

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018 - 2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE

**SANTA
MARIA**



A CIDADE CUIDANDO DAS PESSOAS.

PREFEITO MUNICIPAL
Jorge Cladistone Pozzobom

NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Benildes Maria Mazzorani

SECRETÁRIO DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
Liliane de Mello Duarte

SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE
Eliane Scortegagna Socal

SUPERINTENDENTE DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Vanessa Martins

SUPERINTENDENTE DA ATENÇÃO BÁSICA
Maria Suzana dos Santos Lopes

SUPERINTENDENTE ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO
Heverton Pedrozo Prates

SUPERINTENDENTE DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Alexandre Streb

Versão final
Julho/2018

EXECUTORES:**Ana Paula Seerig**

Nutricionista, RT Política de Alimentação e Nutrição e integrante da Assessoria de Gestão, Projetos e Planejamento

Adriana de Castro Rodrigues Krum

Enfermeira, Vigilância em Saúde

Carlos Flávio B. da Silva

Médico Veterinário, Vigilância Ambiental

Márcia Dias Vianna

Enfermeira da Atenção Básica

Maria Suzana dos Santos Lopes

Médica, Superintendente da Atenção Primária

Maria das Graças Serafini

Agente Administrativo da Assessoria de Gestão, Projetos e Planejamento

COLABORADORES:

Adriana de Castro Rodrigues Krum

Alana Favaretto

Alexandre M. Streb

Ana Lúcia Dolto

Ana Lúcia Lang Motta

Ana Maria Chagas

Ana Paula Seerig

Andréa S. Lenz

Andrieli Berger da Rosa

Benildes Mazzoani

Carla da Rocha Sartori Sendtko

Carlos Flávio B. da Silva

Claudia M. Dias

Cláudia P. M. Melo

Cleci Maria Cardoso

Cledison Marcio Difante

Christian Lacorte

Cristiana Schuch

Daniela Hoffmann

Daniela Kinalski

Daniela Pires Santos

Denise Miranda Conterato

Denise Carvalho Dorneles
Douglas B. Erthal
Elaine Christo
Eliane Scortegagna Socal
Estefania Riehs
Fabiane Debastiani
Fábio Mello
Flávia E. R. Gepiale
Heloisa N. Lorentz
Heloisa Smaniotto
Heverton Prates
Ieda Lopes
Ingridt Kipper Amaraim
Jucelaine A. Birrer
Juliana Calomé
Jorge Cladistone Pozzobom
Karla Maldonado
Kátia Regina da Costa Lazzarin
Leandro Gonçalves
Louise B. Quatrin
Luciana Molino da Rocha
Luciane Silva ramos
Márcia Dias Vianna
Marcio Konzen
Marcos Antônio de Oliveira Lobato
Maria das Graças Nascimento Serafini
Maria Suzana dos Santos Lopes
Mariana Cunha Fontana
Marlice C. Druca
Marta Elisa Azevedo Rodrigues
Mônica Rosa Zeni
Pâmela Kurtz Cezar
Patricia Bueno
Patrícia Campagnol
Paula Fernanda Jardim
Ramiro Guimarães
Reimar Baptistella do Nascimento
Ricardo de Souza Heinzelmann
Rivaldo Faria
Salete Zago de Barros
Salete Scaramussa
Sandra Hertz
Sharon da Silva Martins
Tatiana Abelin Batistela
Thiago Alves
Vanessa P. Martins
Vera L. Vasconcellos Da Cas
Vergínia B. Marconatto

SUMÁRIO

1. Análise Situacional -----	12
1.1. Descrição do Município -----	12
1.1.1. Aspectos Históricos -----	12
1.1.2. Aspectos Geográficos -----	14
1.2. Necessidades de saúde da População -----	15
1.2.1. Perfil Demográfico -----	15
1.2.2. Determinantes e Condicionantes -----	18
1.2.2.1. Economia -----	18
1.2.2.2. Água -----	19
1.2.2.3. Esgotamento Sanitário -----	19
1.2.2.4. Resíduos Sólidos -----	20
1.2.2.5. Mobilidade Urbana -----	21
1.2.2.6. Renda -----	22
1.2.3. Perfil Epidemiológico -----	23
1.2.3.1. Nascimento -----	23
1.2.3.2. Morbidade -----	27
1.2.3.3. Mortalidade -----	31
1.3. Capacidade Instalada x Oferta e cobertura de Ações e Serviços -----	37
1.3.1. Serviços de Saúde -----	37
1.3.2. Rede de Atenção à Saúde -----	40
1.3.2.1. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) -----	41
1.3.2.2. Rede Cegonha -----	43
1.3.2.3. Rede de Atenção a Pessoa Portadora de Deficiência -----	49
1.3.2.4. Rede de Atenção à Saúde de Doenças e Agravos não-transmissíveis (DANTs) -----	4
1.3.2.5. Rede de Urgência e Emergência (RUE) -----	52
1.4. Gestão em Saúde -----	55
1.4.1. Dados de produção -----	55
1.4.2. Estrutura organizacional e Recursos Humanos -----	57
1.4.3. Financiamento do SUS -----	60
1.4.4. Participação Social -----	62
1.4.5. Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) -----	63
1.4.6. Planificação da Atenção Primária à Saúde-----	67
1.4.7. Territorialização da Atenção Primária à Saúde-----	69
1.5. Superintendência de Vigilância em Saúde -----	73
1.5.1. Vigilância Sanitária -----	73

1.5.2. Vigilância Epidemiológica/Imunizações -----	74
1.5.3. Vigilância Ambiental -----	76
1.5.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador -----	78
2. Eixos, Diretrizes, Metas e Indicadores-----	80
2.1. Eixo Norteador I – Redes de Atenção à Saúde -----	80
2.2. Eixo Norteador II – Gestão em Saúde -----	88
2.3. Eixo Norteador III – Educação em Saúde -----	91
2.4. Eixo Norteador IV – Transversalidade da Vigilância em Saúde -----	93
2.5. Eixo Norteador V – Controle Social -----	96
3. Monitoramento e Avaliação -----	98
4. Anexo -----	99

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Representação da Primeira Igreja de Santa Maria

Figura 2 - Planta de Santa Maria/RS – 1861, elaborada por Otto Brinckmann.

Figura 3 - Mapa da Evolução Urbana em Santa Maria/RS – 1835 (em vermelho) sob malha atual do município (2014)

Figura 4 - Aspectos geográficos e demográficos do município de Santa Maria/RS.

Figura 5 - Localização do município de Santa Maria no estado do Rio Grande do Sul.

Figura 6 - Total de nascidos por região administrativa perímetro urbano – 2016.

Figura 7 - Total de nascidos vivos por distrito/rural – 2016.

Figura 8 - Total e óbitos por região administrativa urbana – 2016.

Figura 9 - Total de óbitos por distrito – 2016.

Figura 10 - Causas de óbitos/capítulo CID 10 por bairros de Santa Maria – 2016.

Figura 11- Rede de Serviços Públicos Municipais.

Figura 12 - Fluxo para encaminhamento ao AGAR – HUSM.

Figura 13 – Plano de cuidados de gestante de alto risco.

Figura 14 - Organograma SMS

Figura 15 - Início dos trabalhos de territorialização.

Figura 16 - Proposta de Territorialização da APS no Município.

Figura 17 - Índice de privação social (IPS) da área urbana de Santa Maria, Rio Grande do Sul com dados do Censo Demográfico do IBGE de 2010.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de pessoas que viviam no município de Santa Maria em 2010 quanto ao sexo.

Gráfico 2 - Distribuição da população por distrito.

Gráfico 3 - Estrutura da população por idade.

Gráfico 4 - Distribuição da população referente a meio urbano e rural.

Gráfico 5 - Distribuição da população por idade e sexo.

Gráfico 6 - Série histórica do nascimento do município de Santa Maria, período 2011 a 2016

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população por distrito.

Tabela 2 - Informações sobre esgotamento sanitário em Santa Maria/ Camobi.

