



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA-RS



SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2009- 2012

Elaine Verena Resener
Secretária de Município da Saúde



Dezembro/ 2008
Santa Maria - RS



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

PREFEITO MUNICIPAL
Antônio Valdeci Oliveira de Oliveira

**COORDENADOR DO NÚCLEO DE COORDENAÇÃO
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**
Maria do Carmo Quagliato

SECRETÁRIO DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
Elaine Verena Resener

DIRETORA GERAL
Ilse Meincke Melo

DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
Altair Brum

DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE
José Cristiano Soster

DIRETORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Marlene Kreutz Rodrigues

DIRETOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Ivan Xavier

COLOBORADORES:

Ana Paula Seering
Coordenadora da Política de Alimentação e Nutrição

Elenir Terezinha Rizzetti Anversa
Coordenadora da Política de Saúde da Mulher

Idalina Mirasso
Conselheira Municipal pelo Segmento Usuário

Márcia Dias Vianna
Coordenadora da Política de Saúde do Idoso

Maria Lúcia Prestes
Coordenadora da Política de Saúde da Criança

Maristela Casarotto
Conselheira Municipal pelo Segmento Usuário



Rafael Potter

Trabalhador da Vigilância Sanitária

Rosane da Silva Calil

Trabalhador da Vigilância Sanitária

Rúbia Mara Niederauer

Conselheira Municipal pelo Segmento Usuário

Simone Dalla Corte Vissoto

Trabalhadora da Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO / APRESENTAÇÃO	05
2.	CONCEITOS BÁSICOS	06
3.	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO	08
	Características gerais do município	08
	Aspectos históricos de Santa Maria	08
	Aspectos geográficos	09
	Aspectos socioeconômicos e ambientais	10
	Aspectos educacionais	12
	Aspectos ambientais.....	12
	Características epidemiológicas	14
	Indicadores de morbidade	14
	Indicadores de mortalidade	15
	Saúde Bucal.....	18
4.	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO	20
	Estrutura organizacional da rede municipal de saúde	20
	Órgão Deliberativo	20
	Órgão de Gestão Municipal	20
	Tipo de Gestão do Município.....	21
	Fundo Municipal de Saúde	22
	Capacidade instalada dos serviços de saúde	22
	Unidades Básicas de Saúde.....	22
	Serviços Especializados e Complementares	26
	Serviços de Pronto Atendimento Infantil e Adulto	27
	Serviço de Vigilância Sanitária.....	27
	Recursos Humanos	29
	Hospitais	30
	Relações intersetoriais da Secretaria Municipal de Saúde	31
	Relações com instituições formadoras de recursos humanos	32
5.	DIRETRIZES	33
	Qualificação da Rede de Atenção	33
	Saúde do Trabalhador	37
	Educação Permanente em Saúde.....	38
	Pacto pela Saúde.....	38
	Desenvolvimento Sustentável e Meio Ambiente.....	40
	Intersetorialidade.....	40
	Controle Social	42
6.	ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	44
7.	BIBLIOGRAFIA	45
8.	Anexo – Indicadores das Ações em saúde	46

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, que permitam 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 2009/2012, 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 Regionalização, 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, Ações e Metas, 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. Qualificação da Rede de Atenção: é entendida como o processo de melhoria qualitativa da Rede de Serviços, Programas e Ações de saúde, contemplando as necessidades coletivas e individuais, tendo como referência o território vivido e seu vínculo básico com o Sistema Único de Saúde.

2.4. Educação Permanente em Saúde: é o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

2.5. Saúde do Trabalhador: A Saúde do Trabalhador é uma área técnica da Saúde Pública que busca intervir na relação entre o sistema de produção e a saúde, no sentido de promover um trabalho que dignifique ao invés de denegrir o homem. Sua missão é auxiliar na estruturação de uma sociedade que promova a saúde através dos espaços de trabalho.

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. Pacto pela Saúde: é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.



2.8. Desenvolvimento Sustentável e Meio Ambiente: define as práticas de desenvolvimento que atendem às necessidades presentes sem comprometer as condições de sustentabilidade das gerações futuras. Os princípios desenvolvimento sustentável são baseados nas necessidades, sobretudo as necessidades essenciais; e limitações que a tecnologia e a organização social impõem ao meio ambiente, restringindo a capacidade de atender a sociedade presente e futura. Em sentido amplo, a estratégia de desenvolvimento sustentável visa promover a harmonia entre os seres humanos e entre esses e a natureza.

2.9 Intersetorialidade: é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

2.9.1. 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).

2.9.2. 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 mesma região 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, Jaguari, 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, Jaguari, São Francisco de Assis, São Borja, Maçambará, Itaquí, São Gabriel, Santa Margarida do Sul, Vila Nova do Sul, Rosário do Sul, Uruguiana, 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 Integrada de Santa Maria (FISMA) 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.

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.

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 Bilibio; Ocupação do km 3; Ocupação do Cerrito; Beco do Resvalo; Ocupação da Vila Lorenzi.

Uma importante ação foi desencadeada para romper com o círculo de pobreza e desassistência Social, no ano de 2007, iniciaram os investimentos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) em Santa Maria, nas áreas de saneamento e habitação popular. As obras do bairro Nova Santa Marta incluem a regularização fundiária da área, instalações de água, esgoto, elétrica, drenagem, pavimentação de vias em que circulam ônibus, além da preparação de demais vias, e construção de habitações.

Seis novos loteamentos foram anunciados, incluindo a recuperação do Cipriano Rocha, onde 40 casas serão construídas, totalizando 1.600 casas novas e 588 reformadas. Os números mostram o impacto do PAC para a cidade. O pagamento dos R\$ 126.753.000,00 será feito em 15 anos, com carência de dois anos. Os trabalhos envolvem uma integração social em todas as áreas, como cultural, ambiental, esportiva, entre outras.

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. ° 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 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 (ambulatórios, 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 – 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 no ano de 2007 em Santa Maria é apresentado na Tabela 6:

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

Agravos	Notificados 2007
Acidente de trabalho grave	6
Ac. Animais Peçonhentos	19
AIDS – Criança	3
AIDS – Adulto	93
Atendimento. Anti-Rábico	572
Coqueluche	2
Dengue	11
Doenças exantemáticas - Rubéola	51
Eventos adversos pós-vacinação	36
Gestante HIV	32
Hanseníase	4
Hepatites Virais	66
Intoxicação Exógena	9
Leptospirose	181
Malária	2
Meningite - Doenças Meningocócicas	4
Meningite – outras Meningites	21
Sífilis congênita	1
Sífilis em Gestante	3
Tétano Acidental	1
Tuberculose	102
Varicela	46
TOTAL	1265

Fonte: Setor de Vigilância Epidemiológica da SMS/Dezembro 2008

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 seqüência 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 diarreicas e respiratórias são mostrados na Tabela 8:

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

	DOENÇA DIARRÉICA AGUDA (DDA)		DOENÇA RESPIRATÓRIA (DR)		
	<1 ANO	1 à 4 ANOS	<1 ANO	1 à 4 ANOS	50 E +
JANEIRO	03	04	11	11	16
FEVEREIRO	12	05	12	13	42
MARÇO	05	04	09	12	19
ABRIL	01	03	14	09	19
MAIO	01	03	20	13	29
JUNHO	0	03	05	12	43
JULHO	04	02	21	29	44
AGOSTO	04	05	35	23	20
SETEMBRO	02	05	72	22	57
OUTUBRO	02	05	29	30	35
NOVEMBRO	02	04	25	27	52
DEZEMBRO	04	02	08	07	38

* Vigilância Epidemiológica – SMS Dez / 2008

**Ministério da Saúde – Sistema de Informações hospitalares do SUS.2008.

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 –Série histórica em relação aos valores absolutos.

ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Taxa de mortalidade Infantil	12,3%	12,06%	16,46%	15,26%	11,93%	13,18%	14,32%	11%
Nº de Óbitos	51	44	59**	55	42	46	48	34
Nº de nascidos vivos/ano	4.159	3.648	3.585	3.580	3.520	3.490	3.351	3.066

Fonte: SINASC- PAISCA/SMS ** SOMENTE 56 ÓBITOS PERTENCIAM AO MUNICIPIO

No ano de 2007 tivemos uma considerável redução na mortalidade infantil em relação aos últimos sete anos. A principal causa morte continua sendo a prematuridade extrema e os óbitos neonatais precoces e suas conseqüências, diminuíram os óbitos por malformações congênitas, considerado óbitos por causas não evitáveis.

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.

