 1 ano	16	52	9
1 a 4 anos	17	49	45
60 anos ou mais	-	-	-
Doenças respiratórias			
Menos de 1 ano	88	287	176
1 a 4 anos	93	280	167
60 anos ou mais	369	1029	672

Fonte: Setor de Vigilância Epidemiológica da SMS, maio/2003

3.2.2.2 - Indicadores de Mortalidade

Os indicadores de mortalidade no município de Santa Maria são mostrados nas tabelas 9, 10, e 11:

Tabela 9 – Coeficientes e números absolutos de mortalidade em Santa Maria.

Coeficientes	2001		2002		2003	
	Coeficiente (x 1000)	Nº	Coeficiente (x 1000)	Nº	Coeficiente (x 1000)	Nº
Coeficiente de Mortalidade Geral	6,77	1.637	6,58	1.653	Não disponível	Não disponível
Coeficiente de Mortalidade Infantil	12,06	44	16,46	59	15,26	55
Coeficiente de Mortalidade Neonatal	5,21	19	9,21	33	9,71	35

Fonte: Serviço de Vigilância Epidemiológica da SMS, 2004.

A distribuição e classificação da mortalidade por grupo de causas são mostradas na Tabela 10:

Tabela 10 - Mortalidade proporcional (%) por grupo de causas – CDI 10 em Santa Maria.

Classificação	Grupo de causas	Distribuição (%)
1º	Doenças do aparelho circulatório	36,01
2º	Neoplasias (tumores)	21,02
3º	Demais causas definidas	16,05
4º	Doenças do aparelho respiratório	11,06
5º	Causas externas de morbidade e mortalidade	9,08
6º	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,08
7º	Algumas afecções no período perinatal	2,00
Total		100,00

Fonte: SIM/DATASUS

Na Tabela 11 são mostradas as causas de óbitos por grupos de doenças em Santa Maria, em 2003.

Tabela 11 - Causas de óbitos por grupo de doenças no ano de 2003, Santa Maria.

Classificação	Principais causas de óbitos gerais	Nº
1º	Doenças do aparelho circulatório	452
2º	Neoplasias (tumores)	376
3º	Causas indeterminadas	259
4º	Doenças do aparelho respiratório	170
5º	Causas externas (acidentes, homicídios, suicídios)	131
6º	Doenças do aparelho digestivo	78

Fonte: Setor de Vigilância Epidemiológica da SMS/Maio/2004

As tabelas 10 e 11 mostram, respectivamente, que a principal causa de morte da população santa-mariense é por doenças do aparelho circulatório, responsável por 36,01% das mortes por grupo de causas em 2002. Esta causa também foi responsável por 452 óbitos em 2003.

3.2.2.3 - Saúde Bucal

O estudo sobre as condições de saúde bucal da população de Santa Maria, realizado em 2001 (Unfer, 2003), evidenciou a situação relativa à prevalência de cárie dentária na dentição temporária e permanente.

Verificou-se que maioria dos dentes atacados pela cárie encontra-se na condição de cariados; nenhuma restauração foi registrada em crianças de 18-36 meses e apenas 4% dos dentes atacados pela cárie em crianças de 5 anos estavam nessa condição, indicando pouco ou nenhum acesso a serviços odontológicos para esta faixa etária.

O índice CPOD, que mede o número médio de dentes atacados pela cárie dentária (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados), na idade de 12 anos, é de 1,46 em Santa Maria, indicando uma situação favorável para a população em idade escolar.

A partir da idade de 12 anos cresce significativamente o percentual de dentes obturados em relação ao total de dentes atacados pela cárie, mas na idade adulta o componente perdido aumenta de forma significativa sobre os demais componentes, chegando a 88% do índice na população idosa.

Observou-se neste estudo que as necessidades de tratamento odontológico residem em procedimentos de maior complexidade para o grupo etário de 35-44 anos, como a realização de coroas e facetas, e a necessidade de exodontias (extrações dentárias). Todavia, para o

grupo imediatamente anterior e posterior (15 a 19 anos e 65 a 74 anos), as necessidades na área da Endodontia e da Dentística são mais evidentes.

Com relação às doenças periodontais, a partir dos 15 anos verificou-se que as condições de higiene diminuem à medida que avança a idade. Os principais agravos são o sangramento gengival e a presença de cálculo dentário.

A presença de bolsas periodontais é pequena, indicando a baixa prevalência de doenças periodontais avançadas, como é verificado em levantamentos realizados no Brasil e em outros países. A faixa etária de 65-74 anos registra menos problemas periodontais, devido ao fato de que a maior parte dos dentes já foi perdida.

As condições relativas às doenças periodontais indicam que, na maioria dos indivíduos, podem ser controladas com medidas de autocuidado e atendimento de baixa complexidade no consultório odontológico, exigindo dos profissionais a realização de procedimentos relativamente simples, sem necessidade de equipamento e instrumental de densidade tecnológica.

Há necessidade de mudança do modelo assistencial em saúde bucal, atualmente concentrado no atendimento individual e mutilador, para um modelo que proporcione o aumento da cobertura das ações de promoção, prevenção, tratamento restaurador e tratamento reabilitador, e que privilegie as ações coletivas em saúde.

O município possui 29 consultórios odontológicos instalados em Unidades Básicas de Saúde e 3 unidades odontológicas móveis. Existem 40 cirurgiões-dentistas executando o atendimento odontológico nestes locais, com a predominância do atendimento voltado para o tratamento restaurador e cirúrgico (extrações dentárias). As necessidades de tratamento endodôntico são referidas para uma Unidade Básica localizada no CEDAS (Centro de Diagnóstico e Atenção Secundária), onde estão disponíveis 2 profissionais. Na Policlínica do Rosário há 1 profissional para o atendimento dos Portadores de Necessidades Especiais. A procura por tratamento odontológico é significativa, havendo sempre uma demanda reprimida neste setor, tanto nas UBS's como na unidade de referência.

Existem apenas 5 aparelhos de raios X em funcionamento para tomadas radiográficas bucais na rede municipal, localizados no CEDAS (1), na Policlínica do Rosário (2), no CISBES (1) e na UBS Kennedy (1).

O projeto Escola e Saúde conta com 4 cirurgiões-dentistas executando ações de prevenção em saúde bucal nas escolas e creches do município.

4.- ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO

4.1 - Estrutura organizacional da rede municipal de saúde

4.1.1-Órgão Deliberativo

- Conselho Municipal de Saúde: foi criado em 1991, pela Lei Municipal nº 3.355, de 19/09/91 e modificado pela Lei Municipal nº 3.871/95, de 10/04/95. O Conselho é constituído atualmente por 52 membros titulares, que se reúnem quinzenalmente em reuniões ordinárias, e extraordinariamente, sempre que necessário. A participação efetiva dos conselheiros, bem como dos demais integrantes da comunidade, tem tornado este fórum um espaço relevante para a determinação das políticas de saúde do município.

4.1.2 - Órgão de Gestão Municipal

- Secretaria Municipal da Saúde: criada em 28/11/90, pela Lei Municipal nº 3.266/90, está estruturada conforme as seguintes leis: Lei nº 3.497/92, de 02/07/92; Lei Municipal nº 4.021/96 de 06/12/96 e Lei Municipal nº 4.239/99 de 28/06/99, estando assim estruturada:

- Gabinete da Secretária Municipal de Saúde
- Assessoria Especial e Técnica
- Gerência do Fundo Municipal de Saúde
- Diretoria Geral
- Diretoria de Vigilância Sanitária
- Diretoria de Saúde Coletiva
- Diretoria de Ações de Saúde
- Coordenadoria Administrativa Setorial
- Equipe Financeira e Patrimonial
- Grupo de Recursos Humanos e Administração
- Unidades Básicas de Saúde

A estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria encontra-se em fase de adequação para atender a complexidade e a diversidade exigidas pelo processo de municipalização da atenção a saúde, e, também, por ser o município um Pólo Regional da Macrorregião Centro-Oeste do Estado.

4.1.3 - Tipo de Gestão do Município

O Município está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica, segundo a NOB/MS 01/96 e conforme Portaria n.º 109 de 11/02/98, publicada no Diário Oficial nº 31 de 13/02/98. O município, nesse tipo de gestão, é responsável pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, em cooperação técnica, financeira e operacional com o gestor estadual e gestores municipais da Macrorregião Centro-Oeste do Estado (PDR/RS/2002).

A cidade de Santa Maria, segundo o PDR-RS (2002), é o principal pólo assistencial da região Centro-Oeste do Estado e um dos municípios sede de módulo assistencial da Microrregião de Santa Maria, a qual inclui os municípios de Santa Maria, São Martinho da Serra, Itaara, Júlio de Castilhos e Tupanciretã.

Nesta condição, o município de Santa Maria é responsável pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, em cooperação técnica, financeira e operacional, com o gestor estadual e gestores municipais, da Micro e Macrorregião de saúde.

Para que este princípio organizativo seja realmente efetivado é necessário que os municípios organizem, definam e pactuem entre si as necessidades e as responsabilidades que lhes competem, conforme previsto no módulo assistencial de sua microrregião. Para tanto é necessário que os municípios envolvidos elaborem os planos de trabalho com objetivos e metas, observando as definições constantes no Plano Diretor de Regionalização, quanto aos aspectos de referência microrregional, regional, macrorregional e estadual.