Tabela 3 - Rendimentos.

Tabela 4 - Total de nascidos por região administrativa perímetro urbano – 2016.

Tabela 5 - Total de nascidos vivos por distrito/rural – 2016.

Tabela 6 - Nº de nascidos Vivos, Proporção de Baixo Peso ao nascer e taxa de prematuridade, SM/RS.

Tabela 7 - Número de nascidos vivos relacionados com número de consultas e pré natal.

Tabela 8 - Proporção de parto vaginal e parto cesáreo.

Tabela 9 - Proporção de parto vaginal e parto cesáreo entre adolescentes de 10 a 19 anos.

Tabela 10 - Proporção de notificação do município de Santa Maria/RS de agravos ou doenças de notificação compulsória.

Tabela 11 - Taxa de internações da população residente em Santa Maria – RS por Capítulo da CID, 2011 a 2016.

Tabela 12 - Taxa de internações da população residente em Santa Maria – RS por faixa etária, 2011 a 2016.

Tabela 13 - Internações referentes a procedimentos clínicos as referências hospitalares com maior encaminhamento em Santa Maria

Tabela 14 - Internações referentes a procedimentos cirúrgicos às referências hospitalares com maior encaminhamento em Santa Maria.

Tabela 15 - Óbitos por capítulo da CID – 10, Santa Maria, 2011 a 2015.

Tabela 16 - Mortalidade proporcional por faixa etária e capítulo da CID 10. Santa Maria, 2015.

Tabela 17 - Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais Doenças Crônicas Não transmissíveis – DCNT, no período de 2011 à 2015.

Tabela 18 - Total e óbitos por região administrativa urbana – 2016.

Tabela 19 - Total de óbitos por distrito – 2016.

Tabela 20 - Proporção de população e serviços de saúde por região administrativa.

Tabela 21 - Relatório de Estabelecimentos de Saúde do Município de Santa Maria - RS

Tabela 22 - Rede de Atenção Psicossocial do Município de Santa Maria/RS.

Tabela 23 - Indicador 23 SISPACTO.

Tabela 24 - Número de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, por doenças crônicas não transmissíveis, conforme sexo referente ao 1ª quadrimestre de 2017.

Tabela 25 - número de notificações no município de Santa Maria – 2016

Tabela 26 - Recursos humanos SAMU SM/RS -2016.

Tabela 27 - Número de atendimentos e descrição de frota SAMU SM/RS – 2016.

Tabela 28 - Recursos humanos UPA 24hs e número de atendimentos SM/RS -2016.

Tabela 29 - Recursos humanos PAM e número de atendimentos SM/RS -2016.

Tabela 30 - Recursos humanos PAM e número de atendimentos SM/RS -2016.

Tabela 31 - relatório de produção da assistência.

Tabela 32 - número e cargos de trabalhadores da SMS.

Tabela 33 - Motivo da vacância de cargos.

Tabela 34 - Série histórica da Execução de Receita e Despesa 2012-2016.

Tabela 35 – VER TÍTULO

Tabela 36 - Programas de residências no município UFN.

Tabela 37 - Número de residentes por programa 2013 – 2016

Tabela 38 - Programas de residências no município UFSM.

Tabela 39 - Número de residentes por programa 2012 – 2016.

Tabela 40 - Estágios e aulas práticas

INTRODUÇÃO

A Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria – RS apresenta o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, que além de ser requisito legal, traduz as propostas da atual gestão e expressa as diretrizes, objetivos, metas e indicadores para o período de quatro anos, pois o planejamento efetivo permite qualificar o desempenho das ações em saúde. Garantir o atendimento integral das necessidades de saúde é cumprir um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988, buscando o cuidado integral em saúde.

A construção do Plano contou com a participação dos trabalhadores dos serviços de saúde, além de representantes do Conselho Municipal de Saúde e de Instituições de Ensino Superior, e teve como norteador a Portaria Ministerial nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.

Nos dias 18 e 25 de setembro de 2017 foram realizadas oficinas com a participação de 56 pessoas, representantes de gestores, trabalhadores da saúde, controle social e Instituições de Ensino Superior para discussão e elaboração de propostas. A comissão de elaboração do Plano avaliou todas as propostas apresentadas, sendo que algumas foram incluídas no presente documento e outras foram encaminhadas para as áreas técnicas para providências por se tratarem de fluxos de trabalho.

O capítulo um apresenta a Análise Situacional orientada pelos seguintes temas: descrição do Município (aspectos históricos e geográficos); necessidades de saúde da população, com dados do Perfil Epidemiológico e Demográfico, Determinantes e Condicionantes; Capacidade instalada e oferta de serviços, apresentando as Redes de Atenção à Saúde; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde. A partir dessa análise situacional foram definidos cinco eixos prioritários que serão acompanhados continuamente pelos Relatórios de Gestão: Redes de Atenção à Saúde; Gestão em Saúde; Educação em Saúde; Transversalidade da Vigilância em Saúde e Controle Social.

O capítulo dois contém os Eixos, Diretrizes, Metas e Indicadores de monitoramento, propostos a partir das necessidades evidenciadas na Análise Situacional em cada um dos cinco eixos definidos. Através da Programação Anual da Saúde (PAS), cada meta será criteriosamente traduzida em ações concretas que permitirão o aprimoramento dos serviços de saúde e sua constante avaliação. Por fim, o terceiro capítulo dispõe sobre o método de monitoramento e avaliação das ações propostas.

Sendo assim, o Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021 traduz as aspirações do controle social na medida em que considera as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde, Conferência da Mulher e Conferência da Vigilância em Saúde, bem como o compromisso do Governo Municipal com a saúde da população em conformidade com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1. DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

1.1.1. Aspectos Históricos de Santa Maria

O Município de Santa Maria surgiu a partir do acampamento que foi construído em 1787 para abrigar as tropas portuguesas da 2ª Subdivisão Demarcadora de Limites, que tinha o comando do 2º Coronel Francisco Roscio e como astrônomo responsável Joaquim Félix da Fonseca.

A tropa era mista, contendo componentes espanhóis e portugueses que se formaram para a marcação do tratado de Santo Idelfonso (que começou a ser demarcado em 1784). Porém, divergências após passarem em Santa Maria dissolveram o grupo, fazendo a tropa portuguesa se dirigir de Santo Ângelo até o Arroio dos Ferreiros.

Joaquim Fonseca (que em algumas obras é citado com o sobrenome Manso), natural de Lisboa (Portugal), foi quem fundou o município, nas terras do Padre José Ambrósio de Freitas, permanecendo com a equipe de demarcação até 1801. A partir das cerca de duzentas pessoas que estavam na caravana, mais a população que veio de localidades vizinhas, somando aproximadamente quatrocentos habitantes, Santa Maria foi se erguendo com os ranchos, o oratório (Capela de Santa Maria) e as primeiras ruas: São Paulo (atual Acampamento) e Pacífica (atual Dr. Bozano).

A partir da chegada de rebanhos espanhóis com 7.700 animais de várias espécies em 1801, a atividade agropastoril passou a ser importante para a consolidação do vilarejo. Indígenas também ocuparam o acampamento em busca de melhores condições de vida. Estes indígenas, que já possuíam uma cultura miscigenada, também construíram seu oratório, a Igreja da Aldeia.

Figura 1- Representação da Primeira Igreja de Santa Maria.



Fonte: Arquivo Municipal de Santa Maria

Com a partida da 2ª Subdivisão, a população construiu um novo oratório no mesmo local da primeira Capela, sendo a filial do município de Cachoeira do Sul. Neste momento, o povoado já havia se ampliado, com novas ruas e moradias de melhor qualidade.

Em 1824, com a chegada dos imigrantes alemães, surgiram as primeiras lojas comerciais, juntamente com demais imigrantes de outras etnias, como polonesa, italiana e portuguesa, que vieram contribuir para o desenvolvimento. Soldados alemães também passaram pela região com o 28º Batalhão de Estrangeiros, que tinha por objetivo proteger a fronteira com o Rio da Prata, na Guerra Cisplatina, sendo que, com o fim da guerra, fixaram moradia no município.