Frequência por Mes do Obito segundo Causa (CID10 BR)													
Causa (CID10 BR)													
Munic Resid - RS: 431690 Santa Maria													
Causa (CID10 BR)	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
001-031 Algumas Doenças Infecciosas e Parasitar	6	6	10	7	4	8	11	10	2	2	5	7	78
001 Doenças Infecciosas intestinais	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	0	0	5
003 Diarr e Gastroenter orig infec presumivel	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	0	0	5
005-006 Tuberculose	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	4
005 Tuberculose respiratoria	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	4
007-015 Outras Doenças bacterianas	3	1	4	2	0	2	0	4	1	0	2	4	23
014 Septicemia	3	1	3	2	0	1	0	4	1	0	2	4	21
016-023 Doenças virais	3	4	2	2	4	5	5	3	1	2	1	3	35
022 Hepatite viral	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	4
023 Doen p/Virus da Imunodefíc Humana (HIV)	3	4	1	1	4	4	5	2	1	2	1	1	29
024-027 Doenças devidas a Protozoários	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	5
026 Doença de Chagas	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	5
028-031 Helmintíases	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
030 Restante de Helmintíases	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
031 Restante de algumas doenc infecc e parasit	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	0	5
032-052 Neoplasias	29	22	23	27	37	29	35	30	37	28	26	32	355
032 Neopl malig do labio, cav oral e faringe	1	1	0	0	0	1	2	2	2	2	0	1	12
033 Neoplasia maligna do esofago	1	0	0	2	2	3	1	3	0	2	2	1	17
034 Neoplasia maligna do estomago	2	2	2	1	2	1	1	0	1	2	3	1	18
035 Neoplasia maligna do colo,reto e anus	1	1	1	4	0	0	2	2	4	0	3	3	21
036 Neopl malig do figado e vias bil intrahepat	0	0	2	1	0	1	2	1	2	1	0	0	10
037 Neoplasia maligna do pancreas	3	1	1	1	3	0	5	1	2	1	0	2	20
038 Neoplasia maligna da laringe	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	5
039 Neopl malig da traqueia,bronquios e pulmões	7	2	4	5	7	8	7	1	5	4	3	4	57
040 Neoplasia maligna da pele	0	0	1	2	0	0	0	1	0	1	1	0	6
041 Neoplasia maligna da mama	4	3	0	3	3	4	3	2	4	1	3	4	34
042 Neoplasia maligna do colo do utero	0	0	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	5
043 Neopl malig de corpo e partes n/esp utero	0	1	0	0	1	0	2	0	0	1	1	2	8
044 Neoplasia maligna do ovario	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	5
045 Neoplasia maligna da prostata	2	2	3	2	3	2	2	3	1	2	2	4	28
046 Neoplasia maligna da bexiga	0	0	1	0	1	0	2	0	0	1	0	1	6
047 Neopl malig mening,encef e out partes SNC	2	2	1	2	3	0	1	3	5	1	1	1	22
048 Linfoma nao-Hodgkin	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	2	2	11
049 Mieloma mult e neopl malig de plasmocitos	0	1	1	0	0	2	1	1	0	0	0	0	6
050 Leucemia	0	0	2	0	1	0	0	3	1	2	1	0	10
051 Neoplasias in situ, Benig, Comport Incert	0	1	0	0	0	2	0	0	2	0	2	0	7
052 Restante de neoplasias malignas	4	4	2	2	7	4	3	3	7	5	1	5	47
053-054 D Sangue e Org Hemat e Alguns Trans Imunit	0	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	6
053 Anemias	0	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	6
055-057 D Endocrinas, Nutricionais e Metabolicas	3	3	4	6	6	6	15	8	4	6	7	6	74
055 Diabetes Mellitus	3	2	3	6	4	5	13	7	3	4	7	6	63
056 Desnutricao	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	5
057 Rest doencas endocr, nutricion e metabol	0	0	1	0	1	0	2	0	1	1	0	0	6
058-059 Transtornos Mentais e Comportamentais	0	2	0	0	3	3	2	2	0	0	0	1	13

058 Transt ment e comport uso subst psicoativas	0	2	0	0	1	2	1	1	0	0	0	1	8
058.1 Trans ment e comport devid uso alcool	0	2	0	0	1	2	1	1	0	0	0	1	8
059 Rest transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	5
060-063 Doencas do Sistema Nervoso	3	1	5	5	6	2	10	4	3	3	7	1	50
061 Doença de Alzheimer	2	0	1	1	1	1	5	1	2	2	2	1	19
062 Epilepsia	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	3
063 Restante das doencas do Sistema Nervoso	1	1	4	4	5	1	4	1	1	1	5	0	28
066-072 Doencas do Aparelho Circulatorio	46	32	33	41	48	58	50	42	38	34	31	39	492
066 Febre reumat aguda e doen reum cron coracao	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
067 Doencas hipertensivas	3	1	3	0	3	7	2	2	2	0	2	0	25
068 Doencas isquemias do coracao	10	8	14	12	13	20	12	13	16	9	6	7	140
068.1 Infarto agudo do miocardio	6	5	10	8	5	16	7	7	10	4	5	6	89
069 Outras doencas cardiacas	6	7	4	9	10	11	18	5	3	5	7	6	91
070 Doencas cerebrovasculares	24	14	10	19	19	15	18	18	15	14	14	26	206
071 Aterosclerose	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
072 Rest doencas do aparelho circulatorio	3	2	2	1	3	4	0	4	2	5	1	0	27
073-077 Doencas do Aparelho Respiratorio	10	11	6	11	7	22	21	22	24	17	11	14	176
074 Pneumonia	3	6	1	1	2	7	10	9	10	9	3	5	66
076 Doencas cronicas das vias aereas inferiores	6	3	4	5	3	10	7	8	11	6	4	6	73
076.1 Asma	0	0	2	0	0	1	1	2	1	0	1	1	9
077 Restante doencas do aparelho respiratorio	1	2	1	5	2	5	4	5	3	2	4	3	37
078-082 Doencas do Aparelho Digestivo	9	6	13	8	9	6	10	8	6	6	9	3	93
078 Ulcera gastrica, duodenal e peptica	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	0	0	10
079 Peritonite	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
080 Doencas do figado	3	0	1	6	5	4	4	2	1	2	1	2	31
080.1 Doença alcoolica do figado	1	0	0	2	2	3	3	0	1	2	1	0	15
080.2 Fibrose e cirrose do figado	2	0	1	4	0	1	1	1	0	0	0	1	11
080.3 Outras doencas do figado	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	1	5
081 Colecistite	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
082 Rest doencas do aparelho digestivo	4	4	11	1	3	2	4	5	4	3	6	1	48
083 Doencas da Pele e Tecido Subcutaneo	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
084 Doencas Sist Osteomusc e Tecido Conjuntivo	1	1	0	0	1	0	0	2	1	1	1	2	10
085-087 Doencas do Aparelho Geniturinario	4	2	4	2	4	4	3	1	2	3	3	3	35
085 D glomerulares e d renais tubulo-interstic	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
086 Insuficiencia renal	4	1	4	0	2	2	2	0	2	0	2	2	21
087 Rest doencas do aparelho geniturinario	0	1	0	2	1	2	0	1	0	3	1	1	12
088-091 Gravidez, Parto e Puerperio	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
090 Mortes obstetricas indiretas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
092-096 Alg Afecoes origin no periodo perinatal	6	2	5	1	2	4	6	5	4	3	3	3	44
092 Feto e recém-nasc afet fat mat e compl grav	1	1	2	0	0	0	1	1	0	1	0	1	8
093 Transt relac duracao gestacao e cresc fetal	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	4
095 Trans resp e cardiovas espec per perinatal	3	1	2	0	0	2	2	1	0	1	0	0	12
096 Rest afec originadas no periodo perinatal	2	0	0	1	1	2	3	3	4	0	2	2	20
097-099 Malf Congen, Deform e Anomal Cromossomicas	0	0	0	1	1	1	2	2	0	0	0	0	7
097 Malformacoes congenitas do Sistema Nervoso	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
098 Malf congenitas do aparelho circulatorio	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
099 Rest de malf cong, deform e anomal cromoss	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3
100-102 Sint, Sin e Ach Anorm Clin e Lab, NCOP	9	8	7	18	26	27	21	18	21	20	23	25	223
100 Senilidade	0	1	0	0	2	0	1	2	0	0	0	1	7
101 Morte sem assistencia medica	6	2	3	16	18	21	7	11	10	17	17	14	142

102 Rest sint, sin e ach anorm clin e laborat	3	5	4	2	6	6	13	5	11	3	6	10	74
103-112 Causas externas de morbidade e mortalidade	9	11	7	12	8	8	9	5	4	6	8	9	96
103 Acidentes de transporte	3	0	2	2	3	2	5	2	3	1	3	2	28
104 Quedas	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	6
105 Afogamento e submersoes acidentais	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
107 Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
108 Lesoes autoprovocadas voluntariamente	2	4	0	2	2	3	1	0	0	1	0	2	17
109 Agressoes	2	1	0	4	2	0	2	1	0	2	3	1	18
110 Eventos(fatos) cuja intencao e indetermin	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	16
112 Demais causas externas	0	2	3	1	0	0	0	1	0	0	0	1	8
Total	136	110	117	140	164	178	195	160	146	129	134	146	1755

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 2008, Santa Maria.

Classificação	Principais causas de óbitos gerais
1°	Doenças do aparelho circulatório
2°	Neoplasias (tumores)
3°	Causas indeterminadas
4°	Doenças do aparelho respiratório
5°	Causas externas (acidentes, homicídios, suicídios)
6°	Doenças do aparelho digestivo

Fonte: Setor de Vigilância Epidemiológica da SMS/Dez/2008

As tabelas 10 e 11 mostram, respectivamente, que a principal causa de morte da população santa-mariense é por doenças do aparelho circulatório. Esta causa também foi responsável por 492 óbitos em 2007.

3.2.2.3 - Saúde Bucal

Um 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 a 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.

Pelo exposto, torna-se evidente a 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.

Atualmente, o município possui 32 consultórios odontológicos instalados em Unidades Básicas de Saúde, 06 vinculados à Unidades de Saúde da Família e 1 unidade odontológica móvel. Existem 48 cirurgiões-dentistas e onze auxiliares de consultório dentário, executando o atendimento odontológico nestes locais, com a predominância do atendimento voltado para o tratamento restaurador e cirúrgico (extrações dentárias), excetuando-se as USF onde a lógica da atenção aborda ações de promoção e prevenção, além tratamento restaurador. As necessidades de tratamento endodôntico são referidas para o Centro de Especialidades Odontológicas, localizada no Centro de Atenção Integral a Criança. Na Policlínica do Rosário há 1 (um) profissional para o atendimento dos Portadores de Necessidades Especiais.

O projeto Escola e Saúde conta com 3 (três) 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 de Município 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:

I - NÍVEL DE DIREÇÃO SUPERIOR:

Secretário de Município da Saúde

II - NÍVEL DE ASSESSORAMENTO

Assessor Técnico

Assessor Especial

Assistente de Serviços

III – NÍVEL DE DIREÇÃO ADMINISTRATIVA

Diretor Geral de Secretaria

Diretor de Atenção Básica em Saúde

Diretor de Serviços em Saúde

Diretor de Vigilância em Saúde

Diretor Administrativo Financeiro

IV – NÍVEL DE GERÊNCIA

Gerência do Centro de Diagnóstico e Atenção Secundária – CEDAS

Gerência de Regulação, Controle e Auditoria de Ações e Serviços em Saúde

Gerência do Pronto Atendimento Municipal

Gerência de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador

Gerência de Planejamento e Projetos

Gerência de Desenvolvimento de Trabalhadores em Saúde

OBS: Este nível existe somente na Estrutura do Organograma.