O sistema de referência e contra-referência entre os serviços da rede básica/especialidades/hospitais encontra-se em fase de organização. Tendo em vista que Santa Maria é o principal Pólo Assistencial da Macrorregião Centro-Oeste do Estado e sede de módulo assistencial da Micro-região de Santa Maria, a Secretaria de Saúde está reorganizando seus respectivos serviços, de modo a buscar eficiência e eficácia da atenção à demanda local e regional. Neste sentido a SMS tem investido no cadastramento de seus munícipes para o Cartão SUS, que segundo dados do DATA/ SUS acessado em 16/8/2004 às 14:55, já possui 49.181 cadastros, representando 19.5% do total da população.

4.1.2 - Fundo Municipal de Saúde (FMS)

O Fundo Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal nº 3.744 de 03/01/1994, aprovado e implementado em 1998 (Conta: Banco do Brasil, Agência-1260, nº conta PSF-PAB 58.192/5). É administrado pelo Secretário Municipal de Saúde.

Tabela 12 - Demonstrativo da Receita do Fundo Municipal de Saúde.

Receitas	Arrecadado 2002	Arrecadado 2003	Projetado 2004
FONTE MUNICIPAL			
Receita Oriundas de Impostos	8.046.455,44	10.872.869,15	14.156.613,94
Alvará Sanitário	585.172,15	707.639,72	1.043.253,98
Rendimentos	197.569,17	156.074,81	162.611,79
Soma	8.829.196,76	11.736.583,68	15.362.479,71
FONTE ESTADUAL			
Municipalização Solidária	-	-	417.335,40
Convênios	2.824.136,68	4.565.601,60	3.332.776,00
Soma	2.824.136,68	4.565.601,60	3.750.111,40
FONTE FEDERAL			
SIA / SUS	1.189.217,10	1.446.534,45	1.200.000,00
PAB-Fixo / PABA	2.399.905,09	2.709.625,52	3.013.728,00
PAB-Variável (incentivos)	-	-	-
Incentivo ao PACS	98.533,32	123.600,00	288.000,00
Farmácia Básica	247.766,04	229.089,37	251.144,00
Incentivo ao PSF	-	-	1.129.560,00
Incentivo a Vigilância Sanitária	61.935,00	57.272,35	62.786,00
Incentivo a Carências Nutricionais	87.525,00	-	-
Saúde Mental	34.675,08	63.397,92	35.952,25
Piso Epidemiológico	64.501,62	368.783,94	438.574,56
Convênios	1.808.245,04	373.911,33	5.523.352,48
Soma	5.992.303,29	5.372.214,88	11.943.097,29
TOTAL DAS RECEITAS DO F.M.S.	17.645.636,73	21.674.400,16	31.055.688,40

FONTE: Secretaria de Município das Finanças, Prefeitura Municipal de Santa Maria, abril/2004.

Tabela 13 - Demonstrativo das Despesas do Fundo Municipal de Saúde.

Órgão do Município	Despesa Empenhada 2002	Despesa Empenhada 2003	Despesa Projetada 2004
Despesas Correntes			
Atenção Básica	13.686.637,13	17.306.900,58	24.865.494,09
Atenção Complementar	2.920.000,00	2.600.000,00	2.880.000,00
Soma	16.606.637,13	19.906.900,58	27.745.494,09
Despesas de Capital			
Obras e Instalações	613.463,41	974.111,85	2.923.194,31
Equipamentos e Mat. Permanente	425.536,19	793.387,73	387.000,00
Soma	1.038.999,60	1.767.499,58	3.310.194,31
TOTAL DAS DESPESAS DO F.M.S.	17.645.636,73	21.674.400,16	31.055.688,40

FONTE: Secretaria de Município das Finanças, Prefeitura Municipal de Santa Maria, abril/2004.

4.2 - Capacidade Instalada dos Serviços de Saúde

Os serviços de saúde do Município distribuem-se em Unidades Básicas de Saúde, em Serviços Especializados e Complementares, em Hospitais, em Pronto Atendimento Infantil e Adulto e em Serviço de Vigilância à Saúde.

4.2.1 - Unidades Básicas de Saúde

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município estão distribuídas em 21 Regiões Sanitárias (13 na zona urbana e 8 na zona rural), conforme definição do Conselho Municipal de Saúde, em Ata da Reunião Ordinária do dia 1º de outubro de 1998.

As Regiões Sanitárias (RS) urbanas e suas respectivas Unidades Básicas de Referência (UBR) são:

- | | |
|--|---|
| 1. RS Central | UBR do Rosário |
| 2. RS Vila Kennedy | UBR USK |
| 3. RS Chácara das Fores e Perpétuo Socorro | UBR Joy Betts |
| 4. RS Itararé | UBR Santa Catarina: Bairros Itararé, Campestre do Menino Deus e Pércio Reis; |
| 5. RS Vila Nova | UBR Dr. Waldir Mozzaquatro: V. Schirmer, V. Rossato, V. Bilibio, Bairro Dolores, Menino Jesus e V. Nova |
| 6. RS São José | UB São José: 02 Equipes de Saúde da Família, V. Maringá – 01 Equipe de Saúde da Família |
| 7. RS de Camobi | UB Walter Aita |
| 8. RS Lorenzi | UB Oneyde de Carvalho |
| 9. RS Medianeira | UB Dom Antônio Reis |
| 10. RS Centro Social Urbano | UB Centro Social Urbano; |
| | UB Roberto Binato: 02 Equipe de Saúde da Família |
| 11. RS Vila Caramelo | UB Víctor Hoffmann: 01 Equipe de Saúde da Família |
| | UB Alto da Boa Vista: 01 Equipe de Saúde da Família |
| 12. RS Santa Marta | UBR Floriano da Rocha: |
| 13. RS Núcleo Habitacional Tancredo Neves | UBR. Rubem Noal |

As Regiões Sanitárias Rurais e suas respectivas Unidades Básicas de Saúde são:

- | | |
|----------------------|---|
| 1. RS São Valentin | Não dispõe de UBS |
| 2. RS Arroio Grande | UBS Arroio Grande |
| 3. RS Pains | UB Pains: 01 Equipe de Saúde da Família |
| 4. RS Arroio do Só | UB de Arroio do Só: 01 Equipe de Saúde da Família |
| 5. RS Passo do Verde | Não dispõe de UBS |
| 6. RS Boca do Monte | UBS Boca do Monte |
| | UB Santo Antônio: 01 Equipe de Saúde da Família |
| 7. RS Palma | Não dispõe de UBS |
| 8. RS Santa Flora | UBS Santa Flora |

Em algumas Regiões Sanitárias da zona urbana existem mais 7 Unidades Básicas de Saúde: Centro Integrado de Saúde e Bem Estar Social - CISBES; UBS Vila Lúcia, UBS Vila Rigão, UBS Bom Samaritano, e UBS Joy Bets. Estão sendo realizados estudos para a

reorganização das atuais Regiões Sanitárias, por uma comissão de conselheiros do Conselho Municipal de Saúde.

As UBS's existentes estão distribuídas de forma heterogênea no município, acarretando, em algumas delas, demanda superior a capacidade instalada. Em relação à área física, a maioria vem sendo reestruturada de modo a adequá-las à nova lógica organizativa dos serviços.

No primeiro semestre de 2004 foram implantadas 9 equipes de Saúde da Família. Está prevista a implantação de mais 16 equipes, sendo que 6 delas contarão com cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário.

O processo de organização e gestão da atenção básica está em fase de estruturação para que os serviços de saúde possam se efetivar de forma compatível com lógica preconizada pelo SUS e defendida pela Secretaria Municipal de Saúde.

Este caráter vem, progressivamente, movimentado-se em direção a conversão do modelo tradicional, tendo em vista a consonância dos princípios que norteiam a gestão municipal e as diretrizes e princípios do SUS. Neste sentido a estratégia de Saúde da Família, em andamento, constitui-se em importante alavanca para a concretização desse processo. Também os projetos Escola e Saúde, Acolhe Bebê, Mutirões da Cidadania e Redução de Danos, vêm contribuindo de forma significativa para conversão do modelo assistencial.

4.2.2 - Serviços Especializados e Complementares

Os serviços especializados e a atenção secundária são prestados no Centro de Diagnóstico e Atenção Secundária (CEDAS), na Policlínica do Rosário, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no Ambulatório de Saúde Mental, no Centro Materno-Infantil (ginecologia e obstetria) e no Projeto Redução de Danos dirigido aos dependentes químicos.

No CEDAS e na Policlínica do Rosário alojam-se os serviços de laboratório bioquímico, RX, ultra-sonografia, eletroencefalograma (EEG), eletrocardiograma (ECG), mamografia, serviços de fisioterapia, nutrição e endodontia. Estes serviços são prestados mediante referência das UBS's.

Além destes, o município dispõe de outros serviços especializados regionais, tais como:

- Centro de Atendimento à Tuberculose e Hanseníase (na sede da SMS)
- Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)
- Serviço de atenção à pessoas com Doença de Chagas.