O distrito foi criado com a denominação de Santa Maria da Boca do Monte, pela Lei Provincial n.º 6, de 17/11/1837. Elevou-se à categoria de vila com a denominação de Santa Maria da Boca do Monte, pela Lei Provincial n.º 400, de 16/12/1857 (IBGE, 2014).

A emancipação político-administrativa aconteceu com a consolidação de um comércio forte, abertura de novas ruas e surgimento de praças, em 1858, sendo criado o novo município em 17 de maio do mesmo ano, com a criação da Câmara de Vereadores.

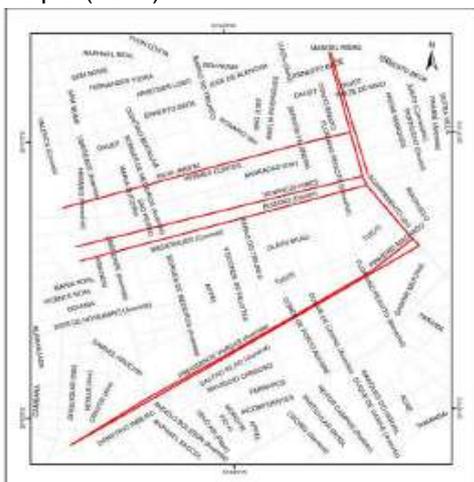
Porém, foi reconhecido apenas pela Lei Provincial n.º 1.013, de 06/04/1876.

Figura 2. Planta de Santa Maria/RS – 1861, elaborada por Otto Brinckmann.



Fonte: Belém (1989).

Figura 3 - Mapa da Evolução Urbana em Santa Maria/RS – 1835 (em vermelho) sob malha atual do município (2014)



Fonte: Instituto de Planejamento (2014).

1.1.2. Aspectos Geográficos

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

- Norte: Municípios de São Martinho da Serra, Itaara, Júlio de Castilhos e Silveira Martins;
- Leste: Municípios de Restinga Seca e Formigueiro;
- Sul: Municípios de São Gabriel, Formigueiro e São Sepé;
- Oeste: Municípios de Dilermando de Aguiar e São Pedro do Sul.

Área geográfica total: 1.774,83 km²

Área urbana: 121 Km² – Sede do município

Área rural: 1.653 Km²

Distritos (IBGE, 2010):

- São Valentim: 180,31km² - 565 hab
- Pains: 133,42 Km² - 4.146 hab
- Arroio Grande: 130,71 Km² - 2.702 hab
- Arroio do Só: 159,3 Km² - 944 hab
- Passo do Verde: 133,4 Km² - 531 hab
- Boca do Monte: 260,51 Km² - 2.941 hab
- Palma: 111,92 Km² - 856 hab
- Santa Flora: 508,54 Km² - 1.074 hab
- Santo Antão: 51,7 Km²- 807 hab

Figura 4 – Aspectos geográficos e demográficos do município de Santa Maria/RS.



Fonte: Instituto do Planejamento de Santa Maria - RS/ IPLAN -2014

Figura 5 – Localização do município de Santa Maria no estado do Rio Grande do Sul.



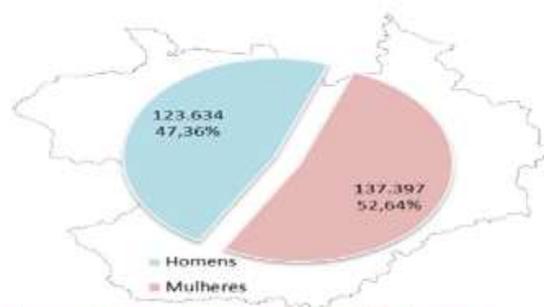
Fonte: Instituto do Planejamento de Santa Maria - RS/ IPLAN -2014

1.2 NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

1.2.1. Perfil Demográfico

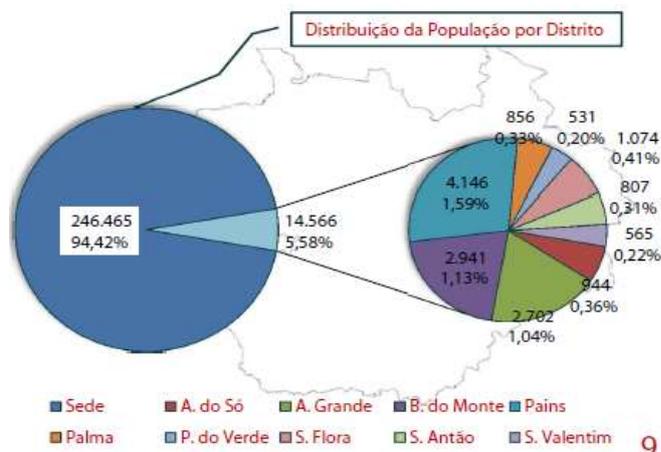
Como consequência do processo de industrialização e modernização da agricultura no Brasil, a partir da década de 1960, a população brasileira deixou de ser predominantemente rural no período 1960-1970. Hoje, Santa Maria possui 95,14% de seus habitantes na área urbana e 4,86% na área rural. Estes 5,58% equivalem a 14.566 habitantes. Sendo o distrito de Pains, o que possui mais moradores, 4.146, quando comparado aos demais distritos. No Brasil, a população rural, segundo IBGE, é de 15,64%, segundo censo de 2010.

Gráfico 1 – Percentual de pessoas que vivem no município de Santa Maria em 2010 quanto ao sexo.



Percentual de pessoas que vivem no município de Santa Maria em 2010 quanto ao sexo.
Fonte: Adaptado Censo 2010 (IBGE, 2014)

Fonte: Adaptado do Censo 2010 (IBGE, 2014).

Gráfico 2 - Distribuição da população por distrito.

Fonte: Adaptado do Censo 2010 (IBGE, 2014).

Tabela 1 – Distribuição da população por distrito.

Número Distrito	Nome Distrito	Habitantes (2010)	Área (km ²) Leis Complementares n° 042 e 043/2006
1	Sede	246.465	126,79
2	São Valentim	565	180,31
3	Pains	4.146	133,42
4	Arroio Grande	2.702	130,71
5	Arroio do Só	944	159,3
6	Passo do Verde	531	133,4
7	Boca do Monte	2.941	260,51
8	Palma	856	111,92
9	Santa Flora	1.074	508,54
10	Santo Antão	807	51,7

Fonte: Adaptado do Censo 2010 (IBGE, 2014).

De acordo com o censo de 2010, Santa Maria possui 52,64%, ou 137.397 mulheres, sendo 13.763 pessoas do sexo feminino a mais em nosso município.

O Brasil passou a ter quase 4 milhões de mulheres a mais do que homens em dez anos, segundo dados do Censo Demográfico 2010, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A relação entre os gêneros, segundo o estudo, é de 96 homens para cada 100 mulheres.

A cada censo isso vai ficando evidente, e é em função da mortalidade, pois apesar de nascerem mais homens, a mortalidade é superior a das mulheres ao longo da vida, no final, tem-se um contingente maior de mulheres. Nasceram 105 homens a cada 100 mulheres, mas como eles estão mais vulneráveis a situações de violência, por exemplo, o número de mortes é maior. Além disso, as mulheres tendem a manter um cuidado maior com sua saúde, realizando exames e consultas com maior frequência.

Gráfico 3 – Estrutura da população por idade.

Fonte: Fundação de Economia e Estatística (FEE).

O gráfico acima mostra a estrutura da população por idades, onde as barras demonstram a proporção (%) desta população. Na sua metade esquerda, observa-se a população feminina e, à direita, a população masculina.