V – NÍVEL DE EXECUÇÃO SETORIAL

Chefe da Equipe da Unidade Sanitária Kennedy

Chefe da Equipe US Centro Social Urbano e Centro Desportivo Municipal

Chefe da Equipe da Unidade Sanitária Joy Bets



Chefe da Equipe da US Oneide de Carvalho e CAIC - São Carlos
Chefe da Equipe US Dom Antonio Reis
Chefe da Equipe US Walter Aita
Chefe da Equipe da Unidade Sanitária Santa Catarina e Valdir Mozaquatro
Chefe da Equipe US Rubem Noal
Chefe da Equipe US Floriano Rocha
Chefe da Equipe da US do Rosário
Chefe da Equipe da Central de Agendamentos
Chefe da Equipe de Regulação de Ações e Serviços em Saúde
Chefe da Equipe de Controle e Avaliação
Chefe da Equipe Técnica do Pronto Atendimento
Chefe da Equipe Administrativa do Pronto Atendimento
Chefe da Equipe de Enfermagem do Centro Materno Infantil
Chefe da Equipe Médica do Centro Materno Infantil
Chefe da Equipe de Vigilância Epidemiológica e Sanitária
Chefe da Equipe de Patrimônio e Arquivo
Chefe da Equipe de Manutenção
Chefe da Equipe de Almoxarifado
Chefe transportes da Equipe Administrativa

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 da atenção dos municípios, 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 Modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena da Atenção Básica, conforme portaria nº 2.023/GM em 23 de setembro de 2004. Esta lei define que os municípios e o Distrito federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde, na organização e na execução das ações de atenção básica. 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 municípios através do Cartão SUS.

Com a implantação do Pacto (Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006), nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

4.1.2 - Fundo Municipal de Saúde (F M S)

O Fundo Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal nº 3.744 de 03/01/1994, aprovado e implementado em 1998 com contas abertas no Banco do Brasil, Banrisul e Caixa econômica Federal. É Administrado pelo Secretario de Município da Saúde.

	2006	2007	2008	2009
Valor Aplicado (segundo PPA)	17.098.239,33	18.843.969,57	20.767.938,86	22.888.345,42
Base de cálculo ASPS	113.988.262,23	125.626.463,81	138.452.925,76	152.588.969,48
% ASPS	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%

Fonte: Fundo Municipal de Saúde, 2008.

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 8 Regiões Administrativas Urbanas, conforme definição do Plano Diretor Municipal de 2008.

As Regiões Administrativas (RA) urbanas e suas respectivas Unidades Básicas (UB) são:

1.	RA Centro Urbano	UBS Rosário
2.	RA Norte	UBS Kennedy, UBS Joy Betts e UBS com ESF Bela União
3.	RA Nordeste	UBS Itararé e UBS Mozzaquatro
4.	RA Centro-Oeste	UBS Centro Social Urbano e UBS com ESF Lídia
5.	RA Centro-Leste	UBS João Luiz Pozzobom, UBS com ESF São José e UBS com ESF Maringá
6.	RA Leste	UBS Wilson Paulo Noal e UBS Walter Aita
7.	RA Sul	UBS Oneide de Carvalho, UBS com ESF Urlândia e UBS com ESF Santos
8.	RA Oeste	UBS Rubem Noal, UBS Floriano Rocha, UBS com ESF Vitor Hoffmann, UBS com ESF São João, UBS



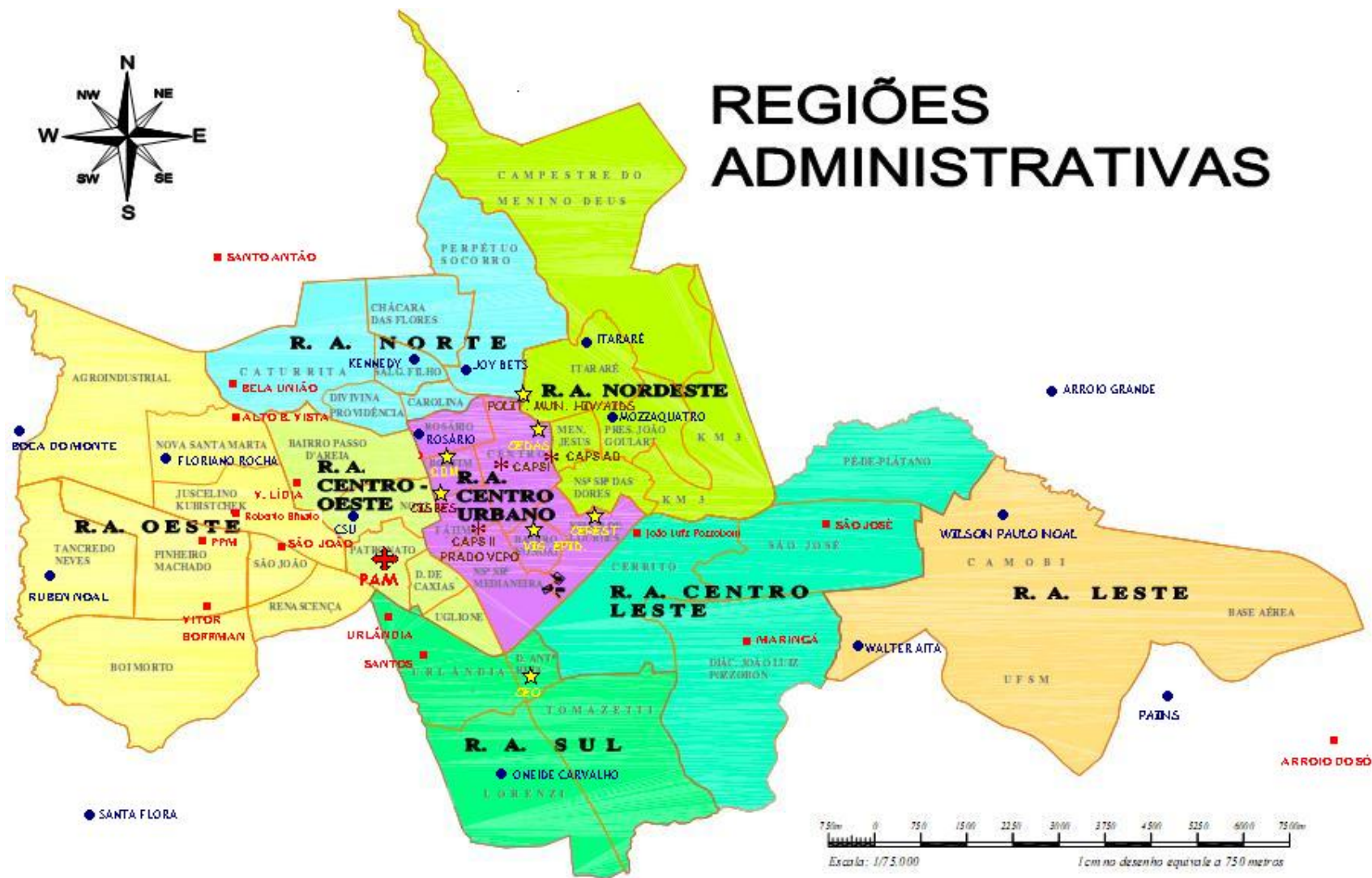
	com ESF Parque Pinheiro Machado, UBS com ESF Roberto Binato e UBS com ESF Alto da Boa Vista
--	--

A Região Administrativa Rural (Distritos) e suas respectivas Unidades Básicas de Saúde são:

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. São Valentin | Não dispõe de UBS |
| 2. Arroio Grande | UBS Arroio Grande |
| 3. Pains | UBS com ESF Pains |
| 4. Arroio do Só | UBS com ESF de Arroio do Só |
| 5. Passo do Verde | Não dispõe de UBS |
| 6. Boca do Monte | UBS Boca do Monte
UBS com ESF Santo Antão |
| 7. Palma | Não dispõe de UBS |
| 8. Santa Flora | UBS Santa Flora |



REGIÕES ADMINISTRATIVAS



LEGENDA	
●	Unidade Básica de Saúde
■	Unidade de Saúde da Família
*	CAPS
+	PAM
★	CEO, CEDAS, CEREST, CDM, CISBES
★	VIG. SAN., P.M. HIV/AIDS

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 ano de 2004 foram implantadas 16 equipes de Saúde da Família, sendo que 5 delas contam com equipes de saúde bucal (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, movimentando-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 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 e no Programa Redução de Danos.**

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, tais como:

- Centro de Atendimento à Tuberculose e Hanseníase (na sede da SMS)
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)
- Centro de Atenção Psicossocial I
- Centro de Atenção Psicossocial I álcool e drogas – CAPS I AD
- ⇒ Caminhos do Sol
- Centro de atenção Psicossocial II – CAPS II
- ⇒ Prado Veppo (Transtornos mentais crônicos - referenciados)
- Programa de Redução de Danos
- Ambulatório Saúde Mental

Dispõe também dos seguintes serviços especializados conveniados pelo SUS:

- Pronto Socorro de Fraturas;
- Serviço de Medicina Nuclear;
- Clínica de Oftalmologia: Oftalmoclínica.
- Clínica de Terapia Renal Substitutiva (TRS)

A SMS mantém ainda credenciamento pelo SUS com 12 laboratórios privados de análises clínicas e patológica.