Dispõe também dos seguintes serviços especializados conveniados:

- Pronto Socorro de Fraturas;
- Clínica de Oftalmologia: no Município de Faxinal do Soturno.

A SMS mantém ainda credenciamento com 6 laboratórios privados de análises clínicas.

4.2.3 - Pronto Atendimento Infantil e Adulto

O município conta com serviços em regime de 24 horas, para o atendimento de urgência da população, no Centro Materno Infantil (CMI), no Pronto Atendimento Municipal (PAM), na Unidade de Saúde Ruben Noal (P.A Ruben Noal - COHAB Tancredo Neves) e no Pronto Atendimento do Hospital Universitário.

Considerando que Santa Maria é cidade pólo de assistência da Macrorregião Centro-Oeste e sede do módulo assistencial da Microrregião de Santa Maria, o atendimento realizado nesses serviços estende-se também às demandas dos municípios que compõem estas regiões. O pronto-socorro do HUSM também recebe demandas provenientes de outras regiões, inclusive de fora do Estado.

4.2.4 - Serviço de Vigilância Sanitária

O Serviço de Vigilância Sanitária em Santa Maria foi criado pela Lei Municipal n.º 4.040/96 de 27/12/1996, sendo denominado atualmente de Diretoria de Vigilância Sanitária (DVS). Este serviço está comprometido com uma melhor qualidade de vida dos cidadãos, dando prioridade a promoção, proteção e recuperação da saúde pública através da fiscalização, detecção de infrações e aplicação das penalidades previstas em lei.

Esta dividida em três áreas de atuação:

1. Vigilância Sanitária

- ❖ Setor de Fiscalização de Alimentos, Zoonoses e Produtos Agropecuários. Atua no cadastramento, fiscalização e licenciamento do comercio varejista de alimentos e agropecuárias, bem como na orientação e prevenção de doenças zoonóticas.
- ❖ Setor de Engenharia Sanitária – atua no cadastramento, fiscalização, monitoramento e análise de projetos e licenciamento do comercio em geral.
- ❖ Setor de Serviços de Interesse a Saúde – atua no cadastramento, fiscalização e licenciamento de estabelecimentos de interesse a saúde, tais como: ambulatórios, policlínicas, casa de repouso para idosos, consultórios e clínicas em geral, laboratórios, serviços de atendimento pré hospitalar, óticas, serviço de odontológico intra-oral
- ❖ Setor de Produtos de interesse a Saúde – atua no cadastramento, fiscalização e licenciamento de estabelecimentos de produtos de interesse a saúde, tais como: produção e comercialização de medicamentos, de produção de produtos químicos, de produção de saneantes domissanitários, de estética e serviços de massagens e similares.
- ❖ Setor de Qualidade da água – atua sobre o controle de qualidade da água, realizada pelos serviços públicos e privados de abastecimento.
- ❖ Setor de Processo Administrativo – Atua na instauração, controle e encerramento dos processos administrativos sanitários.

2. Vigilância Epidemiológica:

- ❖ Setor de Epidemiologia – Atua em proporcionar conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva. Tem como finalidade recomendar a adoção de medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Utiliza sistemas de informação em saúde, como: SINAN, SINASC e SIM.
- ❖ Setor de Imunizações – Atua na redução de índices de morbidade e mortalidade por doenças preveníveis por vacinas, bem como, acondicionar, armazenar e distribuir os imunológicos fazendo assim, cumprir as metas de cobertura vacinal estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

3. **Vigilância Ambiental** – Atua no controle dos fatores ambientais, prevenindo assim o aparecimento de doenças zoonóticas. (Dengue, Raiva e Doença de Chagas)

4.2.5 - Recursos Humanos

Atualmente na SMS existem profissionais com vinculação estatutária, celetista, contrato emergencial, prestação de serviço pago por RPA, e contratações com vínculo celetista por Empresas Terceirizadas (Convênio Casa de Saúde e Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS)). Também existem estagiários, por meio do Convênio Integrado Empresa-Escola e da Fundação de Recursos Humanos.

No ano de 2004 foram contratados 27 novos profissionais, através de seleção pública, para atuação em 9 equipes do Programa de Saúde da Família. Ainda neste ano será realizada uma nova seleção pública para a constituição de mais 16 equipes, sendo que 6 cirurgiões-dentistas e 6 auxiliares de consultório dentário integrarão o referido programa.

Neste ano também foi realizado um concurso público para o preenchimento de vagas do quadro atual e para os novos cargos criados para atender as necessidades previstas na implantação do Hemocentro Regional, do Centro de Atenção à Saúde do Trabalhador, na criação do Serviço de Auditoria, Controle e Avaliação, e de médicos especialistas para atender as demandas da Gestão Plena do Sistema de Saúde Municipal.

A distribuição dos recursos humanos na Secretaria de Saúde é mostrada no quadro a seguir:

Quadro 1 – Distribuição dos recursos humanos existentes na Secretaria de Saúde, 2004

Recursos humanos	Nº	Recursos humanos	Nº
Agente Administrativo	32	Coordenação Administrativa	01
Agente da Assistência	85	Coordenador e Dirigente de Equipe	14
Agentes Comunitários de Saúde	134	Diretor de Saúde Coletiva	01
Agente de Fiscalização I e II	05	Diretor de Vigilância Sanitária	01
Agente de Obras	01	Enfermeiros	72
Agente de Saúde	01	Engenheiro Agrônomo	01
A O S D	06	Engenheiro Civil	01
Arquiteto	01	Engenheiro Florestal	01
Assessor Especial	03	Farmacêutico Bioquímico/Industrial	15
Assessor Técnico / Especial	04	Fisioterapeutas	08
Assistente de Secretaria	02	Fonoaudiólogos	03
Assistente Social	05	Médicos	201
Assistente Superior de Saúde	05	Médico Veterinário	03
Auxiliar de Assistência	08	Motorista Utilitário e Caminhão	31
Auxiliar de Enfermagem	13	Nutricionista	01
Auxiliar de Gabinete	01	Cirurgião-Dentista	42
Auxiliar de Limpeza Pública	01	Psicólogo	06
Auxiliar de Saneamento	01	Programador de Computação	01
Auxiliar de Serviços Gerais	43	Supervisor	02
Auxiliar em Operação	02	Técnico em Radiologia	11
Auxiliar em Saúde I e II	03	Técnico Fiscal	06
Auxiliar Operacional	01	Técnico I, II	02
Telefonista	05		
TOTAL			788

Fonte: Setor de Recursos Humanos da SMS.

Quadro 2 – Distribuição dos médicos da Secretaria de Saúde, por especialidade. 2004.

Especialidade	Nº	Especialidade	Nº
Cardiologia	04	Medicina do Trabalho	02
Clínica Geral	102	Neurologia	04
Cirurgia Geral	01	Oftalmologia	03
Dermatologia	03	Otorrinolaringologia	01
Endocrinologia	01	Patologia	01
Gastroenterologia	03	Pneumologia	02
Ginecologia	20	Psiquiatria	03
Ginecologia-obstetrícia	04	Radiologia	04
		Traumatologia	01
TOTAL			159

A atual administração da SMS, ao estabelecer suas políticas de gestão, adotou como uma das prioridades a educação permanente dos trabalhadores. Embora ainda não disponha de um Setor de Educação em Serviço, vem oportunizando a participação dos profissionais em Cursos de Especialização, Aperfeiçoamento e Atualização. Além disto, há previsão da redefinição do quadro de profissionais, de modo a atender as necessidades geradas pelo modelo de gestão/atenção adotado pelo Município.

4.2.6 – Hospitais

Santa Maria dispõe de 8 hospitais: Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (HCAA), Hospital Casa de Saúde (HCS - Convênio entre a Cooperativa dos Empregados da Viação Férrea (COOPFER), o município de Santa Maria e a Secretaria Estadual da Saúde), Hospital da Brigada Militar (HBM), Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Hospital da Guarnição Militar (HGU), Centro Médico Hospitalar (CMH) e Hospital da Base Aérea de Santa Maria (HBASM).

Destes, apenas o Hospital Universitário de Santa Maria e o Hospital Casa de Saúde destinam leitos para o SUS, sendo 280 no HUSM e 89 no Hospital Casa de Saúde, totalizando 369 leitos. Além destes, conta-se também com 18 leitos do HCAA, por conta da filantropia. Está previsto, no Hospital Casa de Saúde a abertura de mais 54 leitos ainda neste ano, bem como a implantação do Centro de Parto Humanizado. A política de Atenção Domiciliar, reconhecida pelo Ministério da Saúde por seu impacto positivo na redução do tempo de permanência hospitalar, é uma estratégia que vem sendo viabilizada pelo “Serviço Pós-Alta Hospitalar” nesta instituição. A qualificação do atendimento na rede básica, através da implantação de equipes de PSF, dos CAPS’s e a construção do Pronto Atendimento, com leitos de observação, são estratégias adotadas para diminuir a necessidade de leitos hospitalares no município.