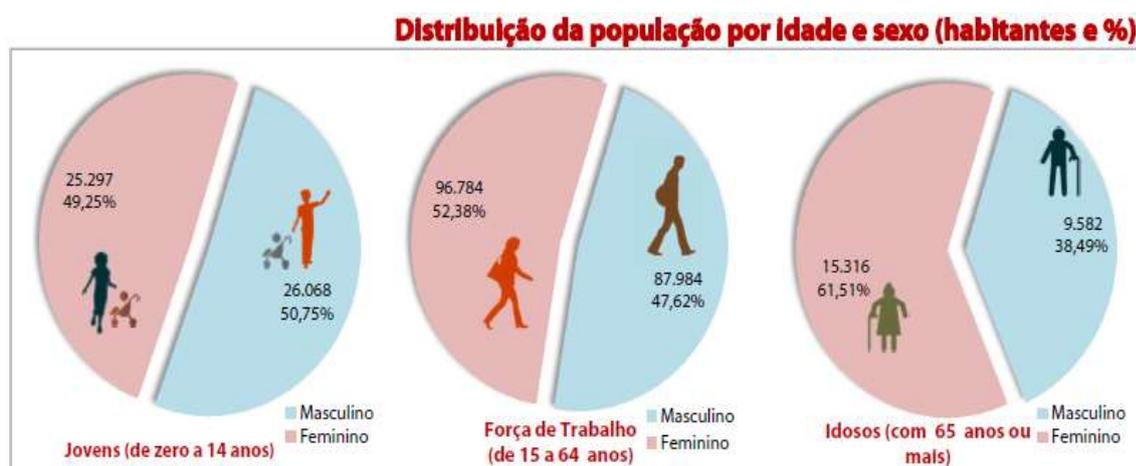
Santa Maria é habitada em sua maioria por jovens de 15 a 29 anos, conforme a análise visual de sua estrutura etária. A partir dos percentuais observados, o afunilamento do ápice corresponde ao número de idosos, que, nos últimos 10 anos, apresentaram aumento considerável, bem como no número de mulheres (a partir dos 65 anos), com relação à população masculina na mesma faixa de idade.

No Brasil, as mulheres são maioria da população e passaram a viver mais, têm tido menos filhos, ocupam cada vez mais espaço no mercado de trabalho e, atualmente, são responsáveis pelo sustento de 37,3% das famílias.

Conforme o IBGE, a expectativa de vida também aumentou. Enquanto em 1980 a mulher vivia, em média, até 65 anos, em 2010 a estimativa subiu para 77 anos de idade.

Gráfico 4 – Distribuição da população referente a meio urbano e rural.

Fonte: Adaptado do Censo 2010 (IBGE, 2014).

Gráfico 5 – Distribuição da população por idade e sexo.

Fonte: Adaptado do Censo 2010 (IBGE, 2014).

O gráfico acima apresenta a distribuição da população em Santa Maria, por sexo, segundo os grupos de idade/sexo. O número de jovens do sexo masculino é maior em 1,5 % até os 14 anos. Após essa idade, há um crescimento no número de mulheres, no período dos 15 aos 64 anos, com uma diferença de 4,76% a mais em relação ao número de homens. Esta diferença continua aumentando, com o passar dos anos, sendo de 23,02% na faixa etária dos 65 anos ou mais.

Dados da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, divulgada pelo IBGE em 2013, indicam que viviam no Brasil 103,5 milhões de mulheres, o equivalente a 51,4% da população.

1.2.2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES

1.2.2.1. Economia

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), a Universidade Franciscana (UFN), 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).

1.2.2.2. Água

Em conformidade com o COREDE Central (Conselho Regional de Desenvolvimento), o principal problema ligado à água na Região não diz respeito tanto à sua qualidade, mas sim à sua disponibilidade. A escassez hídrica é uma realidade em função da sua formação geológico-geomorfológica e da ocorrência de repetidos períodos de estiagens e secas nos últimos anos.

No que se refere à oferta e disponibilidade de água potável, segundo dados do IBGE de 2010, 91,44% estão contempladas pelo sistema público de abastecimento, um índice satisfatório. A água de Santa Maria é mensalmente avaliada por meio do VIGIÁGUA (Programa da Qualidade da Água), desenvolvido pela Vigilância Ambiental em Saúde do município, onde são verificados os índices de potabilidade da Água, de acordo com a Portaria GM Nº 2.914, de 12/12/11.

Quando observado o percentual de domicílios/economias, que possuem banheiro sanitário, ou possuem um sistema alternativo de tratamento de esgoto sanitário, como fossas sépticas, o percentual atinge 84,26%.

1.2.2.3. Esgotamento Sanitário

O Sistema de Esgotamento Sanitário (SES) é composto pelas infraestruturas, instalações e atividades de coleta, transporte, tratamento e disposição final dos esgotos sanitários, desde as ligações prediais até seu lançamento no meio ambiente.

O sistema de coleta, tratamento e disposição final do esgoto sanitário em Santa Maria é operado pela Companhia Riograndense de Saneamento – CORSAN – através de Contrato de Concessão de Serviços firmado com a Prefeitura Municipal de Santa Maria no ano de 1996, com prazo de vigência de vinte anos. Na tabela abaixo temos um resumo das informações sobre esgotamento sanitário em Santa Maria fornecidas pela CORSAN, referentes ao ano de 2012. A Prefeitura e a CORSAN trabalham na renovação deste contrato.

Tabela 2 – Informações sobre esgotamento sanitário em Santa Maria/ Camobi.

Conceito	Santa Maria	Camobi	Total
Ligações domiciliares	21.607	520	22.127
Economias atendidas	51.035	663	51.698
Extensão da rede de esgoto (m)	236.595	--	236.595
População atendida (habitantes)	123.140	--	123.140
Taxa de atendimento (%)	49,32	--	49,32
Vazão média da ETE (l/s)	260	--	260

Fonte: Corsan, 2012.

Estação de Tratamento de Esgotos (ETE): Foi projetada em 1972, é do tipo Lodo Ativado com aeração prolongada e trata em média 260 L/s de esgotos sanitários. A ETE opera desde novembro de 1986 e atualmente atende às condições da Licença de Operação LO Nº 5756/2011-DL, de outubro de 2011. Segundo informações da CORSAN, o volume médio tratado nos últimos 12 meses pela ETE foi de 641.612 m³/mês.

De acordo com a CORSAN, se encontrava em fase de projeto a ampliação da rede coletora de esgotos da cidade para todo o Bairro Camobi e Pé de Plátano com nova ETE (Estação de Tratamento de Esgotos) e mais 5 novas Estações de Bombeamento (EBEs); além da previsão de ampliação da rede de esgotos no Bairro Nossa Senhora de Lourdes com mais 4 EBEs. Com o término das obras de esgotos do PAC e a implantação de esgotos em Camobi, Pé de Plátano e Bairro N. Sra. de Lourdes o Sistema de esgotos de Santa Maria chegará a 70% da cidade.

Existe uma ETE (Estação de Tratamento de Esgotos) localizada na Vila Lorenzi onde a maior parte do esgoto é tratado, e vários minis ETE espalhadas pela cidade com tratamento do tipo fossa séptica e filtro anaeróbio conforme NBR 7229/1993.

1.2.2.4. Resíduos Sólidos

O Município de Santa Maria, até o momento, não possui uma Política Municipal de Resíduos Sólidos, tal qual preconiza a Lei Federal Nº 12.305/10, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), que contém instrumentos importantes para permitir o avanço necessário ao País no enfrentamento dos principais problemas ambientais, sociais e econômicos decorrentes do manejo inadequado dos resíduos sólidos, conforme registrado na página do Ministério do Meio Ambiente (MMA).

A PNRS, de acordo com o MMA, prevê a prevenção e a redução na geração de resíduos, tendo como proposta a prática de hábitos de consumo sustentável e um conjunto de instrumentos para propiciar o aumento da reciclagem e da reutilização dos resíduos sólidos (aquilo que tem valor econômico e pode ser reciclado ou reaproveitado) e a destinação ambientalmente adequada dos rejeitos (aquilo que não pode ser reciclado ou reutilizado).

Em Santa Maria, de acordo com a Secretaria de Município de Meio Ambiente, são coletados em torno de 180 (cento e oitenta) toneladas de resíduos domiciliares/dia e, destes, são processados pelas Associações de Recicladores em torno de 2,3% (dois vírgula três por cento)/dia.