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 Pronto Atendimento Municipal (PAM - Patronato), na Unidade de Saúde Ruben Noal (P.A Ruben Noal - COHAB Tancredo Neves) e no Pronto Socorro 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 - SITUAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CENTRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Diretoria de Vigilância em Saúde foi criada com o objetivo de agregar as áreas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador, para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, tendo como objetivo a promoção, proteção e recuperação da saúde pública através de ações que sejam capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, detectar qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, e com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos. Esta dividida em quatro áreas de atuação:

Vigilância Sanitária

Setor de Fiscalização de Alimentos, Zoonoses e Produtos Agropecuários: Atua no cadastramento, fiscalização e licenciamento do comércio 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 comércio em geral.

Setor de Serviços de Interesse à Saúde: atua no cadastramento, fiscalização e licenciamento de estabelecimentos de interesse à 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 à Saúde: atua no cadastramento, fiscalização e licenciamento de estabelecimentos de produtos de interesse à 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 que é realizada pelos serviços públicos e privados de abastecimento.

Setor de Processo Administrativo: Atua na instauração, controle e encerramento dos processos administrativos sanitários.



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 previsíveis por vacinas, bem como, acondicionar, armazenar e distribuir os imunológicos fazendo assim, cumprir as metas de cobertura vacinal estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Utiliza sistemas de informação em saúde, como: SIAIU, API e EDI.

Vigilância Ambiental

As tarefas fundamentais da vigilância ambiental em saúde referem-se aos processos de produção, integração, processamento e interpretação de informações visando o conhecimento dos problemas de saúde existentes, relacionados aos fatores ambientais, sua priorização para tomada de decisão e execução de ações relativas às atividades de promoção, prevenção e controle recomendadas e executadas por este sistema e sua permanente avaliação.

Destacam-se os seguintes objetivos:

- ◆ Identificar os riscos e divulgar as informações referentes aos fatores condicionantes e determinantes das doenças e agravos à saúde relacionados aos ambientes naturais e antrópicos;
- ◆ Intervir, com ações diretas de responsabilidade do setor ou demandando para outros setores, com vistas a eliminar os principais fatores ambientais de riscos à saúde humana;
- ◆ Promover ações junto aos órgãos afins, para proteção, controle e recuperação da saúde e do meio ambiente, quando relacionadas aos riscos à saúde humana;
- ◆ Conhecer e estimular a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento visando o fortalecimento da participação da população na promoção da saúde e qualidade de vida;
- ◆ Monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a legislação federal;
- ◆ Captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;
- ◆ Registro, captura, apreensão de animais que apresentem risco à saúde do homem;
- ◆ Ações de controle químico, físico, biológico e educacionais de vetores e de eliminação de criadouros.

Vigilância em Saúde do Trabalhador

Dentro desses princípios, considerar que a hierarquização das ações deve ser organizada em um território delimitado que se responsabilizará por um planejamento local-regional que identifique problemas e prioridades de grupos de trabalhadores, priorizando as ações que resultem em impacto coletivo, articulando uma rede para atendimento aos trabalhadores e para a intervenção nos ambientes de trabalho e processos produtivos.

- ◆ Atuar sistematicamente junto com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais para elaboração de normas técnicas específicas para a saúde do trabalhador;
- ◆ Estabelecer convênios para projetos que visem à transformação do trabalho em oportunidades para melhorar a saúde dos trabalhadores e propiciar a busca de uma nova cultura na relação saúde-trabalho;

- ◆ Denunciar as condições de trabalho, principalmente aos sindicatos para que em seus dissídios possam ser asseguradas cláusulas de promoção à saúde;
- ◆ Contribuir para o fortalecimento da organização dos trabalhadores visando à conquista da cidadania pela atuação destes no próprio local de trabalho;
- ◆ Capacitar os profissionais e as equipes de saúde para identificarem e atuarem nos agravos relacionados ao trabalho;
- ◆ Tornar público o desenvolvimento e os resultados das ações de VISAT, sobretudo as inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho e sobre os processos produtivos para garantir a transparência na condução dos processos administrativos no âmbito do direito sanitário.

4.2.5 - Recursos Humanos

Atualmente na SMS existem profissionais com vinculação estatutária, celetista, contrato emergencial, 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 foi 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.

No ano de 2004 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, porém não foi possível a contratação dos profissionais devido o concurso encontrar-se sob-judice.

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, Dezembro de 2008.

Recursos humanos	Nº	Recursos humanos	Nº
Aux. de Consultório Dentário	11	Chefe de Equipe – CC ou FG	18
Fiscal Municipal I e II	11	Diretora Geral – FG	01
Agente Administrativo – I, II , Aux. e Assist. Adm.	55	Diretora Administrativa e Financeira - CC	01
Agente da Assistência	88	Diretor de Atenção Básica em Saúde – CC	00
Agentes Comunitários de Saúde	116	Diretor de Vigilância Sanitária - FG	01
Agente de Fiscalização I e II	08	Diretora de Serviços de Saúde - CC	01
Agente de Obras	01	Enfermeiros	85
Agente de Manutenção	01	Engenheiro Agrônomo	01
Agente de Portaria	00	Engenheiro Civil	03
Agente de Saúde	01	Engenheiro Florestal	01
Agente de Saúde e Meio Ambiente	00	Farmacêutico Bioquímico/Industrial	21
Agente de Saúde Pública	02	Fisioterapeutas	11
A O S D	02	Fonoaudiólogos	04
Arquiteto	03	Gerente Regional de Unidade Sanitária - CC	04
Arte Terapeuta	00	Gerente do Fundo Municipal de Saúde - FG	01

Assessor jurídico - CC	00	Gerente de Recursos Humanos - FG	00
Assessor de Serviços - CC	01	Médicos	198
Assistente Social	04	Médico Veterinário	03
Auditor Fiscal	01	Monitor	00
Auxiliar em Assistência	28	Motorista Utilitário e Caminhão	43
Auxiliar de Enfermagem	05	Nutricionista	03
Auxiliar de Limpeza Pública	01	Odontólogo	48
Auxiliar de Saneamento	01	Oficial Adm.	02
Auxiliar de Serviços Gerais I	37	Psicólogo	17
Auxiliar de Serviços Gerais II e Recepcionista	09	Programador de Computação	00
Auxiliar de Operação I e II	02	Professor Educação Física	00
Auxiliar em Saúde	01	Secretário de Município – CC	01
Auxiliar Operacional e Serviços Diversos	02	Técnico em Radiologia	12
Telefonista	05	Técnico I, II	03
TOTAL			879

Fonte: Setor de Recursos Humanos da SMS.

Quadro 2 – Distribuição dos médicos da Secretaria de Saúde, por especialidade. Dezembro de 2008.

Especialidade	Nº	Especialidade	Nº
Cardiologia	02	Medicina do Trabalho	02
Clínica Geral (Destes 11 são do PSF)	83	Neurologia	04
Cirurgia Geral	01	Oftalmologia	03
Dermatologia	02	Otorrinolaringologia	02
Endocrinologia	01	Patologia	01
Gastroenterologia	03	Pneumologia	01
Ginecologia	16	Psiquiatria	05
Ginecologia-obstetrícia	04	Radiologia	05
Ecografista	01	Proctologista	00
Angilogista	01	Traumatologia	02
Ultra-sonografia	00	Pediatria	42
TOTAL			181

Fonte: Setor de Recursos Humanos da SMS.

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 7 hospitais: Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (HCAA), Hospital Municipal Casa de Saúde (HMCS - Convênio entre o Hospital de Caridade e o município de Santa Maria), 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 Municipal Casa de Saúde, totalizando 369 leitos. Está previsto, no Hospital Casa de Saúde a abertura de mais 51 leitos, 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 planejada. 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 Número 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 ano de 2004, ficou evidenciado que a rede hospitalar instalada nesta região é razoavelmente bem distribuída, apresentando carência leitos em UTIs Adulto, Pediátrico e neonatal, os quais podem ser acrescidos ao hospitais universitário, conforme projeto já elaborado pelo mesmo. 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 Intersectoriais da Secretaria de Município da Saúde

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

- Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE);
- Conselho Gestor Regional (COGERE);
- Conselho Municipal de Saúde (CMS);
- Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA);
- Conselho Municipal do Programa Bolsa Família;
- Conselho Regional de Saúde (CRS);
- Conselho Municipal de Segurança Alimentar (CONSEA);
- Conselho Municipal do Meio Ambiente;
- Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN);
- Conselho Municipal do Idoso (COMID);
- Associação de Secretários e Dirigentes da Saúde (ASSEDISA);
- Fórum de Políticas Sociais.

4.4 - Relações com instituições formadoras de recursos humanos

A Secretaria Municipal de Saúde estabelece parcerias com os diferentes cursos da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e da Faculdade Integrada Santa Maria (FISMA) para a realização de estágios curriculares.

É importante destacar o esforço que vem sendo empreendido pelas diferentes instituições na busca da articulação entre elas os 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 implantação / implementação do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Centro-Oeste.

Os esforços interinstitucionais, num processo em permanente construção no município, vêm buscando contemplar o 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

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: *Qualificação da Rede de Atenção, Educação Permanente em Saúde, Saúde do Trabalhador, Pacto pela Saúde, Desenvolvimento Sustentável e Meio Ambiente, Intersetorialidade e Controle Social.*** Para elaboração desse Plano, utilizamos como base as deliberações da VII Conferência Municipal de Saúde, como poderá ser observado na primeira coluna e, em respeito ao Controle Social e suas instâncias deliberativas, não foram e não devem ser alterados. Na segunda coluna, poderemos observar as propostas propriamente ditas, para que consigamos contemplar as deliberações da Conferência. Metodologicamente, apresentamos para maior entendimento a fórmula “**META = (AÇÃO + QUANTIDADE + PRAZO)**”, o que representa a significação de Meta objetivamente a ser alcançada. **Dessa forma, cabe ao Poder Executivo, caso queira alcançar a meta que contempla a Deliberação da VII Conferência Municipal de Saúde, implementar a ação na quantidade (quando for o caso) e prazo determinado na proposta especificada na segunda coluna.** No que referimos ao prazo, convencionamos em: curto prazo – em até um ano; médio prazo – em até dois anos; longo prazo – em até quatro anos.