Conforme propostas apresentadas no “Estudo Preliminar para Subsidio a Medidas de Ampliação do Numero de Leitos de Santa Maria”, realizado pelo Grupo Tarefa do Conselho Estadual de Saúde, e no “Estudo e avaliação quanto a expansão de leitos na região e município de Santa Maria” realizado pelo Departamento Administração Hospitalar e Ambulatorial da SES, no corrente ano, ficou evidenciado que a rede hospitalar instalada nesta região é razoavelmente bem distribuída, apresentando carência leitos em UTIs Adulto e Pediátrico, os quais podem ser acrescidos aos hospitais existentes em Santa Maria. Este último estudo aponta que "existem áreas já construídas que se encontram ociosas por falta de equipamentos, como é o caso do Pronto Socorro Regional"... "atendimento deficitário em áreas especializadas por falta de equipamento"... e que "Santa Maria necessita ampliar e otimizar o atendimento hospitalar"... Diante disto, a questão da necessidade de leitos hospitalares no município se apresenta como uma discussão bastante complexa que necessita ser melhor estudada e discutida tanto no âmbito municipal quanto regional.

4.3 - Relações Intersetoriais da Secretaria de Município da Saúde

A SMS participa, através de representação, nos seguintes Conselhos e Associações:

- Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE);
- Conselho Regional de Saúde (CRS);
- Conselho Municipal do Meio Ambiente;
- Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN);
- Conselho Municipal do Idoso (COMID);

- Associação de Secretários e Dirigentes da Saúde (ASSEDISA);
- Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEPS).

4.4 - Relações com instituições formadoras de recursos humanos

A Secretaria Municipal de Saúde estabelece parcerias com diferentes cursos da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e Faculdade Santa Clara (FASCLA) para a realização de estágios curriculares. É importante destacar o esforço que vem sendo empreendido pelas diferentes instituições na busca pela articulação entre as instituições de ensino e serviços da rede municipal. Dentre estes, destaca-se a participação ativa da SMS na implementação da Política de Educação Permanente para o SUS, através da criação do Pólo de Educação da Macrorregião Centro-Oeste.

Os esforços interinstitucionais, num processo em permanente construção no município, têm proporcionado a contemplação do que manifesta o artigo 200 da Constituição Federal, Seção II- da Saúde, inciso III, o qual dispõe que “ao SUS compete, entre outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos em saúde”, e o que diz a Lei Federal n.º 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde – que trata no artigo 6º sobre “o ordenamento da formação dos recursos humanos da área”, e no artigo 14º “... criar comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde, as instituições de ensino ...propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuadas dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde – SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições”.

5 - DIRETRIZES, OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS, PRIORIDADES E METAS

A construção do SUS no âmbito municipal, a partir dos pressupostos da VIII Conferência Nacional de Saúde e do aparato jurídico-legal vigente na saúde, tem sido um constante desafio das três esferas de governo e das instâncias de Controle Social. Neste sentido, este Plano Municipal de Saúde está embasado nas seguintes DIRETRIZES: *Descentralização e Qualificação da Gestão/Atenção, Integralidade da Atenção, Controle Social e Educação Permanente em Saúde*. As diretrizes são desdobradas em OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS, PRIORIDADES E METAS.

Os **objetivos** refletem as intenções do Conselho Municipal de Saúde e da Gestão Municipal para o período de 2004-2006. Constituem os marcos referenciais do Plano, sendo que a partir destes foram definidas as **estratégias, prioridades e metas**. As **estratégias** expressam a forma prevista para a operacionalização das ações e serviços da rede municipal. As **prioridades** representam, no universo de necessidades de saúde do município, o que a gestão considera como mais urgente e passível de resolução, levando em conta a disponibilidade de recursos técnicos e financeiros. As **metas** são entendidas como o período em que a gestão pretende efetivar a estratégia eleita para o alcance dos objetivos. Estas estão categorizadas em **curto, médio, longo prazo e permanentes**. As de curto prazo correspondem ao período de julho de 2004 a julho de 2005, as de médio e longo prazo correspondem ao período de julho de 2005 a julho de 2006, e aquelas definidas como permanentes são metas que devem ser efetivadas continuamente.

5.1 DIRETRIZ - Descentralização e Qualificação da Gestão/Atenção

OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS/PRIORIDADES/ METAS/
1. Organizar o sistema de gestão/atenção à saúde no município como Pólo Macrorregional e sede de Módulo Assistencial da Microrregião.	- Adequação da estrutura organizacional do Sistema de Saúde para afirmar-se como cidade Pólo da Macrorregião Centro-Oeste e como sede de Módulo Assistencial da Microrregião; - Implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com 25 equipes, atingindo 41,9% da população; - Implantação de central de regulação da oferta de serviços especializados para o município e para a população referenciada entre os municípios (consultas/exames e internações); - Organização de sistema de referência e contra referência no Município e na Macrorregião; - Criação de uma comissão de licitação própria da SMS; - Reorientação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde; - Cadastramento de 60% de usuários do município através do cartão SUS; - Implantação do Hemocentro Regional; - Implantação do Centro Regional de Saúde do Trabalhador; - Implantação de novas Unidades de saúde, somente se inseridas no processo de regionalização e, com deliberação dos respectivos Conselhos. - (Re) organização e implantação de uma comissão de padronização de medicamentos e materiais; - Incremento da atenção secundária em saúde bucal, com oferta ampliada de Endodontia e oferta de Prótese, e fortalecimento do sistema de referência e contra-referência; - Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), junto ao PAM. Prioridade 1 – metas em curto prazo Responsabilidade institucional: S.M.S. - Criação de um organograma compatível com modelo de gestão/atenção; - (Re)estruturação da Diretoria de Vigilância Sanitária, propondo a Diretoria de Vigilância em Saúde com os setores: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador.(NOB SUS 01/96 e Portaria Ministerial 1172/04) - Criação de um setor de assessoria em comunicação na S.M.S.; - Reorganização equipe de assessoria de planejamento especificando suas atribuições; - Estruturação de um banco de projetos vinculado à assessoria de planejamento; - Definição de política municipal para convênios com o CIS e outras instituições; - Revisão do mapeamento das Regiões Sanitárias; - Implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) até atingir 70% da população; Prioridade 2 – metas a médio e longo prazo Responsabilidade institucional: SMS, CMS e representação das Associações Comunitárias.
2. Assumir a gestão plena do Sistema de Saúde (Ações de alta complexidade no município)	- Negociação da Gestão Plena do Sistema de Saúde para o Município, com a Comissão Intergestores Bipartite (repasse da alta complexidade para a gestão municipal) Prioridade 1- meta em curto prazo (até julho de 2005) Responsabilidade institucional: SMS

3. Criar Núcleo de Informação e Comunicação em Saúde (NICS).	- Criação e implantação do Núcleo de Informação de Comunicação em Saúde; - Criação e implementação do Arquivo Central da SMS, com Arquivos Correntes e Arquivo Permanente; - Criação e implementação do Protocolo Central; - Informatização da sede da SMS, do CEDAS, da Policlínica do Rosário, das Unidades de Saúde da Família, dos Serviços de Pronto Atendimento e da Farmácia Municipal, Diretoria de Vigilância Sanitária. - Criação de um sistema de divulgação do potencial dos serviços de saúde e de sua utilização pelo usuário; - Criação da Home Page da SMS. Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Direção Geral
4. Utilizar a epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e a alocação de recursos para implantação e implementação de serviços públicos de saúde	- Reestruturação do setor de epidemiologia e estabelecimento de agendas de Vigilância Epidemiológica no município - Incremento da vigilância sanitária, notadamente em relação à prevenção da cárie pela adição de flúor à água de abastecimento público; Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Diretoria de Vigilância em Saúde
5. Criar comissão vinculada ao Fundo Municipal de Saúde para o controle e o inventário patrimonial da SMS, conforme Lei Municipal n.º 3744/94.	- Implantação de comissão e realização de inventário patrimonial da SMS Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Coordenadoria Administrativa Setorial
6. Reorganizar o serviço de atenção à saúde do trabalhador, com vistas atender o que assegura a Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90.	- Reorganização dos serviços e ações de vigilância epidemiologia e de vigilância sanitária, dirigidos à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores; Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Diretoria de Saúde Coletiva, Diretoria de Ações em Saúde e Vigilância Sanitária .
7. Reestruturação da política de Recursos Humanos da SMS	- Reorganização do setor de Recursos Humanos, redefinindo suas atribuições; - Redefinição do quadro de profissionais da SMS; - Priorização dos profissionais do quadro permanente, devidamente habilitados, para o exercício da função de Direção, Coordenação, Gerência e Chefia dos Serviços de Saúde; - Introdução de pessoal auxiliar nas ações de saúde e saúde bucal, com expansão de atividades além da clínica odontológica; Prioridade 1 - meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Direção Geral e Coordenadoria Administrativa Setorial - Implantação e Implementação da Mesa Permanente de Negociação (MPN); - Criação da Comissão de Ética da SMS e do Código de Conduta dos Profissionais da Saúde; - Criação do Plano de Carreira, Cargos e Salários para os profissionais da SMS, conforme N.O.B. RH/SUS; - Criação de mecanismos de incentivo à qualificação profissional permanente; - Criação e implementação do processo de avaliação de desempenho funcional; Prioridade 2 - meta em médio prazo Responsabilidade institucional: Direção Geral e Coordenadoria Administrativa Setorial
8. Definir a política para a escolha dos cargos de direção coordenação, gerência e chefia dos serviços da SMS	- Definição de parâmetros (habilitação e definição de percentual máximo de CC's) para os cargos administrativos na SMS. Prioridade 2 – meta em médio prazo Responsabilidade institucional: SMS
9. Criar setor de controle regulação e auditoria das ações e serviços da SMS.	- Implantação do setor de controle, regulação e auditoria na SMS. Prioridade 1 - meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Direção Geral