Segundo informações preliminares da Secretaria de Município de Desenvolvimento Social (SMDS), no último censo, estão descritas como recicladores um total de 960 (novecentos e sessenta) pessoas.

Com base nisto, estão sendo realizados estudos no sentido de viabilizar a construção de um Centro de Triagem e Compostagem, com vistas a proporcionar a inclusão ao maior número de recicladores, condições dignas de trabalho em um ambiente, organizado e planejado, evitando a exposição às intempéries e os riscos de acidente de trânsito, seja pelo uso de Veículos de Tração Animal ou Humana. A busca pela eliminação do trabalho infantil, bem como dos riscos de acidentes de trabalho, constituem importantes estratégias na defesa da qualidade de vida deste extrato populacional.

1.2.2.5. Mobilidade Urbana

O Instituto do Planejamento de Santa Maria (IPLAN) disponibiliza, em sua página na web, uma síntese do Plano Diretor de Mobilidade Urbana (PDMU), sendo este um amplo projeto que visa transformar e melhorar o fluxo de pessoas e transporte nas vias urbanas de Santa Maria, de forma sustentável.

Linhas estratégicas básicas:

- Converter o pedestre no principal protagonista da mobilidade na cidade;
- Fomentar a utilização do transporte público;
- Empreender atuações que ajudem a melhorar a circulação de veículos na cidade;
- Favorecer outros meios de transporte alternativos: bicicleta;
- Organizar o espaço para o estacionamento em superfície, desestimulando uso indiscriminado do automóvel privado;
- Fazer da dissuasão e da prevenção a base da disciplina circulatória na cidade;
- Conseguir uma distribuição de mercancias ágil e uma carga e descarga ordenada;
- Melhorar a segurança viária;
- Conseguir uma mobilidade mais respeitosa com o meio ambiente;
- Fazer da formação e da informação as chaves para um melhor futuro.

Linhas estratégicas básicas específicas:

Pedestres

1. Melhorar as condições dos pedestres de forma geral na cidade, e de forma prioritária nas vias dos bairros da cidade em que há maior presença de pedestres e ao redor dos grandes centros atratores (zonas comerciais, hospitais, escolas...).

Bicicletas

2. Promover este meio de transporte para os deslocamentos da proximidade (3-5

km) e naqueles em que as condições topográficas da cidade o permitam, estabelecendo espaços para a circulação e para o estacionamento (bicicletários e paraciclos).

Transporte Público

3. Reordenar e simplificar a rede de transporte público para fazê-la mais racional e entendível para os usuários;
4. Esta nova ordenação deve ir acompanhada de melhorias na informação, operação e melhorias infraestruturais;
5. Detectar corredores de transporte público com maior demanda e analisar a viabilidade de sistemas de capacidade média.

Transporte Privado

6. Melhorar a fluidez do tráfego e as condições de segurança nos pontos conflitivos;
7. Racionalizar o uso do veículo privado e ordenar os espaços dedicados a este modal em algumas zonas da cidade;
8. Propor um novo esquema circulatório na cidade que priorize os sentidos únicos. Desta forma se minimizam os pontos de conflito, melhora-se a capacidade das vias, especialmente nos cruzamentos. Esta solução também permite ganhar espaço para outros usuários da via pública, como o transporte público, os pedestres ou as bicicletas;
9. Reorganizar o estacionamento em determinadas áreas da cidade para conseguir uma política coerente com a mobilidade sustentável.

Existem políticas públicas, algumas alicerçadas em proposições da Organização Mundial da Saúde (OMS), que visam o trânsito saudável, onde são propostas medidas que visam reduzir o número de acidentes de trânsito, tanto em rodovias, como centros urbanos. Por isso, estão sendo desenvolvidas no município propostas de viabilização de seções viárias com a intenção de reordenar os espaços urbanos. Melhorar a qualidade da mobilidade urbana contribui para a qualidade de vida da sociedade.

1.2.2.6. Renda

Tabela 3 – Rendimentos.

<h2 style="color: red;">Rendimentos</h2>	
Pessoas com rendimentos (a partir de dez anos) %	60,26
Pessoas com rendimento até meio salário mínimo %	2,80
Pessoas com rendimento de meio a um salário mínimo %	15,41
Pessoas com rendimento de um a dois salários mínimos %	19,17
Pessoas com rendimento de dois a cinco salários mínimos %	14,29
Pessoas com rendimento de cinco a dez salários mínimos %	5,93
Pessoas com rendimento de mais de dez salários mínimos %	2,66
Pessoas sem rendimentos (a partir de dez anos) %	27,66

Fonte: Adaptado Censo 2010 (IBGE, 2014)

Para analisar a tabela acima, foram levados em conta os rendimentos o tempo de trabalho (dez anos). Sendo que no ano de 2010, o salário mínimo era de R\$ 510,00.

Observa-se que pessoas com rendimentos menor de um salário mínimo correspondem a 18,21% da população. Aquelas que declaram, sem rendimentos, correspondem a 27,66%. Se somadas, a ausência de salários com aquelas faixas de renda mais baixa que um salário mínimo, representam 45,87%.

Estas informações tem a possibilidade de servir como instrumento de orientação às políticas públicas a serem implementadas, ou de reorientação ou reformulação às políticas públicas em curso, a fim de dar respostas às novas demandas sociais e econômicas, de modo a otimizar a aplicação de recursos públicos.

1.2.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

1.2.3.1. Nascimento

O número de nascimento no Município de Santa Maria vem apresentando uma flutuação no período de 2011 a 2016. O coeficiente geral de natalidade (CGN) apresentou um decréscimo no período de 2011 a 2016, variando de 13,49% a 12,61%. Informamos que o Estado do RS apresentou, no ano de 2014, um CGM de 12,89%.

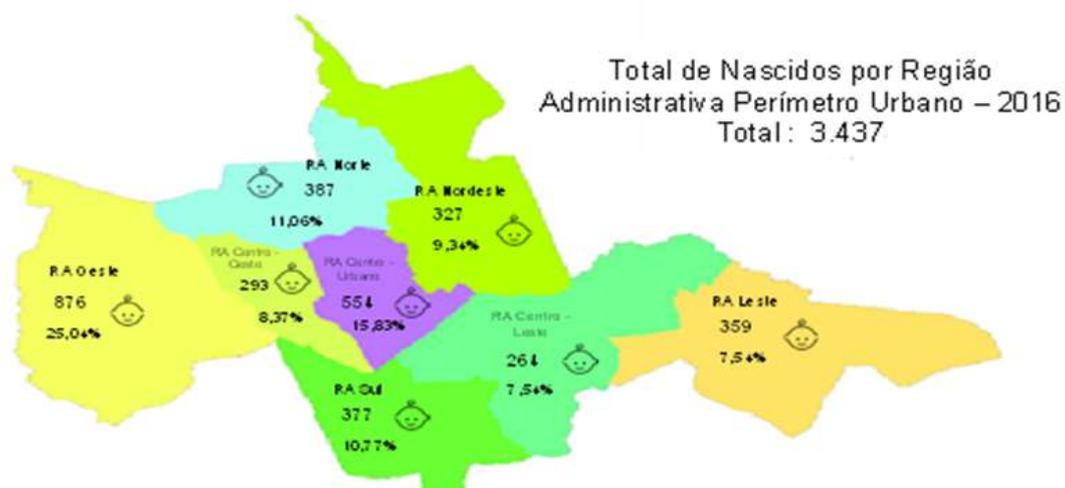
Gráfico 6 – Série histórica do nascimento do município de Santa Maria, período 2011 a 2016.



Fonte: SINASC – Municipal.

No ano de 2016, apresentamos os nascimentos por regiões administrativas, oportunizando um olhar por território.

Figura 6 – Total de nascidos por região administrativa perímetro urbano – 2016.



Fonte: SINASC – Municipal 25/08/2017.