5.1 - Qualificação da Rede de Atenção

Deliberações da VII Conferência Municipal de Saúde	META = (AÇÃO + QUANTIDADE + PRAZO)
1. Efetivar a Assistência Farmacêutica no município em todos os níveis, suprimindo as Unidades Básicas de Saúde e Farmácia Municipal com medicamentos/materiais em quantidade, qualidade e em tempo oportuno, readequando áreas físicas conforme exigência da VISA e ofertando uma dispensação racional dos medicamentos, educando o usuário quanto ao seu uso correto, de forma a garantir sua eficácia e segurança e promovendo qualidade de vida.	Prioridade 1 - Curto prazo Implementar o PROSAÚDE – UFSM (Assistência Farmacêutica); Capacitar os profissionais dos serviços de saúde, considerando o uso racional de medicamentos; Sensibilizar o usuário quanto ao uso racional de medicamentos; Qualificar o sistema de compras, considerando aspectos de qualidade, técnicos, eficácia, com acompanhamento da Comissão Permanente de Padronização de Profissionais da Rede, já existente; Dar continuidade ao processo de adequação das áreas físicas conforme exigência da VISA, considerando a distritalização das farmácias.
2. Efetivar o ciclo da assistência farmacêutica na atenção básica e de saúde;	Prioridade: 2 - Médio prazo Instituir a Política de Assistência Farmacêutica, segundo diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
3. Ampliar e fortalecer a Atenção à Saúde Mental bem como o Programa de Redução de Danos;	Prioridade: 2 - Médio prazo Abrir de pelo menos 2 (dois) CAPS (AD e II), Contratualizar com a Secretaria Estadual de Saúde a abertura de Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais, conforme legislação existente sobre Reforma Psiquiátrica; Efetivar o matriciamento e as equipes de referência em saúde mental para as Unidades Básicas; Dar continuidade ao “Saúde Mental na Roda” (espaço de capacitação dos profissionais da rede básica); Realizar o Concurso para os Agentes Redutores de Danos; Implementar a Política de Educação Permanente para a abordagem do

	uso de álcool e outras drogas na perspectiva da Redução de Danos para a Rede.
4. Criar um serviço de urgência 24 horas para atendimento odontológico, bem como ampliação do atendimento odontológico em todas unidades de saúde do município;	Prioridade: 2 - Médio - Criar um serviço de urgência 24 horas para atendimento odontológico no Pronto Atendimento Municipal do Patronato, bem como ampliação do atendimento odontológico em todas unidades de saúde do município;
5. Aumentar a cobertura das equipes de saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família;	Prioridade: 1 - 3 – Curto e Longo prazo - Aumentar o número de vagas nos Cargos de ACD e Cirurgião Dentista, mediante alteração da Lei Municipal que cria os cargos para a Estratégia de Saúde da Família; (<u>Curto Prazo</u>) - Prover de pelo menos 1 (um) dentista por Equipe de Saúde da Família (44 equipes). (<u>Longo Prazo</u>)
6. Realizar a contratação de odontólogos, técnicos em higiene dental (THD) e auxiliares de consultório dentário (ACD) nas unidades básicas e hospitalares do município;	Prioridade: 2 - Médio - Criar o Cargo de THD, mediante Lei Municipal de Saúde.
7. Promover ações que melhorem adesão das gestantes aos programas de acompanhamento Pré-Natal;	Prioridade: 2 - Médio prazo Ampliar o número de ACS, implantando em número suficiente (240) para pelo menos 70 % de cobertura assistencial. Ampliar o número de Grupos de Gestante. Desencadear o processo de monitoramento por intermédio do SISPRENATAL.
8. Garantir que a política municipal em HIV/AIDs seja efetivada como uma política permanente, composta pelo CTA (testagem), atendimento em infectologia e Programa Redução de Danos;	Prioridade 1 - Curto prazo Garantir que a política municipal em HIV/AIDs seja efetivada como uma política permanente, composta pelo CTA (testagem), atendimento em infectologia. Transformar o Programa Redução de Danos em Política Municipal de Redução de Danos Ampliar o atendimento em infectologia; Fortalecer o atendimento nutricional voltado para os usuários da Casa Treze de Maio; Garantir a infraestrutura necessária para que o CTA continue ofertando horários diferenciados de atendimentos.
9. Criar cargos específicos para os profissionais do PACS e PSF e realizar concurso específico para essas vagas que possa selecionar profissionais com formação específica na área.	Prioridade 1 - Curto prazo Realizar concurso específico para os profissionais do PSF com vagas para no mínimo 44 equipes , de acordo com o Convênio estabelecido com o MS.
10. Manutenção dos atuais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes da Dengue, certificando-os, de modo que sejam incluídos no quadro de servidores do município, conforme lei federal nº. 11.350/06;	Prioridade 1 - Curto prazo Garantir a manutenção dos atuais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes da Dengue, certificando-os, de modo que sejam incluídos no quadro de servidores do município, conforme lei federal nº. 11.350/06; Utilizar Banco de Concursados (2008), nos casos de implantação do PSF ou PACS em novas áreas (já previstas no Concurso) ou nos casos em que o ACS certificado não assumir.
11. Implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em todo o município de Santa Maria, de acordo com o Plano Municipal de Saúde e com a realidade epidemiológica.	Prioridade: 3 – Longo prazo Implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em todo o município de Santa Maria, de acordo com os Planos Municipais de Saúde anteriores, considerando a Política Nacional de Atenção Básica, a realidade epidemiológica e social.
12. Rever a área de abrangência das atuais unidades de saúde, definindo o seu território, de modo que a atual estrutura atenda um quantitativo de usuários que seja compatível com a sua	Prioridade 1 - Curto prazo Realizar estudo de adequação das áreas de atuação, definindo o seu território, de modo que a atual estrutura atenda um quantitativo de usuários que seja compatível com a sua capacidade física e de pessoal, respeitando o fluxo natural de acesso da comunidade;

capacidade física e de pessoal, respeitando o fluxo natural de acesso da comunidade;	
13. Descentralizar os serviços de Fisioterapia para as unidades de referência.	Prioridade 1 - Curto prazo Descentralizar os serviços de Fisioterapia para as Unidades onde tiver os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
14. Implantar as unidades de saúde de referência (matriciais) em cinco regiões sanitárias, que contemple equipes multi-profissionais, para que sirvam de referência para unidades de menor porte, incluindo, se necessário, profissionais de outras áreas;	Prioridade 1 - Curto prazo Implantar as unidades de saúde de referência (matriciais) em cinco regiões sanitárias, que contemple equipes multi-profissionais, para que sirvam de referência para unidades de menor porte, incluindo, se necessário, profissionais de outras áreas (NASF);
15. Ampliar o acesso às consultas e exames especializados, de modo descentralizado e regulado pelo gestor municipal, como forma de diminuir as filas de espera, ampliando a oferta e criando estratégias para fomentar o comprometimento dos usuários com os agendamentos realizados;	Prioridade: 2 - Médio prazo Otimizar os encaminhamentos às consultas e exames especializados, por meio de capacitações aos profissionais da Atenção Básica. Realizar informatização da Rede Municipal de Saúde.
16. Implantar o SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;	Prioridade 2 – Médio prazo Implantar o SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
17. Melhorar a estrutura física das unidades de saúde, priorizando as de maior necessidade, de modo a torná-las mais acolhedoras e adequadas às normas da vigilância sanitária;	Prioridade: 3 – Longo prazo Melhorar as estruturas físicas das unidades de saúde, adquirir imóvel e construir nova estrutura, considerando a Política Nacional de Humanização - Humanizassus, priorizando as de maior necessidade e adequadas às normas da vigilância sanitária: <u>Adequar e/ou ampliar:</u> - US Kennedy; - USF Vitor Hoffmann; - USF Lídia; - USF São José; - USF Roberto Binato; - US Waldir A. Mozzaquatro; - US Rubem Noal; - USF Arroio do Só; - US Wilson Paulo Noal; - US Centro Social Urbano; - US Oneide de Carvalho. - US Erasmo Crossetti - Cedas <u>Adquirir imóvel e/ou Construir</u> - USF Urlândia; - USF Bela União; - US Joy Betts; - USF K3; - USF Passo das Tropas; - USF K2 (Vila São João Batista); - USF Santos; - USF Alto da Boa Vista; - US Centro; - USF Menino Deus; - USF Pinheiro Machado (São Serafim/ Cipriano da Rocha). - UBS Dom Antonio Reis