10. Elaborar o Plano Diretor de Obras e Edificações na SMS	- Elaboração e implementação do Plano Diretor de Obras e Edificações; - Definição e adequação de prédio para o almoxarifado da SMS; - Reforma e ampliação das UBS's Roberto Binato, Pains, São José e Floriano Rocha; - Construção do Pronto Atendimento Municipal e UBS do Itararé; - Equipamento do Hospital Casa de Saúde para ampliação de mais 54 leitos e implantação da Casa de Parto Humanizado. Prioridade 1 - meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Direção Geral e Direção do Hospital Casa de Saúde - Reestruturação da sede administrativa da SMS, assegurando fluxo ágil, integrador e que humanize as relações de trabalho; - Reforma e ampliação da UBS da Vila Lúcia e UBS Waldir Mozzaquatro; - Construção do Centro de Controle de Zoonoses; - Elaboração do projeto de Serviço Pós-Alta Hospitalar (SPA), visando a captar recursos junto ao Ministério da Saúde; - Reforma do Centro Cirúrgico do Hospital Casa de Saúde; - Ampliação da área física e do equipamento do Laboratório de Análises Clínicas da SMS; - Construção de rampa e/ou elevador no CEDAS, adequando o acesso aos usuários. Prioridade 2 – meta em médio prazo Responsabilidade institucional: Direção Geral e Direção do Hospital Casa de Saúde
11. Implantar serviços de média complexidade em U.B.S. de referência	- Implantação de serviços de referência, através de equipes matriciais (Psicólogos, Ass. Social; Nutricionista; Fonoaudiólogo e outros) nas UBS de Camobi e UBS Floriano Rocha. Prioridade 1 - meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Diretoria de Ações em Saúde e Saúde Coletiva - Implantação de serviços de referência, através de equipes matriciais (Psicólogos, Ass. Social; Nutricionista; Fonoaudiólogo e outros) na UBS Kennedy e uma UBS na zona sul. Prioridade 2 – meta em médio prazo Responsabilidade institucional: Diretoria de Ações em Saúde e Saúde Coletiva
12. Reorganizar e informatizar a Farmácia Central, garantindo o acesso a medicamentos básicos e de segunda linha aos usuários do SUS.	- Alocação da Farmácia Central em área física apropriada; - Informatização da dispensação de medicamentos da linha básica e dos complementares. Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Direção Geral e Coordenadoria Administrativa Setorial

5.2- DIRETRIZ - Integralidade na Atenção à Saúde

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS/PRIORIDADES/METAS
1. Reorganizar os serviços por Regiões Sanitárias, visando a atenção integral da pessoa nas diferentes etapas do ciclo vital.	- Levantamento da distribuição e das causas de adoecimento e morte da população (perfil epidemiológico) em áreas prioritárias das Regiões Sanitárias; - Implantação da estratégia de acolhimento e vínculo de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população nas UBS não contempladas pelo PSF; - Implementação de protocolos de assistência para atender as especificidades da criança, do adolescente, do adulto e do idoso; - Implementação de protocolos para referência e contra-referência na rede de serviços; - Desenvolvimento de ações de assistência em saúde bucal para bebês e crianças em idade pré-escolar; - Ampliação dos programas de educação e prevenção em saúde bucal

	a todos os grupos sociais da população. - Reorientação dos serviços de Odontologia com base epidemiológica. Prioridade 1 - meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Diretoria de Ações em Saúde, Diretoria de Saúde Coletiva, Setor de Odontologia e Instituições formadoras com estágios na SMS. - Conversão do atual modelo de atenção em saúde bucal para um modelo voltado para a promoção, prevenção e tratamento em saúde bucal de forma integral e coletiva; Prioridade 2 – meta em médio e longo prazo Responsabilidade institucional: Diretoria de Ações em Saúde, Diretoria de Saúde Coletiva e Setor de Odontologia
2. Reduzir a morbi-mortalidade infantil (criança de 0 a 12 anos incompletos) e materna	- Fortalecimento e reestruturação das ações de atenção à saúde da criança e da gestante em todas as Regiões Sanitárias; - Cadastramento de gestantes, recém-nascidos e crianças até 5 anos; - Ampliação e qualificação da atenção Pré-Natal; - Elaboração de protocolos de assistência e de referência e contra referência à gestante e à criança; - Ampliação e qualificação de acompanhamento de pré-natal de médio e alto risco no Centro Materno-Infantil (CMI); - Implementação da estratégia “Acolhe Bebê”, no HUSM e em todas UBS; - Negociação com o HUSM para a ampliação da oferta de atenção no pré-natal de médio e alto risco. Prioridade 1- meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Diretoria de Ações em Saúde, Diretoria de Saúde Coletiva e Coordenadoria do CMI. - Cadastramento e intensificação do acompanhamento e da vigilância de todas as crianças menores de um ano; - Implementação de ações educativas e assistenciais para a vigilância nutricional e o apoio alimentar; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; estímulo ao aleitamento materno; - Controle das doenças preveníveis por imunizações; - Controle das doenças diarreicas, doenças respiratórias e da desidratação; - Detecção e controle dos casos de violência infantil. Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Diretoria de Ações em Saúde, Diretoria de Saúde Coletiva, Setor de Odontologia e Conselho Tutelar.
3. Reorganizar serviços e ações de atenção à saúde do adolescente (12 a 18 anos incompletos) em todas as Regiões Sanitárias	- Reorganização de serviços e de ações interdisciplinares e intersetoriais de assistência e educação; - Redução dos índices de gravidez na adolescência ; - Aconselhamento sobre a saúde sexual e reprodutiva, e garantia de acesso aos métodos de controle da concepção; - Cadastramento de adolescentes grávidas; - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; - Controle de doenças preveníveis por imunizações; - Aconselhamento sobre DST/HIV/AIDS, uso de drogas, prevenção de acidentes e traumatismos; - Vigilância a situações de violência; - Organização de grupos de educação em saúde, de apoio e lúdico-educativos nas Regiões Sanitárias; - Aumento da cobertura das ações em saúde bucal, de forma coletiva e individual. Prioridade 1 - meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Diretoria de Ações em Saúde, Diretoria de Saúde Coletiva, Conselho Tutelar e Setor de Odontologia

4. Fortalecer as ações e serviços da Atenção à Saúde do Adulto	Vigilância a Saúde da Mulher; - Aumento e qualificação das ações assistenciais e educativas de prevenção ao câncer de colo de útero e mama; - Aumento da oferta de exames citopatológicos para mulheres com vida sexual ativa; - Aumento da oferta de mamografias para mulheres acima de 40 anos; - Aconselhamento sobre DST/HIV/AIDS, saúde sexual, planejamento familiar, saúde mental e climatério; - Criação de grupos de apoio e de educação em saúde; - Aumento da cobertura das ações em saúde bucal, de forma coletiva e individual. Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Setor de Epidemiologia, Diretoria de Ações em Saúde, Diretoria de Saúde Coletiva e Setor de Odontologia.
5. Reorganizar a atenção à Saúde Mental na rede municipal	- (Re) organização da rede de atenção à Saúde Mental contemplando a lógica de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização, em todos os serviços. - Implantação de equipes matriciais (Psicólogos; Ass. Social; Psiquiatra; Arte Terapeuta e outros) em Saúde Mental nas UBS's de Referência, de Camobi e Floriano Rocha – Santa Marta; - Implantação de 2º CAPS II – neuróticos e psicóticos crônicos; - Implantação de CAPSi - crianças e adolescentes; - Criação e implementação de rede de sistema de referência e contra-referência entre as UBS's, equipes matriciais, Caps, e hospitais. - Implantação de “Residência Terapêutica” em saúde Mental; - Implantação de 4 (quatro) leitos para atendimento em Saúde Mental no Hospital Casa de Saúde. Prioridade 1- meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Equipe de Saúde Mental, e Diretoria de Ações em Saúde e Saúde Coletiva
6. Fortalecer a Política de Controle e acompanhamento de grupos de risco e portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial em todas as Regiões Sanitárias.	- Detecção precoce dos fatores e dos grupos de risco para portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial; - Ampliação das ações de educação em saúde (individual e coletiva) para a promoção, prevenção e tratamento da diabete mellitus e hipertensão arterial; - Ampliação da capacidade de oferta de serviços e ações especializadas de média e alta complexidade para o monitoramento destas doenças; Prioridade 1 - meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Setor da Educação Continuada e Diretoria de Ações em Saúde
7. Diminuir a incidência da tuberculose, o abandono do tratamento da doença e reduzir a prevalência da hanseníase	- Ampliação e descentralização das ações de vigilância epidemiológica para o controle da tuberculose e da hanseníase; - Ampliação e descentralização das ações de diagnóstico e tratamento dos casos de tuberculose, em 20%. Prioridade 1 - meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Setor da Educação Continuada, Setor da Tuberculose e Diretoria de Ações em Saúde
8. Reduzir a incidência de infecção por HIV/AIDS e outras DST's em todas regiões sanitárias	- Aumento da capacidade da oferta de aconselhamento, diagnóstico e tratamento em HIV/AIDS e outras DSTs; - Promoção de ações de educação em saúde visando a adoção de práticas sexuais seguras.
9. Ampliar a oferta de ações à saúde do trabalhador.	- Ampliação e qualificação do serviço de saúde do trabalhador; - Ampliação da capacidade de detecção de acidentes de trabalho; - Reorganização da atenção à saúde do acidentado e de portadores de doenças relacionadas ao trabalho (LER e DORT); - Estabelecimento de sistema de referência para ações de média e alta complexidade; - Promoção de ações educativas visando a prevenção de acidentes e