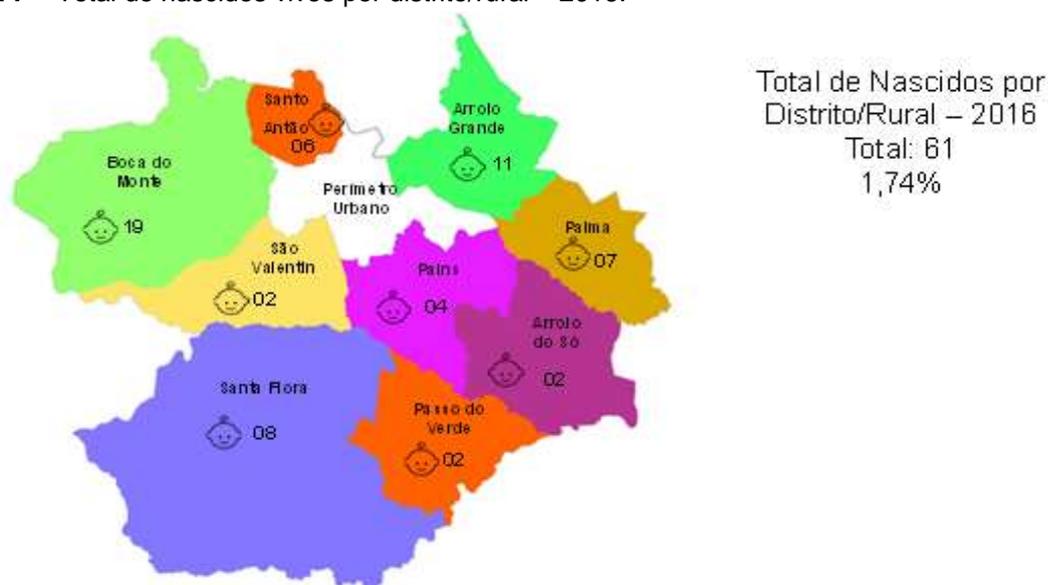
Tabela 4 - Total de nascidos por região administrativa perímetro urbano – 2016.

RA Oeste	RA Centro-Oeste	RA Norte	RA Nordeste	RA Centro Urbano	RA Leste	RA Centro Leste	RA Sul
876	293	387	327	554	359	264	377
25,04%	8,37%	11,06%	9,34%	15,83%	10,26%	7,54%	10,77%

Fonte: SINASC – Municipal 25/08/2017.

Nos nascimentos por região administrativa do perímetro urbano no ano de 2016, a Região Administrativa Oeste apresentou 25,04%, a Região Administrativa Centro Urbano 15,83%, Região Administrativa Norte 11,06%, Região Administrativa Sul 10,77%, Região Administrativa Leste 10,26%, Região Administrativa Nordeste 9,34% e Região Administrativa Centro-Oeste 8,37%.

Figura 7 – Total de nascidos vivos por distrito/rural – 2016.



Fonte: SINASC – Municipal 25/08/2017.

Tabela 5 - Total de nascidos vivos por distrito/rural – 2016.

Arroio do Só	Arroio Grande	Boca do Monte	Pains	Palma	Passo do Verde	Santa Flora	Santo Antão	São Valentim
2	11	19	4	7	2	8	6	2

Fonte: SINASC – Municipal 25/08/2017.

O número de nascimento da Região dos Distritos/Rural representa 1,74% do total.

O local de ocorrência dos partos nos anos de 2011 a 2015 concentra-se em torno de 99,66% em hospitais.

O baixo peso ao nascer é o peso inferior a 2.500 gramas e é considerado um marcador da sobrevivência infantil, pois, quanto menor o peso, maior a possibilidade da morte precoce. Também, o baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intrauterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. A série histórica de Baixo peso ao nascer (< 2.500g) e da taxa de prematuridade (nascimentos ocorridos entre 22 e 36 semanas e seis dias de gestação) são apresentadas no quadro abaixo:

Tabela 6 - Nº de nascidos Vivos, Proporção de Baixo Peso ao nascer e taxa de prematuridade, SM/RS.

Ano	Nº de nascidos vivos	Nº absoluto/proporção baixo peso ao nascer	Nº absoluto/ taxa de prematuridade
2011	3.540	SM 361 (10,19%) RS (9,5%)	SM 653 (18,31%) RS (11,6%)
2012	3.624	SM 414 (11,42%) RS (9,3%)	SM 621 (16,99%) RS (11,9%)
2013	3.441	SM 350 (10,17%) RS (9,2%)	SM 519 (15,00%) RS (11,5%)
2014	3.406	SM 357 (10,48%) RS (9,3%)	SM 506 (14,75%) RS (11,4%)
2015	3.666	SM 341 (9,3%)	SM 532 (14,46%)

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

A proporção de baixo peso ao nascer e a taxa de prematuridade no município de Santa Maria vem apresentando uma queda no período de 2011 a 2015. Em relação ao baixo peso ao nascer, os valores abaixo de 10 % são aceitáveis internacionalmente, embora a proporção encontrada em países desenvolvidos varie em torno de 6%. A taxa de mortalidade de 2015, de 14,46%, é considerada alta, pois no Brasil no ano de 2012 a taxa de prematuridade foi 12,4%, o dobro do índice de alguns países europeus.

O percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal é o indicador pactuado nacionalmente para avaliar o acesso das gestantes a assistência ao pré-natal. Santa Maria apresentou um crescimento em relação a este dado, pois o pactuado para o município é 70% das consultas. Segue a tabela abaixo.

Tabela 7 – Número de nascidos vivos relacionados com número de consultas e pré natal.

Ano do nascimento	Nenhuma	De 1 a 3 consultas	De 4 a 6 consultas	7 ou mais consultas	Ignorado	Total
2011	94	331	889	2205 (62,28%)	21	3540
2012	90	321	830	2371 (65,42%)	12	3624
2013	53	221	714	2440 (70,90%)	13	3441
2014	80	259	639	2420 (71,05%)	8	3406
2015	94	272	708	2588 (70,59%)	4	3666

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

Em relação à série história da proporção de parto vaginal e cesáreo, o município de Santa Maria – RS vem apresentando o mesmo valor e uma inversão dos dados pactuados. O objetivo do monitoramento do tipo de parto é avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais. O parâmetro, segundo a pactuação nacional para o período 2012-2015, é de 70% para partos vaginais e de acordo com os parâmetros internacionais, a necessidade de cesarianas é de 15% a 25%.

Tabela 8 – Proporção de parto vaginal e parto cesáreo.

Ano do nascimento	Vaginal	% por ano	Cesário	% por ano	Total
2011	1229	34,71	2311	65,28	3540
2012	1267	34,96	2357	65,03	3624
2013	1119	32,51	2322	67,48	3441
2014	1122	32,94	2284	67,05	3406
2015	1264	34,47	2402	65,52	3666
Total	6001	33,94	11676	66,05	17677

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

Em relação à adolescência, observamos uma melhora nos dados, mas ainda distante do preconizado para o atendimento SUS. Este monitoramento é responsável por verificar a tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil, com o objetivo de nortear as ações de saúde nas unidades básicas, escolas (Programa Saúde na Escola) e maternidades no território.

Tabela 9 - Proporção de parto vaginal e parto cesáreo entre adolescentes de 10 a 19 anos.

Ano do nascimento	Vaginal	% ano	Cesário	% ano	Total
2011	292	55,72	232	44,27	524
2012	324	56,84	246	43,15	570
2013	257	51,4	243	48,6	500
2014	274	53,62	237	46,37	511
2015	308	58,44	219	41,55	527
Total	1455	55,28	1177	44,71	2632

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

1.2.3.2. Morbidade

AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:

A lista de agravos ou doenças de notificação compulsória atualmente está definida pela Portaria nº 204/ fevereiro de 2016. Dos agravos notificados, o mais frequente foi o atendimento antirrábico humano, seguido da violência interpessoal/ autoprovocada e varicela.