18. Abrir terceiro turno em pelo menos uma unidade básica por região sanitária, com equipe adequada de profissionais;	Prioridade 2 – Médio prazo Abrir terceiro turno de atendimento nas regiões Leste e Sul.
19. Instituir, na rede pública municipal, o protocolo dos enfermeiros da atenção básica e implementar, na rede, a utilização dos protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde;	Prioridade 1 - Curto prazo Instituir, na rede pública municipal, o protocolo dos enfermeiros da atenção básica.
20. Implementar, na política de atenção básica, ações para a prevenção do câncer bucal, de próstata e de pele;	Prioridade 1 - Curto prazo Implementar, na política de atenção básica, ações para a prevenção do câncer bucal, de próstata e de pele, bem como a política de saúde do homem.
21. Incentivar a integralidade nas políticas públicas;	Prioridade 1 - Curto prazo Criar um fórum de discussão sobre as políticas públicas de saúde, estabelecendo encontros periódicos, entre os responsáveis técnicos pelas políticas e o Conselheiros Municipais, com regimento que considere sua importância na instrumentalização do controle social para deliberações das políticas de saúde. Repensar a Política de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, considerando a integralidade do cuidado, da gestão, as deliberações do Conselho e o produto das discussões do Fórum de Políticas Públicas de Saúde.
22. Fortalecer as ações de promoção da saúde;	Prioridade 1 - Curto prazo Estabelecer a política Municipal de Promoção à Saúde, tendo como base a Política Nacional de Promoção à Saúde, com dotação orçamentária.
23. Abolir o sistema de distribuição de fichas em todas as unidades de saúde, substituindo-o pelo acolhimento;	Prioridade 1 - Curto prazo Implementar a Política de Humanização mediante portaria de nomeação de coordenador, aprovação no Conselho Municipal de Saúde, com o intuito de abolir o sistema de distribuição de fichas em todas as unidades de saúde, substituindo-o pelo acolhimento;
24. Proibir a oferta de mercadorias para consumo individual dentro das unidades de saúde;	Prioridade 1 - Curto prazo Implementar a Política de Humanização, mediante portaria de nomeação de coordenador, aprovação no Conselho Municipal de Saúde e desta forma, propiciar o processo de reflexão/ação e comprometimento com usuários e o Sistema Único de Saúde.
25. Criar política de promoção à saúde e prevenção de agravos que inclua redução de danos e construção de ambientes de lazer para prática de esportes, caminhadas, entre outras, em todas as regiões sanitárias;	Prioridade 2 – Médio prazo Criar Política de Promoção à Saúde e Prevenção de Agravos, mediante portaria de nomeação de coordenador, aprovação no Conselho Municipal de Saúde, que inclua redução de danos. Trabalhar intersetorialmente para construção de ambientes de lazer para prática de esportes, caminhadas, entre outras, em todas as regiões sanitárias;
26. Definir legislação para garantir o acesso dos usuários em tratamento contínuo ao transporte para e desde os serviços de saúde e de referência;	Prioridade 1 - Curto prazo Propôr legislação que garanta, em todos os meses do ano, o acesso dos usuários em tratamento contínuo ao transporte para e desde os serviços de saúde e de referência;
27. Ampliar e melhorar o acesso e agilidade no atendimento médico-ambulatorial;	Prioridade 1 - Curto prazo Informatização, com previsão de equipamentos, rede e sistema próprio para a saúde.
28. Programar e realizar ações entre Unidades Básicas de Saúde, Agentes Comunitários de Saúde, pastoral da criança e acadêmicos;	Prioridade 1 - Curto prazo Aprimorar o Convênio com a Pastoral da Criança, aumentando as ações e integrando-as com as necessidades dos usuários.
29. Manter, nas Unidades Básicas de Saúde e demais serviços da Rede Municipal, o estoque de materiais e medicamentos necessários para a	Prioridade 2 - Médio prazo Dotar os Serviços de Saúde com insumos necessários para o funcionamento. Instituir a Ordenação de Despesas da Saúde na própria Secretaria de

demanda diária;	Saúde. Construir ou adquirir estrutura própria para armazenamento de medicamentos, materiais e equipamentos.
30. Implantar a Política de Humanização na Rede Municipal de Saúde, visando o comprometimento, a humanização e o respeito às minorias;	Prioridade 1 - Curto prazo Implementar a Política de Humanização na Rede Municipal de Saúde, mediante portaria de nomeação de coordenador, aprovação no Conselho Municipal de Saúde, visando o comprometimento, a humanização e o respeito às minorias; Reativar o Comitê Municipal de Humanização, mediante sensibilização de profissionais, por intermédio de encontros, explicação sobre a política de humanização e articulação dos participantes para implementar a política..
31. Organizar planos de trabalho adaptados às realidades de cada região sob cobertura do atendimento básico, seguindo assim as diretrizes do SUS;	Prioridade 2 – Médio prazo Qualificar o setor de Vigilância Epidemiológica implantando à análise dos sistemas de informação de dados, ampliando o quadro de profissionais e proporcionando estrutura adequada, desta forma organizar planos de trabalho adaptados às realidades de cada região
32. Garantir que a equipe da unidade móvel de saúde permaneça na comunidade a ser atendida até o final dos atendimentos do dia, e não mais por tempo determinado;	Prioridade 1 - Curto prazo Construir proposta assistencial para as comunidades dos Distritos (interior), considerando as necessidades locais, a dificuldade de deslocamento, os indicadores epidemiológicos, entre outros.
33. Criar o Núcleo Integral de Estudos para Promoção da Saúde;	Prioridade 1 - Curto prazo Criar o Núcleo Integral de Estudo e Pesquisa para Promoção da Saúde;
34. Retirar de todas as unidades de saúde cartaz que se refere ao artigo 331 do Código Penal (desacato a funcionário público) por inibir o exercício do controle social;	Prioridade 1 - Curto prazo Instituir setor de ouvidoria na Secretaria de Saúde e serviço de disquesaúde municipal.
35. Elaborar e implantar as ações de vigilância em saúde na atenção básica;	Prioridade: 2 - Médio prazo Articular as Vigilâncias (Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e da Saúde do Trabalhador) com as Políticas do Núcleo de Atenção Integral.

5.2 – Saúde do Trabalhador

Deliberações da VII Conferência Municipal de Saúde	META = (AÇÃO + QUANTIDADE + PRAZO)
1. Garantir que a saúde do trabalhador tenha a atenção desde a Unidade Básica para seu diagnóstico, tratamento, reabilitação, notificação, investigação e fiscalização dos ambientes de trabalho;	Prioridade 2 - Médio prazo Implantar efetivamente a política da Saúde do Trabalhador, garantindo que a mesma insira-se na rede assistencial desde a Unidade Básica, com a finalidade de diagnóstico, tratamento, reabilitação, notificação, investigação e fiscalização dos ambientes de trabalho;
2. Intensificar a fiscalização nos ambientes de trabalho para que não ofereçam riscos à saúde e à vida dos trabalhadores, verificando que os EPIs necessários estejam disponíveis;	Instituir a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) Municipal. Criar protocolo para o encaminhamento do trabalhador acidentado com material perfuro-cortante.
3. Capacitar os profissionais da Atenção Básica para a Saúde do Trabalhador no sentido de promover os meios para uma atenção integral;	Prioridade 2 -Médio prazo Instituir a Política de Saúde do Trabalhador articulada com a Política de Educação Permanente no sentido de promover os meios para uma atenção integral, baseados nos princípios e diretrizes do SUS.
4. Divulgar as ações desenvolvidas pelo Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador, de modo que a	Prioridade 2 -Médio prazo Integrar o Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador ao serviço de informação e comunicação em saúde na SMS.

população entenda sua função dentro do SUS;	
5. Fazer diagnóstico, notificar agravos e promover vigilância dos ambientes de trabalho, tanto do trabalhador formal como informal, nas atividades realizadas nas unidades de saúde;	Prioridade 1 - Curto prazo Instituir Política de Saúde do Trabalhador, com pessoal e infraestrutura qualificada para o desenvolvimento das ações. Capacitar a Vigilância Sanitária pra a vigilância no local de trabalho.

5.3 - Educação Permanente em Saúde

Deliberações da VII Conferência Municipal de Saúde	META = (AÇÃO + QUANTIDADE + PRAZO)
1. Exigir, conforme legislação vigente, preenchimento legível nas prescrições de medicamentos e nas solicitações de exames;	Prioridade 1 - Curto prazo Implementar a Política de Assistência Farmacêutica articulada com o desenvolvimento do Pró-saúde.
2. Ampliar em até 100% a cobertura das equipes de saúde da família (ESF) concomitantemente à implantação da residência multi-profissional proposta pelo MEC e que contemple os trabalhadores de saúde do SUS no município de Santa Maria;	Prioridade: 3 – Longo prazo Ampliar em até 100% a cobertura das equipes de saúde da família (ESF), no mínimo 44 equipes, considerando o crescimento vegetativo, concomitantemente à implantação da residência multi-profissional proposta pelo MEC e que contemple os trabalhadores de saúde do SUS no município de Santa Maria;
3. Articular o poder público municipal com as instituições formadoras de recursos humanos para que insiram nos currículos programa de educação e promoção à saúde, incluindo ações de saneamento básico;	Prioridade 2 - Médio prazo Articular com as instituições formadoras de recursos humanos, a inserção nos currículos do programa de educação e promoção à saúde, incluindo ações de saneamento básico, sendo condicionante para assinatura de convênio;
4. Aproximar as instituições formadoras de recursos humanos da Secretaria de Saúde, de modo que a formação de profissionais da saúde contemple as necessidades da população e os princípios do SUS, que possibilite a atuação destes profissionais na Estratégia de Saúde da Família;	Prioridade 2 -Médio prazo Aproximar as instituições formadoras de recursos humanos à Secretaria de Saúde, de modo que a formação de profissionais da saúde contemple as necessidades da população e os princípios do SUS; Instituir formação permanente junto com as instituições de ensino, mediante convênio de colaboração técnica e estrutural, na metodologia de módulos de ensino, possibilitando, dessa forma, a titulação (especialista, aperfeiçoamento, etc...) ao final dos cursos.
5. Realizar cursos de relações humanas para todos os trabalhadores na área da saúde;	Prioridade 1 - Curto prazo Instituir o Grupo de Trabalho em Humanização, mediante implementação da Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS, inicialmente por intermédio de oficinas de sensibilização, portaria de nomeação dos participantes, facilitadores e coordenador da política.
6. Dar continuidade à implantação da Política de Educação Permanente para o município, com garantia dos recursos necessários ao seu financiamento, capacitando as equipes e a população para possíveis intervenções, com fluxogramas conhecidos, em relação à violência doméstica (intra-familiar), bem como capacitar, sensibilizar e fomentar o controle social;	Prioridade 1 - Curto prazo Dar continuidade à implantação da Política de Educação Permanente para o município, com garantia dos recursos necessários ao seu financiamento, capacitando as equipes e a população para possíveis intervenções, com fluxogramas conhecidos, em relação à violência doméstica (intra-familiar), bem como capacitar, sensibilizar e fomentar o controle social;
7. Incentivar a criação de espaços para educação popular nas comunidades assistidas pelas Unidades de Saúde, que contemple, também, a educação,	Prioridade 1 - Curto prazo Incentivar a criação de espaços para educação popular nas comunidades assistidas pelas Unidades de Saúde, que contemple, também, a educação, estímulo, informação, interação e planejamento

estímulo, informação, interação e planejamento para a efetivação do controle social;	para a efetivação do controle social;
--	---------------------------------------