	doenças profissionais; - Ampliação e qualificação do sistema de informações de saúde do trabalhador - SIST (FIS, RINA) em todas as regiões sanitárias. Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Diretoria de Saúde Coletiva, Vigilância em Saúde
10. Criar e implementar os serviços de atenção à saúde do idoso	- Criação e implementação de serviços de atenção ao idoso; - Incentivo à criação de grupos de convivência; - Criação do serviço de atendimento domiciliar; - Facilitação do acesso à medicação; - Vigilância das situações de negligência e violência social. Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Diretoria de Ações em Saúde e Diretoria de Saúde Coletiva
11. Ampliar e qualificar a oferta de atenção de baixa e média complexidade no Hospital Casa de Saúde para a população do município e da macrorregião.	- Aumento de 54 leitos hospitalares de baixa e média complexidade; - Criação de Centros de Referência nas áreas de Otorrinolaringologia, Urologia e Rádio-imagem; - Implantação do Centro de Partos Normais; - Implantação de serviços eletivos e de urgência em ortopedia e traumatologia; - Reequipamento das novas áreas hospitalares. Prioridade 1 - meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Direção do Hospital Casa de Saúde e SMS. - Aumento de 60 leitos até o final de 2005 e de mais 60 leitos em 2006; - Construção do novo bloco cirúrgico e do quarto piso para alojar 60 leitos. Prioridade 2 - meta em médio prazo Responsabilidade institucional: Direção do Hospital Casa de Saúde e SMS
12. Pactuar com o HUSM seu papel como hospital de referência macrorregional e as metas que garantam a ampliação da atenção na alta complexidade	- Pactuação com direção do HUSM pela ampliação de 35 leitos hospitalares em alta complexidade, 6 leitos no Pronto Socorro Regional e 34 leitos nas UTI's Neonatal, Infantil e Adulta; - Instalação do serviço de hemodinâmica e de cirurgia cardíaca; - Qualificação e aumento da oferta dos serviços de Oncologia, Traumatologia e Neurologia. Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Secretaria de Saúde

5.3 – DIRETRIZ - Educação Permanente em Saúde

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS/PRIORIDADES/METAS
1. Viabilizar a Educação Permanente dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital Casa de Saúde, tomando como base a política de formação de Recursos Humanos/SUS e a Portaria n.º 198/GM/MS.	- Criação do Setor de Educação Permanente da SMS; - Implantação de Política de Educação Permanente; - Elaboração e Implantação de Plano Plurianual de Educação Permanente; - Implantação do Curso de Residência Integrada em Saúde (RIS), pela SMS, UFSM e Ministério da Saúde; - Capacitação dos cirurgiões-dentistas e auxiliares da SMS, com vistas à modificação do modelo de atenção; - Capacitação dos profissionais das Regiões Sanitárias para a atenção aos adolescentes (20%); - Capacitação de enfermeiras e médicos das UBS's para a vigilância do CA de útero e de mama; - Capacitação de gestores e gerentes para a Gestão em Saúde;

	- Capacitação de gestores e gerentes na área de saúde bucal; - Capacitação de gestores e gerentes em Vigilância em Saúde; - Capacitação dos profissionais das UBS's para ações de acolhimento e manejo em Saúde Mental. Prioridade 1 - meta em curto prazo Responsabilidade institucional: SMS - Capacitação dos profissionais das UBS's para a atenção em saúde mental na dependência química(50%) ; - Capacitação dos profissionais das UBS's para a vigilância e controle da tuberculose e da hanseníase; - Organização e implementação do Centro de Estudos, Pesquisas e Avaliação em Saúde, em parcerias com as instituições formadoras da Macrorregião Centro-Oeste. Prioridade 2 – meta em médio prazo Responsabilidade institucional: SMS e Setor de Educação Permanente
2. Viabilizar a articulação entre as Instituições formadoras da área da saúde da Macrorregião Centro-Oeste e a SMS visando a qualificar a gestão, a atenção e o controle social	- Celebração de convênios institucionais, com critérios de contrapartida, assegurando a implantação de propostas interdisciplinares e intersetoriais para o desenvolvimento de Programas de Educação Permanente em Saúde e Educação Popular em Saúde; - Implementação da integração ensino-serviço compatível com a proposta de gestão/atenção em andamento na rede municipal. Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: SMS

5.4 - DIRETRIZ - Controle Social

OBJETIVO	ESTRATÉGIAS/PRIORIDADES/METAS
1. Criar Conselhos Locais de Saúde	- Mobilizar a população e demais segmentos para criação de Conselhos Locais de Saúde nas regiões sanitárias; - Reativar o Conselho Local de Saúde na RS Kennedy. Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Secretaria de Saúde e Conselho Municipal
2. Dotar o Conselho Municipal de Saúde de infra-estrutura adequada para execução de suas atividades e competências	- Dotar o CMS de estrutura física, equipamentos, mobiliários, material de expediente e verbas para despesas de deslocamento de Conselheiros de Saúde. Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: Coordenadoria Administrativa Setorial
3. Criar a Câmara Técnica no HUSM	- Pactuação com o HUSM para a implantação e implementação da Câmara Técnica Prioridade 1 – meta em curto prazo Responsabilidade institucional: SMS e HUSM

6 - ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O acompanhamento e a avaliação das ações e serviços e seu impacto sobre as condições de saúde da população deve ser assumida como atribuição e responsabilidade de todas as instâncias do Conselho Municipal de Saúde e da Gestão Municipal. Neste processo devem estar envolvidos os Conselheiros do CMS, o Gestor Municipal, os responsáveis pelas diretorias, as coordenações, as chefias de serviços e os trabalhadores da SMS.

Os mecanismos utilizados devem ter como referência os Indicadores das Ações em Saúde descritos em anexo. Além desses, devem ser utilizados como fonte de verificação as deliberações do CMS, os Relatórios de Vigilância em Saúde, os dados do Sistema de Informação existentes na SMS e os Relatórios de Gestão Municipal.

As pesquisas e o levantamento de dados que tratem da realidade de saúde do município devem ser apropriados, visando a incrementar o processo avaliativo. O incentivo e o apoio à realização de estudos pelas Universidades que mantêm vínculo institucional com a SMS também constituem elementos que podem contribuir para este processo.

7 - BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.
2. _____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União, 2001.
3. _____. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 19 de setembro, 1990.
4. _____. Conferência Nacional de Saúde, 12ª. Relatório final. Brasília, 1992.
5. _____. Ministério da Saúde. Portaria MS n.º 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília, 2001.
6. _____. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, 1ª. Relatório final. Brasília, 2002.
7. _____. Ministério da Ação Social. Lei n.º 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990.
8. _____. Ministério da Ação Social. Lei n.º 10.741 de 1º de outubro de 2003. Estatuto do idoso. Brasília, 2003.
9. GRUPO TAREFA DO CONSELHO ESTADUAL DA SAÚDE: Estudo Preliminar para subsidio à Medidas de Ampliação de Numero de Leitos em Santa Maria, 2004 (mimeo).
10. SANTA MARIA. Secretaria de Município da Saúde. Projeto de Expansão de Leitos e Serviços para Convênio Casa de Saúde. Santa Maria, 2002. (mimeo)
11. _____. Conferência Municipal de Saúde, 5ª. Relatório final. Santa Maria, 2002.
12. _____. Conselho Municipal de Saúde. Resoluções de 2003. Santa Maria, 2003.
13. _____. Secretaria de Município de Assistência Social e Cidadania. Plano Plurianual de Assistência Social. 2002-2005. Santa Maria, 2002.
14. _____. Lei Orgânica do Município de 03 de abril de 1990. Atualizada em setembro de 1997. Câmara de Vereadores. Santa Maria, 1997.
15. _____. Secretaria de Município da Saúde e Meio Ambiente. Plano Municipal de Saúde 2000-2001. Santa Maria, 1999.
16. _____. Secretaria de Município da Saúde. Conferência Municipal de Saúde Bucal, 2ª. Relatório final. Santa Maria, 2004.
17. _____. Secretaria de Município da Saúde. Conferência Municipal de Assistência Farmacêutica, 1ª. Relatório final. Santa Maria, 2003.
18. _____. Secretaria de Município da Saúde. Plano Municipal de Saúde Bucal 2000-2001. Santa Maria, 2001.
19. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. Porto Alegre, 2002.
20. PADOIN, MM. Aspectos históricos de Santa Maria. Uma síntese. 1999. (mimeo)
21. PEREIRA, MG. Epidemiologia. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
22. UNFER, B. Condições de saúde bucal da população de Santa Maria. Santa Maria: UFSM, 2003.
23. FARENZENA, GJ et al. Perfil epidemiológico do Município de Santa Maria em 1997 a partir de dados de mortalidade. Relatório final. Santa Maria, 1999.