Tabela 10 – Proporção de notificação do município de Santa Maria/RS de agravos ou doenças de notificação compulsória.

AGRAVOS NOTIFICADOS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Atendimento antirrábico	481	734	815	1107	839	767	4743
Violência interpessoal/autoprovocada	192	376	321	480	381	388	2138
Varicela	437	667	366	229	273	127	2099
Intoxicação exógena	35	41	1074	62	78	81	1371
AIDS	113	129	88	183	222	299	1034
Sífilis não especificada	6	24	100	150	215	287	782
Hepatites virais	118	110	133	157	134	106	758
Tuberculose	140	140	124	110	104	98	716
Sífilis em gestante	31	49	49	58	108	150	445
Eventos adversos pós-vacinação	77	109	93	87	37	1	404
Acidente de trabalho grave	15	29	45	34	99	123	345
Leptospirose	48	39	39	36	37	57	256
Sífilis congênita	17	31	32	34	61	73	248
Acidente de trabalho com exposição a material biológico	19	3	14	44	70	83	233
Meningite	37	31	33	33	34	62	230
Gestante HIV	33	33	28	28	37	59	218
Criança exposta HIV	19	54	23	26	37	40	199
Dengue	6	2	2	18	13	99	140
Toxoplasmose	16	14	3	19	25	31	108
Acidente por animais peçonhentos	13	9	21	20	23	12	98
Coqueluche	9	21	16	7	4	7	64
Influenza	3	15	13	6	0	25	62
Doenças exantemáticas	7	12	8	8	5	2	42
Toxoplasmose congênita	0	0	0	2	1	18	21
Doença aguda pelo vírus zika	0	0	0	0	0	19	19
Caxumba [parotidite epidêmica]	4	1	1	1	3	8	18
Hanseníase	4	2	3	1	1	2	13
Ler Dort	0	0	0	6	5	0	11
Hantavirose	0	2	2	3	1	1	9
Malária	0	0	0	3	3	2	8
Febre amarela	0	0	2	4	0	0	6
Tétano acidental	1	1	0	0	2	1	5
Febre de chikungunya	0	0	0	0	0	6	4

Paralisia flácida aguda							
Poliomielite	0	1	0	0	1	1	3
Esquistossomose	0	0	0	1	1	0	2
Febre maculosa / rickettsioses	0	0	0	2	0	0	2
Leishmaniose visceral	0	0	0	2	0	0	2
Dermatoses ocupacionais	0	0	0	1	0	0	1
Febre tifoide	0	0	1	0	0	0	1
Doença de creutzfeldt-jacob	0	0	0	0	1	0	1
Total	1878	2664	3436	2940	2842	2909	16669

Fonte: SINAN Municipal – Acesso 16/09/2017

Morbidade Hospitalar:

A série histórica de 2011 a 2016 demonstra uma média de 11.580 internações, com taxas anuais de internações por 10.000 habitantes, uma diminuição em 2016.

A maioria das internações decorre de doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, neoplasias, doenças do aparelho circulatório, conforme o capítulo CID-10. O capítulo XV, gravidez, Parto e Puerpério, também representam um volume grande de internação, porém este capítulo não se refere à morbidade.

Tabela 11 - Taxa de internações da população residente em Santa Maria – RS por Capítulo da CID, 2011 a 2016.

Capítulo CID-10	2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total Intern.
	Intern.	Taxa 10.000 hab											
Total	11.998	457,3	11.388	431,9	12.094	442,2	12.185	443,4	11.500	416,5	10.318	372,1	70.603
XV. Gravidez, parto e puerpério.	2808	107,0	2688	101,9	2256	82,5	2503	91,1	2575	93,3	2.578	93,0	15.649
X. Doenças do aparelho respiratório	1.471	56,1	1.497	56,8	1.735	63,4	1.396	50,8	1.190	43,1	1.125	40,6	8.534
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.191	45,4	1.317	50,0	1.721	62,9	1.634	59,5	1.345	48,7	820	29,6	8.144
II. Neoplasias (tumores)	987	37,6	1.045	39,6	1.184	43,3	1.267	46,1	1.234	44,7	1.259	45,4	7.055
IX. Doenças do aparelho circulatório	914	34,8	904	34,3	1.174	42,9	1.297	47,2	1.020	36,9	890	32,1	6.277
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	815	31,1	880	33,4	985	36,0	1071	39,0	1.065	38,6	1.009	36,4	5.899
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	696	26,5	705	26,7	833	30,5	763	27,8	746	27,0	617	22,2	4.429
V. Transtornos mentais e comportamentais.	1.039	39,6	563	21,4	385	14,1	571	20,8	779	28,2	720	26,0	4.180
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	474	18,1	496	18,8	471	17,2	397	14,4	344	12,5	289	10,4	2.529
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	406	15,5	335	12,7	266	9,7	306	11,1	351	12,7	265	9,6	1.959
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	229	8,7	159	6,0	201	7,3	198	7,2	146	5,3	88	3,2	1.040

VI. Doenças do sistema nervoso	171	6,5	132	5,0	172	6,3	172	6,3	171	6,2	134	4,8	980
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	172	6,6	134	5,1	183	6,7	136	4,9	113	4,1	94	3,4	843
XXI. Contatos com serviços de saúde	221	8,4	178	6,8	100	3,7	89	3,2	79	2,9	90	3,2	781
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	88	3,4	114	4,3	141	5,2	113	4,1	85	3,1	102	3,7	656
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	111	4,2	78	3,0	86	3,1	101	3,7	61	2,2	69	2,5	518
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	66	2,5	70	2,7	113	4,1	88	3,2	95	3,4	74	2,7	514
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	61	2,3	51	1,9	49	1,8	47	1,7	40	1,4	44	1,6	303
VII. Doenças do olho e anexos	32	1,2	28	1,1	25	0,9	20	0,7	40	1,4	28	1,0	176
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	39	1,5	13	0,5	14	0,5	15	0,5	19	0,7	23	0,8	126
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	7	0,3	1	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,1	0	0,0	11
População	262.369		263.662		273.489		274.838		276.108		277.309		

Fonte Tabwin/DATASUS – acesso 16/09/2017

O maior número de internações ocorre na população na faixa - etária de 20 a 59 anos (55,49%), devido à gravidez e ao parto (36,5%), Neoplasias (11,2%), Lesões e consequências de causas externas (10,5%), Transtornos mentais e comportamentais (9,7%), Doenças do aparelho digestivo (7,7%).

As internações na população de 60 anos ou mais representam o segundo maior percentual (22,7%), sendo as causas de internação são Neoplasias (24,1%), Doenças do aparelho circulatório (22,3%), Doenças do aparelho respiratório (13,4%) e consequências de causas externas (9,3%).

A população de 0 a 9 anos apresentou o terceiro percentual de internação (11,76%), concentradas nas internações de doenças do aparelho respiratório (42,1%), algumas afecções originadas no período perinatal (21,3%), algumas doenças de infecciosas e parasitárias (7,8%).

O menor percentual de internação ficou na população de 10 a 19 anos (10,03%), sendo gravidez e puerpério (49,2%), consequências de causas externas (11,6%), transtornos mentais e comportamentais (8,4%), doenças do aparelho digestivo (6,3%).

Tabela 12 - Taxa de internações da população residente em Santa Maria – RS por faixa etária, 2011 a 2016.