5.4 – Pacto pela Saúde

1. Descentralização do Controle Social	META = (AÇÃO + QUANTIDADE + PRAZO)
1. Implementar a Política de Saúde do Idoso.	Prioridade 1 - Curto prazo Implementar a Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa, respeitando as deliberações da Conferência Municipal do Idoso.
2. Reorganizar a Rede de Atenção à Saúde Bucal, de modo hierárquico, estabelecendo fluxos e protocolos para que a população tenha acesso ao atendimento odontológico que inclua procedimentos de atenção básica e os de especialidades;	Prioridade 1 - Curto prazo Reorganizar a Rede de Atenção à Saúde Bucal, de modo hierárquico, estabelecendo fluxos e protocolos para que a população tenha acesso ao atendimento odontológico, que inclua procedimentos de atenção básica e os de especialidades, bem como as próteses dentárias removíveis;
3. Implantar, imediatamente, Plano de Cargos, Carreiras e Salários/SUS para os trabalhadores da rede municipal de saúde e melhorar-lhes os salários em contrapartida com o efetivo cumprimento da carga horária; 4. Colocação de cartão ponto em todas as unidades de saúde, fazendo com que seja usado por todas as categorias profissionais;	Prioridade 1 - Curto prazo Implantar o Plano de Cargos Carreiras e Salários – PCCS/ SUS, mediante instituição da Mesa de Negociação PCCS/ SUS, tendo como base as Diretrizes aprovadas do PCCS/SUS nacional, considerando a necessidade de qualificação, estudo de impacto financeiro para melhoria de salários, planejamento da capacidade instalada por serviço e necessidade de saúde da comunidade.
5. Colocar em prática a política de avaliação do servidor público;	Prioridade 1 - Curto prazo Rever e adequar os mecanismos de avaliação para os servidores públicos.
6. Criar Departamento de Informação e Comunicação em Saúde na Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria;	Prioridade 1 - Curto prazo Criar Departamento de Informação e Comunicação em Saúde na Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria;

<p>7. Criar a Comissão de Informação e Comunicação em Saúde no Conselho Municipal de Saúde, com a dotação dos recursos financeiros necessários, para que sejam divulgadas, nos meios de comunicação, as informações relevantes em sua área de competência, incluindo informação sobre qualidade de vida e ambiental, de modo a dar visibilidade ao Conselho Municipal de Saúde, junto a comunidade;</p> <p>8. Informatizar a rede de saúde contemplando comunicação e informação em saúde, bem como alimentá-la com dados epidemiológicos, agendas da SMS, eventos de saúde, informações em saúde, etc.;</p>	<p>Prioridade 1 - Curto prazo Integrar o Departamento de Informação e Comunicação na Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria a ser criado, com a Comissão de Informação e Comunicação em Saúde no Conselho Municipal de Saúde, com a dotação dos recursos financeiros necessários, para que sejam divulgadas, nos meios de comunicação, as informações relevantes em sua área de competência, incluindo informação sobre qualidade de vida e ambiental, de modo a dar visibilidade ao Conselho Municipal de Saúde, junto a comunidade;</p>
<p>9. Realizar capacitação continuada dos membros dos conselhos de saúde (municipal, locais e gestores) com o enfoque especial para o segmento dos usuários, fortalecendo assim o controle social;</p>	<p>Prioridade 1 - Curto prazo Incluir como tema na política de educação permanente municipal, capacitação continuada dos membros dos conselhos de saúde (municipal, locais e gestores) com o enfoque especial para o segmento dos usuários, fortalecendo assim o controle social;</p>
<p>10. Implantação, imediata, do Centro de Controle de Zoonoses, com todas as políticas que o acompanham.</p>	<p>Prioridade 1 - Curto prazo Adequar o Projeto do Centro de Controle de Zoonoses as necessidades Municipais, no sentido da implantação da Política Municipal sobre Zoonoses, para sua implantação imediata.</p>
<p>11. Garantir atendimento 100% SUS na Casa de Saúde, com efetivo controle social;</p>	<p>Prioridade 1 - Curto prazo Garantir atendimento 100% SUS na Casa de Saúde, com efetivo controle social, alterando o Convênio para inclusão da Câmara Técnica deliberativa com representação paritária que contemple as deliberações do Conselho Municipal de Saúde.</p>
<p>12. Aumentar o número de leitos hospitalares vinculados ao SUS para a população de Santa Maria;</p>	<p>Prioridade 2 - Médio Ampliar o número de leitos SUS no Hospital Municipal Casa de Saúde.</p>
<p>13. Apoiar a criação de uma unidade de reabilitação junto ao HUSM;</p>	<p>Prioridade 1 - Curto prazo Apoiar a criação de uma unidade de reabilitação junto ao HUSM; Criar a política de internação domiciliar.</p>

5.5 – *Desenvolvimento Sustentável e Meio Ambiente*

Deliberações da VII Conferência Municipal de Saúde	META = (AÇÃO + QUANTIDADE + PRAZO)
<p>1. Garantir, através dos setores da educação e saúde, orientações sobre educação ambiental e dengue nas escolas de ensino fundamental, médio e universitário;</p>	<p>Prioridade 1 - Curto prazo Instituir a Política de Combate as Endemias Municipal, considerando o processo educativo nas escolas, creches, associações de bairros e outros, como estratégia prioritária.</p>



2. Exigir o habite-se sanitário de todas as construções;	Prioridade 1-2 - Médio prazo Ampliar o quadro de pessoal, equipamentos e carros do Setor Responsável pela liberação dos projetos, fiscalização, vistorias da Vigilância em Saúde.
3. Assegurar a fiscalização pelos órgãos competentes das empresas instaladas no Distrito Industrial e com orientação quanto à destinação adequada de seus resíduos líquidos, sólidos e gasosos, haja vista a proximidade com áreas residenciais;	Prioridade 1 - Curto prazo Buscar parceria com a FEPAM, CONAMA e IBAMA para assegurar a fiscalização pelos órgãos competentes das empresas instaladas no Distrito Industrial e com orientação quanto à destinação adequada de seus resíduos líquidos, sólidos e gasosos, haja vista a proximidade com áreas residenciais.
4. Incentivar e priorizar a educação para a segregação e aproveitamento dos materiais recicláveis e reutilizáveis existentes nos resíduos sólidos domiciliares, através da coleta seletiva;	Prioridade 1 - Curto prazo Desencadear campanhas junto aos setores de Proteção do Meio Ambiente, priorizando a educação para a segregação e aproveitamento dos materiais recicláveis e reutilizáveis existentes nos resíduos sólidos domiciliares, através da coleta seletiva;

5.6 – Intersetorialidade

Deliberações da VII Conferência Municipal de Saúde	META = (AÇÃO + QUANTIDADE + PRAZO)
1. Integrar todas as secretarias municipais, intensificando os trabalhos conjuntos em prol do Sistema Único da Saúde; 2. Incentivar a sintonia entre os setores de saúde, educação, assistência social, esporte, moradia, lazer, para, através de políticas públicas, garantir e tornar possível a intersetorialidade nessas áreas entre os entes públicos; 3. Realizar planejamento de ações que visem à qualidade de vida e de saúde pública, de forma integrada com a Secretaria de Município da Saúde, Secretaria de Município de Proteção Ambiental e Secretaria de Educação;	Prioridade 1 - Curto prazo Propor a criação de um fórum permanente de Políticas Públicas Municipal para realizar ações intersetoriais, com o intuito de planejar ações que visem à qualidade de vida e de saúde pública, de forma integrada.
4. Estabelecer e normatizar sistema de coleta seletiva porta a porta, em todas as unidades residenciais, comerciais e industriais, que contemple a inclusão social dos catadores, com amplas campanhas de sensibilização ao público;	Prioridade 1 - Curto prazo Estabelecer e normatizar sistema de coleta seletiva porta a porta, em todas as unidades residenciais, comerciais e industriais, que contemple a inclusão social dos catadores, com amplas campanhas de sensibilização ao público;
5. Fortalecer a fiscalização para o uso adequado da água;	Prioridade 1 - Curto prazo Propor regulamentação para o uso adequado da água junto ao Código de Postura Municipal, além de desencadear processo educativo.
6. Possibilitar que espaços públicos e associações possam zelar e velar seus mortos em sua localidade ou região.	Prioridade 1 - Curto prazo Propor audiência pública para rediscutir a possibilidade de que espaços públicos e associações possam ser utilizados para velórios.
7. Criar sistema de triagem, para reaproveitamento dos materiais recicláveis presentes nos resíduos sólidos domiciliares;	Prioridade 1 - Curto prazo Pautar junto ao Fórum Permanente de Políticas Públicas as deliberações intersetoriais da VII Conferência Municipal de Saúde.
8. Criar cursos comunitários sobre agricultura urbana; 9. Revitalizar todos os cursos d'água do perímetro urbano, com solução para o acúmulo de lixo e presença de	Prioridade 2 - Médio prazo Desenvolver atividades educativas conjuntamente com outras Secretarias.