ANEXO

INDICADORES DAS AÇÕES EM SAÚDE

Os indicadores constantes neste anexo são parâmetros de acompanhamento para as ações de atenção à saúde no município. Foram definidos a partir do Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR/RS- 2002), da Programação Pactuada Integrada (PPI) do Município em 2004, e do plano de monitoramento do Projeto de Expansão da Estratégia de Saúde da Família (PROESF). Também foram elementos constitutivos destes indicadores os dados epidemiológicos fornecidos pelo setor de Vigilância Sanitária da SMS, as considerações diagnósticas levantadas a partir dos aspectos socioeconômicos, ambientais e demográficos, bem como os dados relativos à estruturação dos serviços de saúde no Município. Estes parâmetros visam a nortear o processo de organização da gestão/atenção em saúde no Município enquanto Pólo Assistencial da Macrorregião Centro-Oeste.

Objetivo 1 : Reduzir a mortalidade Infantil

- Indicador 1 : Taxa de mortalidade infantil
- Indicador 2 : Taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis
- Indicador 3 : Taxa de mortalidade infantil neonatal
- Indicador 4 : Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer
- Indicador 5 : Percentual de partos prematuros
- Indicador 6 : Coeficiente de mortalidade por infecção Respiratória aguda em menores 1 ano
- Indicador 7 : Proporção de Unidades de Saúde com Monitoramento das Doenças Diarréicas Implantadas
- Indicador 8 : Proporção de óbitos de menores de 1 ano investigados

Objetivo 2 : Reduzir a mortalidade materna

- Indicador 1 : Taxa de mortalidade materna
- Indicador 2 : Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil investigados
- Indicador 3 : Proporção de recém-nascidos de mães com 4 ou mais consultas de pré natal
- Indicador 4 : Proporção de recém-nascidos de mães com 7 ou mais consultas de pré natal
- Indicador 5 : Proporção de partos e abortamento em adolescentes
- Indicador 6 : Número de partos cesáreas
- Indicador 7 : Taxa de mortalidade materna por hipertensão
- Indicador 8 : Proporção de gestantes com baixo peso acompanhadas pelos Programas de Suplementação Alimentar

Objetivo 3 : Melhorar a cobertura vacinal por DPT, Sabin, vacina contra Sarampo, vacina contra Hepatite B, BCG, vacina contra *Haemophylus*, *Infuenzae B*, vacina tríplice viral em crianças (rotina e em campanhas) e de outros imunizantes para grupos prioritários

Indicador 1 :	Nº de vacinados/cobertura vacinal de rotina por DPT em menores de 1 ano
Indicador 2 :	Nº de vacinados/cobertura vacinal de rotina por Sabin em menores de 1 ano
Indicador 3 :	Nº de vacinados/cobertura vacinal de rotina por anti-hepatite B em menores de 1 ano
Indicador 4 :	Nº de vacinados/cobertura vacinal de rotina por BCG em menores de 1 ano
Indicador 5 :	Nº de vacinados/cobertura vacinal de rotina por Hib em menores de 1 ano
Indicador 6 :	Nº de vacinados/cobertura vacinal de rotina por tríplice viral em crianças de 1 ano
Indicador 7 :	Nº de vacinados/cobertura vacinal em campanha contra a Poliomielite (2 etapas)
Indicador 8 :	Nº de vacinados/cobertura vacinal em campanha contra a Influenza em maiores de 60 anos
Indicador 9 :	Nº de mulheres em idade fértil, vacinadas contra tétano
Indicador 10 :	Percentual de investigação de eventos adversos graves pós-vacinação
Indicador 11 :	Nº de Vacina anti-rábica aplicada
Indicador 12 :	Realização de vacinação de rotina contra a febre amarela para cidadãos que viajam para áreas de risco

Objetivo 4 : Garantir a vigilância e investigação epidemiológica das Doenças de notificação compulsória

Indicador 1 :	Nº de casos confirmados de tétano neonatal
Indicador 2 :	Incidência de Sífilis congênita
Indicador 3 :	Realização de testagem para sífilis (VDRL) das gestantes
Indicador 4 :	Percentual de Investigação de casos notificados
Indicador 5 :	Notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA)
Indicador 6 :	Realizar Notificação de sarampo
Indicador 7 :	Realização de coleta oportuna de 1 amostra de fezes para cada caso de PFA
Indicador 8 :	Realização da investigação epidemiológica oportunamente para doenças exantemáticas
Indicador 9 :	Realização de diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas sarampo e rubéola
Indicador 10 :	Proporção de casos de doenças exantemáticas investigadas laboratorialmente em relação ao total de casos notificados
Indicador 11 :	Realização de cultura de Líquor para o diagnóstico laboratorial de meningite dos casos notificados

Objetivo 5 : Diminuir a morbi-mortalidade por doenças de veiculação por vetores fatores ambientais

Indicador 1 :	Percentual da população com acesso a água tratada
Indicador 2 :	Proporção de fontes de abastecimento de água cadastrada no município
Indicador 3 :	Proporção de sistema e soluções coletivas de abastecimento de água, realizando controle de qualidade de acordo com a portaria 1469/2000
Indicador 4 :	Proporção de amostras de abastecimento de água coletadas e analisadas
Indicador 5 :	Numero de surtos investigados de doenças transmitidas por alimentos (DTA)
Indicador 6 :	Nº de focos de <i>Aedes aegypti</i> notificados
Indicador 7 :	Nº de inspeções de imóveis para a identificação/eliminação de focos e/ou criadouros <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> , conforme orientação do Manual de Técnicas
Indicador 8 :	Nº de tratamentos de imóveis com focos de <i>Aedes aegypti</i>
Indicador 9 :	Nº de pesquisas de triatomíneos classificados/examinados
Indicador 10 :	Coeficiente de incidência de leptospirose
Indicador 12 :	Nº de amostras caninas e felinas coletadas e enviadas para pesquisa laboratorial de raiva
Indicador 13 :	Proporção de agravos por mordeduras de cães e gatos notificados e investigados
Indicador 14 :	Nº de exames para diagnóstico de Malária realizados
Indicador 15 :	Nº de casos de Malária tratados
Indicador 16 :	Nº de Visitas em Postos de informação de Triatomídeos (PIT) realizadas por agente de saúde

Objetivo 6 : Aumentar a capacidade de diagnóstico e tratamento de casos de Tuberculose

- Indicador 1 : Taxa de incidência de tuberculose
- Indicador 2 : Proporção de Baciloscopia realizadas para diagnóstico de tuberculose
- Indicador 3 : Proporção de abandono de tratamento da tuberculose
- Indicador 4 : Percentual de altas por cura, dos casos diagnosticados
- Indicador 5 : Taxa de mortalidade por tuberculose

Objetivo 7 : Aumentar a capacidade de diagnóstico e tratamento casos de Hanseníase

- Indicador 1 : Taxa de prevalência de Hanseníase
- Indicador 2 : Taxa de incidência de Hanseníase
- Indicador 3 : Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados
- Indicador 4 : Proporção de abandono de tratamento de hanseníase
- Indicador 5 : Proporção do grau de incapacidade I e II registrado no momento do diagnóstico

Objetivo 8: Reduzir a morbi-mortalidade por DST e AIDS especialmente em segmentos populacionais mais vulneráveis

- Indicador 1 : Taxa de incidência de DST e/ou HIV/AIDS
- Indicador 2 : Taxa de prevalência de DST e/ou HIV/AIDS
- Indicador 3 : Taxa de mortalidade de DST/AIDS
- Indicador 4 : Proporção de notificações de AIDS com categoria “transmissão vertical”
- Indicador 5 : Proporção de notificações de AIDS com categoria “usuário de drogas injetáveis” na população de 11 a 19 anos
- Indicador 6 : Proporção de notificações de AIDS com categoria “usuário de drogas injetáveis” na população de 20 a 59 anos

Objetivo 9 : Reduzir a morbi-mortalidade por doenças do aparelho cardio-circulatório

- Indicador 1 : Incidência de casos de hipertensão arterial
- Indicador 2 : Prevalência dos casos de hipertensão arterial
- Indicador 3 : Numero de casos de hipertensão acompanhados na rede, após a detecção
- Indicador 4 : Coeficiente de internações por doenças do aparelho circulatório na população de 30 a 59 anos
- Indicador 5 :: Taxa de mortalidade por doenças cerebro-vasculares
- Indicador 6 : Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
- Indicador 7 : Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho cardio-circulatório na população de 30 a 59 anos
- Indicador 8 : Taxa de internações por AVC na população de 30 a 59 anos
- Indicador 9 : Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Indicador 10 : Taxa de mortalidade por AVC na população de 30 a 50 anos

Objetivo 10 : Reduzir morbi-mortalidade por Diabetes Mellitus tipo II

- Indicador 1 : Numero de casos de Diabetes Mellitus acompanhados na rede, após detecção
- Indicador 2 : Proporção de internações por cetoacidose e como diabético mellitus
- Indicador 3 : Numero de internações por Diabetes Mellitus por complicações, na população acima de 30 anos
- Indicador 4 : Numero de óbitos por Diabetes Mellitus na população acima de 30 anos

Objetivo 11: Reduzir a morbi-mortalidade por doenças do aparelho respiratório

- Indicador 1 : Taxa de internações por doença Respiratória em maiores de 60 anos
- Indicador 2 : Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos
- Indicador 3 : Taxa de mortalidade por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos
- Indicador 4 : Taxa de mortalidade por doença Respiratória em maiores de 60 anos

Objetivo 12: Reduzir a morbi-mortalidade de doenças neoplásicas

- Indicador 1 : Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres acima de 25 e a população feminina acima desta faixa etária.
- Indicador 2 : Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama
- Indicador 3 : Taxa de mortalidade de mulheres por câncer cérvico-uterino
- Indicador 4 : Taxa de detecção de casos de câncer de próstata na população masculina maior de 40 anos

Objetivo 13 : Reduzir a morbi-mortalidade por agravos relacionados ao trabalho

- Indicador 1 : N° de notificações de acidente de trabalho
- Indicador 2 : N° de pessoas com seqüelas por acidente de trabalho acompanhadas na rede
- Indicador 3 : Taxa de mortalidade por acidente do trabalho

Objetivo 14 : Reduzir a morbi-mortalidade por causas externas

- Indicador 1 : Numero de mortes por causas externas na população
- Indicador 2 : Numero de internações por causas externas em todas as modalidades e em todas as faixas etárias
- Indicador 3 : Numero de casos caracterizados como abuso, violência e maus tratos, atendidos na rede da saúde, por faixa etária e sexo

Objetivo 15 : Alimentar e manter os Sistemas de Informação, objetivando a melhoria do processo de conhecimento e análise da situação de saúde

- Indicador 1 : Proporção de Declarações de óbito (DO) coletadas
- Indicador 2 : Proporção de processamento de DO por local de ocorrência
- Indicador 3 : N° de remessas para o banco de dados do SIM
- Indicador 4 : N° de óbitos infantis captados pelo SIM maior ou igual ao captado pelo SIAB
- Indicador 5 : Proporção de Declarações de Nascidos Vivos (DNV) coletadas
- Indicador 6 : Proporção de processamento DNV por local de ocorrência
- Indicador 7 : N° de remessas para o banco de dados do SINASC
- Indicador 8 : N° de nascimentos vivos captados pelo SINASC maior ou igual ao captado pelo SIAB
- Indicador 9 : N° de remessas ao banco de dados do SINAN
- Indicador 10 : Proporção de casos investigados com 100% dos campos obrigatórios preenchidos na FII do SINAN
- Indicador 11 : N° de remessas para o banco de dados do SI-API
- Indicador 12 : N° de remessas para o banco de dados do SI-EAPV (sistema de Informação de Eventos Adversos)
- Indicador 13 : N° de remessas para o banco de dados do FAD

Objetivo 16: Ampliar a disponibilidade de medicamentos na rede pública de saúde

- Indicador 1: Proporção de itens constantes do PMAF (Plano Municipal de Assistência Farmacêutica)
- Indicador 2: Monitoramento e Avaliação de gastos com os itens constantes no PMAF
- Indicador 3: Proporção de usuários cadastrados no Programa de Assistência Farmacêutica em Saúde Mental e Hiperdia
- Indicador 4: Proporção de usuários cadastrados para o recebimento de medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde via APAC
- Indicador 5: Proporção de usuários cadastrados para receber Insulina

Objetivo 17 : Implantar e Implementar o serviço do Hemocentro Regional no município

Indicador 1: Implantação e implementação do Hemocentro Regional

Objetivo 18 : Implantar e implementar o Centro de Controle de Zoonoses e Fatores Biológicos de Risco

Indicador: Implantação e implementação da Unidade de Centro de Controle de Zoonoses e Fatores Biológicos de Risco

Objetivo 19 : Fiscalizar os estabelecimentos de produtos relacionados à saúde

Indicador: Percentual de estabelecimentos fiscalizados

Objetivo 20: Fiscalizar os serviços de saúde

Indicador 1: Numero de serviços de saúde inspecionados
 Indicador 2: Numero de serviços de radiação ionizante inspecionados
 Indicador 3: Numero de laboratórios de análises, pesquisas clínicas e congêneres inspecionados
 Indicador 4: Numero de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar instaladas e em funcionamento

Objetivo 21 : Ampliar o acesso à rede pública de ações e serviços de saúde

Indicador 1: Nº de visitas domiciliares por família por mês
 Indicador 2: Proporção da população coberta pelo PSF
 Indicador 3: Cobertura de consultas médicas nas especialidades básicas
 Indicador 4: Concentração de procedimentos odontológicos coletivos na faixa etária de 0 a 14 anos
 Indicador 5: Cobertura de exames anti-HIV em gestantes
 Indicador 8: Abrangência dos programas de redução de danos
 Indicador 9: Cobertura ambulatorial em saúde mental
 Indicador 10: Cobertura de distribuição de órteses e próteses
 Indicador 11: Cobertura de leitos de UTI neonatal e infantil
 Indicador 12: Cobertura de atendimento hospitalar em Hospitais gerais, para atendimento de portadores de sofrimento mental
 Indicador 13: Cobertura de leitos hospitalares na rede SUS

Objetivo 22: Implantar a Central de Regulação de Oferta de Ações de Saúde

Indicador : Implantação de Central de regulação, controle e auditoria das ações e serviços da SMS

Objetivo 23 : Acompanhar a aplicação de recursos em ações e serviços de saúde, conforme a Emenda Constitucional 29/200 (SIOPS)

Indicador 1: Percentual de recursos próprios do município aplicado em saúde
 Indicador 2: Percentual de recursos oriundos do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e outras fontes aplicados em saúde no município

Objetivo 24 : Cadastrar os Usuários do SUS para a emissão do Cartão Nacional de Saúde

Indicador : Taxa de cadastramento dos usuários do SUS

Objetivo 25 : Recadastrar os estabelecimentos de Saúde

Indicador : Taxa de estabelecimentos cadastrados

Objetivo 26 : Implementar ações e serviços com novas modalidades de atenção

Indicador 1: Cobertura de atenção pelas equipes da estratégia da Saúde da Família
 Indicador 2: Cobertura de atenção pelas equipes matriciais nas unidades básicas de referência
 Indicador 3: Implantação do CAPS para crianças e adolescentes
 Indicador 4: Implantação da política de atenção ao Parto Humanizado
 Indicador 5: Proporção de usuários atendidos em internação domiciliar
 Indicador 6: Implantação do Centro Regional de Atenção a Saúde do Trabalhador

Objetivo 27: Formar profissionais de saúde em nível de especialização

Indicador 1: Nº de profissionais especializados em Saúde Pública
 Indicador 2: Nº de profissionais especializados em Epidemiologia
 Indicador 3: Nº de profissionais especializados em Gestão em Saúde ênfase em Sistemas e Serviços

Objetivo 28: Formar profissionais em nível de Residência Integrada (RIS)

Indicador 1: Implantação de Curso de Residência Integrada em Saúde
 Indicador 2: Nº de profissionais formados em RIS

Objetivo 29: Formar profissionais em nível de aperfeiçoamento

Indicador 1: Nº de profissionais aperfeiçoados em Vigilância à Saúde do Trabalhador
 Indicador 2: Nº de profissionais das equipes de Saúde Bucal aperfeiçoados
 Indicador 3: Nº de profissionais aperfeiçoados em Saúde Mental Coletiva
 Indicador 4: Nº de profissionais aperfeiçoados em Gestão do SUS/EAD

Objetivo 30: Formar profissionais de Saúde em nível complementar

Indicador 1: Nº de profissionais capacitados/atualizados em Saúde da Mulher
 Indicador 2: Nº de profissionais capacitados/atualizados em Atenção Básica em Saúde da Família
 Indicador 3: Nº de profissionais capacitados/atualizados em Vigilância Sanitária
 Indicador 4: Nº de profissionais capacitados/atualizados em Urgência/emergência
 Indicador 5: Nº de profissionais capacitados/atualizados em Saúde do Trabalhador
 Indicador 6: Nº de profissionais capacitados/atualizados em Gestão em Saúde
 Indicador 7: Nº de profissionais capacitados/atualizados em Saúde Bucal
 Indicador 8: Nº de profissionais capacitados/atualizados em Redução de Danos

Objetivo 31: Implementar e qualificar Instâncias Locais de Controle Social

Indicador 1: Proporção de Conselhos Locais de saúde instalados e em efetivo funcionamento
 Indicador 2: Proporção de conselheiros de saúde capacitados
 Indicador 3: Implantação de Serviço de Ouvidoria em Saúde
 Indicador 4: Garantia de infra-estrutura para a participação de conselheiros em eventos