<p>vetores, insetos, como forma de preservar o meio ambiente dos que nessa região habitam;</p>	
<p>10. Conscientizar sobre o aquecimento global, e a importância sobre recursos não renováveis e a necessidade de práticas sustentáveis no uso da água potável;</p> <p>11. Maior investimento em saneamento básico, com coleta e tratamento de esgoto cloacal e investimentos na construção de sistemas de micro e macro drenagem, com pavimentação de vias, nas regiões desprovidas desses serviços;</p> <p>12. Construir um Centro de Integração Social para o desenvolvimento de práticas esportivas e lazer dentre outros;</p> <p>13. Ampliar a escola de ensino médio da região sul para o turno diurno;</p> <p>14. Oportunizar e criar através de políticas públicas o acesso à qualificação e conhecimento, através de cursos profissionalizantes;</p> <p>15. Viabilizar, em cada região sanitária, a construção de locais para separação e armazenagem dos materiais coletados pelas associações de catadores e recicladores;</p> <p>16. Revisar, imediatamente, o contrato com a CORSAN em relação ao tratamento e coleta de esgoto e ampliação do sistema de distribuição de água tratada;</p> <p>17. Implantar equipes de educação ambiental;</p> <p>18. Colocar paradas de ônibus adequadas;</p> <p>19. Reativar o posto de Brigada Militar em São José e mais policiamento na região;</p> <p>20. Regularizar loteamentos e construir casas populares nas áreas de invasão do km², Palmares, Zumbi, Ronda Alta, Vila Brenner, Beco da Vila Brasília;</p> <p>21. Manutenção e melhorias na iluminação pública em todas as regiões sanitárias;</p> <p>22. Implantar escola pública de ensino médio na região sanitária norte, com transporte escolar.</p> <p>23. Criar e aplicar, com urgência, o Plano Municipal de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Santa Maria;</p> <p>24. Organizar o transporte coletivo para facilitar o acesso aos serviços de saúde, tanto para as unidades básicas como para os centros de referência;</p>	<p>Prioridade 2 - Médio prazo</p> <p>Pautar junto ao Fórum Permanente de Políticas Públicas as deliberações intersetoriais da VII Conferência Municipal de Saúde, no sentido de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conscientizar sobre o aquecimento global, e a importância sobre recursos não renováveis e a necessidade de práticas sustentáveis no uso da água potável; ➤ Maior investimento em saneamento básico, com coleta e tratamento de esgoto cloacal e investimentos na construção de sistemas de micro e macro drenagem, com pavimentação de vias, nas regiões desprovidas desses serviços; ➤ Construir um Centro de Integração Social para o desenvolvimento de práticas esportivas e lazer dentre outros; ➤ Ampliar a escola de ensino médio da região sul para o turno diurno; ➤ Oportunizar e criar através de políticas públicas o acesso à qualificação e conhecimento, através de cursos profissionalizantes; ➤ Viabilizar, em cada região sanitária, a construção de locais para separação e armazenagem dos materiais coletados pelas associações de catadores e recicladores; ➤ Revisar, imediatamente, o contrato com a CORSAN em relação ao tratamento e coleta de esgoto e ampliação do sistema de distribuição de água tratada; ➤ Implantar equipes de educação ambiental; ➤ Colocar paradas de ônibus adequadas; ➤ Reativar o posto de Brigada Militar em São José e mais policiamento na região; ➤ Regularizar loteamentos e construir casas populares nas áreas de invasão do km², Palmares, Zumbi, Ronda Alta, Vila Brenner, Beco da Vila Brasília; ➤ Manutenção e melhorias na iluminação pública em todas as regiões sanitárias; ➤ Implantar escola pública de ensino médio na região sanitária norte, com transporte escolar. ➤ Criar e aplicar, com urgência, o Plano Municipal de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Santa Maria; ➤ 24. Organizar o transporte coletivo para facilitar o acesso aos serviços de saúde, tanto para as unidades básicas como para os centros de referência;

5.7 – *Controle Social*



Deliberações da VII Conferência Municipal de Saúde	META = (AÇÃO + QUANTIDADE + PRAZO)
1. Referendar as deliberações das conferências municipais de saúde já realizadas, bem como as resoluções do Conselho Municipal de Saúde nelas baseadas, quanto à desapropriação da Casa de Saúde da COOPFER, tornando-a instituição hospitalar pública;	Prioridade 1 - Curto prazo Referendar as deliberações das conferências municipais de saúde já realizadas, bem como as resoluções do Conselho Municipal de Saúde nelas baseadas, quanto à desapropriação da Casa de Saúde da COOPFER, tornando-a instituição hospitalar pública;
2. Cobrar do governo estadual e federal o regular repasse de recursos à saúde;	Prioridade 2 - Médio prazo Constituir mecanismos políticos, jurídicos e de controle social para garantir do governo estadual e federal o regular repasse de recursos à saúde;
3. Exigir das esferas competentes dos poderes estadual e federal o cumprimento do repasse, para os municípios, das verbas destinadas à saúde;	Prioridade 2 - Médio prazo Exigir das esferas competentes dos poderes estadual e federal o cumprimento do repasse, para os municípios, das verbas destinadas à saúde;
4. Mobilizar a população para garantir a aprovação da EC 29 que trata do financiamento da saúde;	Prioridade 2 - Médio prazo Mobilizar a população para garantir a aprovação da EC 29 que trata do financiamento da saúde;
5. Criar, implementar e qualificar conselhos gestores nas unidades de saúde municipais;	Prioridade: 2 - Médio prazo Criar, implementar e qualificar conselhos gestores nas unidades de saúde municipais;
6. Criação do Conselho Local de Saúde da Região Centro de Santa Maria;	Prioridade: 2 - Médio prazo Incentivar e subsidiar, junto ao Conselho Municipal de Saúde, a criação de conselhos locais de saúde em todas as regiões do município.
7. Co-responsabilizar os usuários no cuidado à saúde, principalmente no que se refere à participação nos programas básicos de saúde;	Prioridade 1 - Curto prazo Estabelecer campanhas de conscientização sobre direitos e deveres do usuário. Implementar, esclarecer e divulgar a “Carta dos Direitos do Usuários da Saúde”.

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 e criar um instrumento que permita avaliar qualitativa e quantitativamente as ações e serviços de saúde do Município, bem como o trabalho desenvolvido pelos profissionais da rede.

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, o PACTO 2006, o plano de monitoramento do Projeto de Expansão da Estratégia de Saúde da Família (PROESF), além de indicadores complementares, discutidos pelo grupo que formulou o Plano Plurianual. 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 : Numero 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 : N° de vacinados/cobertura vacinal de rotina por Hib em menores de 1 ano
 Indicador 6 : N° de vacinados/cobertura vacinal de rotina por tríplice viral em crianças de 1 ano
 Indicador 7 : N° de vacinados/cobertura vacinal em campanha contra a Poliomielite (2 etapas)
 Indicador 8 : N° de vacinados/cobertura vacinal em campanha contra a Influenza em maiores de 60 anos
 Indicador 9 : N° de mulheres em idade fértil, vacinadas contra tétano
 Indicador 10: Percentual de investigação de eventos adversos graves pós-vacinação
 Indicador 11 : N° 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 : N° 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: N° de focos de *Aedes aegypti* notificados
 Indicador 7 : N° de inspeções de imóveis para a identificação/eliminação de focos e/ou criadouros *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, conforme orientação do Manual de Técnicas
 Indicador 8 : N° de tratamentos de imóveis com focos de *Aedes aegypti*
 Indicador 9 : N° de pesquisas de triatomíneos classificados/examinados
 Indicador 10 : Coeficiente de incidência de leptospirose
 Indicador 12 : N° 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 Diabete 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 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 18: Fiscalizar os estabelecimentos de produtos relacionados à saúde

- Indicador: Percentual de estabelecimentos fiscalizados

Objetivo 19: 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 20: Ampliar o acesso à rede pública de ações e serviços de saúde

- Indicador 1: N° 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 21: 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 22: 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 23: Cadastrar os Usuários do SUS para a emissão do Cartão Nacional de Saúde

- Indicador : Taxa de cadastramento dos usuários do SUS

Objetivo 24: Recadastrar os estabelecimentos de Saúde

- Indicador : Taxa de estabelecimentos cadastrados

Objetivo 25: 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 26: Formar profissionais de saúde em nível de especialização

- Indicador 1: N° de profissionais especializados em Saúde Pública
 Indicador 2: N° de profissionais especializados em Epidemiologia
 Indicador 3: N° de profissionais especializados em Gestão em Saúde ênfase em Sistemas e Serviços

Objetivo 27: Formar profissionais em nível de Residência Integrada (RIS)

- Indicador 1: Implantação de Curso de Residência Integrada em Saúde
 Indicador 2: N° de profissionais formados em RIS

Objetivo 28: Formar profissionais em nível de aperfeiçoamento

- Indicador 1: N° de profissionais aperfeiçoados em Vigilância à Saúde do Trabalhador



- Indicador 2: N° de profissionais das equipes de Saúde Bucal aperfeiçoados
Indicador 3: N° de profissionais aperfeiçoados em Saúde Mental Coletiva
Indicador 4: N° de profissionais aperfeiçoados em Gestão do SUS/EAD

Objetivo 29: Formar profissionais de Saúde em nível complementar

- Indicador 1: N° de profissionais capacitados/atualizados em Saúde da Mulher
Indicador 2: N° de profissionais capacitados/atualizados em Atenção Básica em Saúde da Família
Indicador 3: N° de profissionais capacitados/atualizados em Vigilância Sanitária
Indicador 4: N° de profissionais capacitados/atualizados em Urgência/emergência
Indicador 5: N° de profissionais capacitados/atualizados em Saúde do Trabalhador
Indicador 6: N° de profissionais capacitados/atualizados em Gestão em Saúde
Indicador 7: N° de profissionais capacitados/atualizados em Saúde Bucal
Indicador 8: N° de profissionais capacitados/atualizados em Redução de Danos

Objetivo 30: 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

Objetivo 31: Reduzir a Morbi-Mortalidade em Saúde Mental

- Indicador 1: Número de óbitos por suicídios; (SIM);
Indicador 2: Número de internação por abuso de bebida alcoólica (SIAB);

Objetivo 32: Avaliar a Assistência em Saúde Mental

- Indicador 1: Quantidade de medicamentos dispensados;
Indicador 2: Número de oficinas terapêuticas;
Indicador 3: Tempo médio de espera para atendimento;
Indicador 4: Número de altas dos CAPS/mês;
Indicador 5: Número de leitos SUS disponíveis em Santa Maria para Saúde Mental em Hospital Geral;
Indicador 6: Número de profissionais que realizam matriciamento em Saúde Mental;
Indicador 7: Número de Serviços de Residencial Terapêutico;
Indicador 8: Número de CAPS por habitante.