Faixa-etária	0 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 59 anos		60 anos e mais		Total
	Intern.	%	Intern.	%	Intern.	%	Intern.	%	Intern.
Total Geral	1350	11,76	1151	10,03	6.367	55,49	2.605	22,7	11.473
XV. Gravidez, parto e puerpério	0	0	566	49,2	2327	36,5	3	0,1	2.896
II. Neoplasias (tumores)	23	1,7	39	3,4	716	11,2	629	24,1	1.407
X. Doenças do aparelho respiratório	569	42,1	68	5,9	214	3,4	349	13,4	1.200
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	90	6,7	134	11,6	671	10,5	241	9,3	1.136
IX. Doenças do aparelho circulatório	10	0,7	13	1,1	413	6,5	581	22,3	1.017
XI. Doenças do aparelho digestivo	104	7,7	72	6,3	493	7,7	224	8,6	893
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	0,1	97	8,4	618	9,7	66	2,5	782
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	17	1,3	52	4,5	384	6,0	208	8,0	661
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	105	7,8	13	1,1	140	2,2	79	3,0	337
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	288	21,3	5	0,4	20	0,3	0	0,0	313
VI. Doenças do sistema nervoso	34	2,5	14	1,2	66	1,0	35	1,3	149
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9	0,7	11	1,0	44	0,7	48	1,8	112
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12	0,9	13	1,1	46	0,7	33	1,3	104
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	5	0,4	19	1,7	62	1,0	17	0,7	103
XXI. Contatos com serviços de saúde	8	0,6	5	0,4	63	1,0	18	0,7	94
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7	0,5	2	0,2	42	0,7	39	1,5	90
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	50	3,7	13	1,1	13	0,2	0	0,0	76
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6	0,4	8	0,7	14	0,2	18	0,7	46
VII. Doenças do olho e anexos	1	0,1	0	0,0	17	0,3	13	0,5	31
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	11	0,8	7	0,6	4	0,1	4	0,2	26

Fonte: Tabwin/DATASUS – acesso 16/09/2017

Em relação às internações referentes a PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, as referências hospitalares com maior encaminhamento em Santa Maria são apresentadas na tabela abaixo. O Hospital Universitário e o Hospital Casa de Saúde permanecem sendo a referência com maior número de internações. Em relação à Atenção Psicossocial, o Hospital Nossa Senhora da Piedade (Nova Palma) e o Hospital Instituto de Saúde e Educação e Vida (Cacequi), Hospital Santo Antônio (São Francisco de Assis) completam o quadro de referências para Santa Maria.

Tabela 13 – Internações referentes a procedimentos clínicos às referências hospitalares com maior encaminhamento em Santa Maria

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS						
INSTITUIÇÕES	2011	2012	2013	2014	2015	2016
HUSM/ EBSEH	3.676	3.463	3.100	3.093	3.561	4.070
Hospital Casa de Saúde	2.845	3.033	2.587	2.611	2.130	2.123
Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo*	0	77	774	629	483	0
Hospital Nossa Senhora da Piedade	88	64	112	144	120	78
Hospital – Instituto de Saúde e Educação Vida Cacequi	78	64	15	47	30	37
Hospital Santo Antônio	0	0	0	0	0	89
Demais Instituições	156	146	149	227	209	164
Total de internações	6.843	6.847	6.737	6.751	6.533	6.561

Fonte: Datasus – Acesso – 28/08/2017

A tabela a seguir traz as internações referentes a PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, as referências hospitalares com maior encaminhamento em Santa Maria. O Hospital Universitário e o Hospital Casa de Saúde permanecem sendo a referência com maior número de internações. Outras referências são para o Hospital de Agudo (otorrino), Hospital São Roque (Faxinal).

Tabela 14 - Internações referentes a procedimentos cirúrgicos às referências hospitalares com maior encaminhamento em Santa Maria.

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS						
INSTITUIÇÕES	2011	2012	2013	2014	2015	2016
HUSM/ EBSEH	2.695	2.276	2.421	2.365	2.588	3.175
Hospital Casa de Saúde	1.397	1.370	996	824	645	1.219
Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo*	0	139	999	1.203	913	0
Hospital São Roque	256	368	316	411	314	83
Hospital Agudo	0	50	91	144	147	65
Demais Instituições	422	415	514	338	114	212
Total de internações	4.770	4.618	5.377	5.285	4.493	4.754

Fonte: Datasus – Acesso – 28/08/2017

1.2.3.3. Mortalidade

A taxa de Mortalidade Geral (taxa bruta) em Santa Maria vem apresentando, no período de 2011 a 2015, um parâmetro entre 7,31% (2011) a 7,0% (2015). Em 2015, as principais causas de óbitos por Capítulo (CID10) em Santa Maria – RS

foram: Doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores), doenças do aparelho respiratório, causas externas de morbidade e mortalidade e algumas doenças infecciosas e parasitárias, correspondendo a 79,35%.

Tabela 15 - Óbitos por capítulo da CID – 10, Santa Maria, 2011 a 2015.

Capítulo Cid 10	2011	2012	2013	2014	2015
IX. Doenças do aparelho circulatório	661	613	574	519	591
II. Neoplasias	414	421	432	419	459
X. Doenças do aparelho respiratório	232	204	240	236	223
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	146	141	321*	178	191
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	91	100	96	99	93
Demais capítulos	375	432	507	488	405
Santa Maria – RS	1919	1911	2170	1939	1962

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade / DATASUS. Acesso em 11/09/2017

- XX. Causas externas de morbidade e mortalidade 2013, incidente da Boate KISS.

Tabela 16 - Mortalidade proporcional por faixa etária e capítulo da CID 10. Santa Maria, 2015.

Faixa etária	1º Posição	2ª Posição	3º Posição	4º Posição	5º Posição	Demais Posições
< 1 ano	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-
	Nº 16 (64%)	Nº 8 (32%)	Nº 1 (4%)	-	-	-
1 a 4	IX. Doenças do aparelho circulatório X. Doenças do aparelho respiratório XIV. Doenças do aparelho geniturinário XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	-	-	-	-	-
	Nº 01 óbito por capítulo (20%)					
5 a 9	II. Neoplasias	IX. Doenças do aparelho Circulatório	-	-	-	-
	Nº 2 (66,6%)	Nº 01 (33,33%)	-	-	-	-
10 a 14	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias II. Neoplasias VI. Doenças do sistema nervoso XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	-	-	-	-

	Nº 04 (50%)	Nº 01 óbito por capítulo (12,5%)	-	-	-	-
15 a 19	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	IX. Doenças do aparelho Circulatório	III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	-
	Nº 13 (76,4 %)	Nº02 (11,76%)	Nº 01 óbito por capítulo (5,8%)	-	-	-
20 a 29	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	II. Neoplasias	IX. Doenças do aparelho circulatório	VI. Doenças do aparelho nervoso	Outros Cap da CID 10
	Nº 40 (58,82%)	Nº 08 (11,76%)	Nº06 (8,82%)	Nº 04 (5,88%)	Nº 03 (4,41%)	Nº 07 (10,29%)
30 a 39	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	II. Neoplasia	IX. Doenças do aparelho circulatório	III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários IV	Outros Cap da CID 10
	Nº 34 (45,94%)	Nº16 (21,62%)	Nº12 (16,21%)	Nº 04 (5,40%)	Nº 02 óbito por capítulo (1,35%)	Nº 04 (5,40%)
40 a 49	II. Neoplasias	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	IX. Doenças do aparelho circulatório	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	XI. Doenças do aparelho digestivo	Outros Cap da CID 10
	Nº 31 (24,40%)	Nº 27 (21,25%)	Nº 23 (18,11%)	Nº16 (12,59%)	Nº 10 (7,87%)	Nº 20 (15,74%)
50 a 59	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	XI. Doenças do aparelho digestivo	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias IV. Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas	Outros Cap da CID 10
	Nº 65 (28,44%)	Nº 51 (22,66%)	Nº 24 óbitos por capítulo (10,66%)	Nº 20 (8,88%)	Nº 13 óbitos por capítulo (5,77%)	Nº 39 (17,33%)
60 a 69	II. Neoplasias	IX. Doenças do aparelho circulatório	X. Doenças do aparelho respiratório	IV. Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas	XI. Doenças do aparelho digestivo	Outros Cap da CID 10
	Nº 117 (52,99%)	Nº 105 (31,43%)	Nº 30 (8,98%)	Nº 21 (6,28%)	Nº 19 (5,68%)	Nº 42 (12,57%)
70 a 79	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	IV. Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas	XI. Doenças do aparelho digestivo	Outros Cap da CID 10
	Nº 153 (34,15%)	Nº 133 (29,68%)	Nº 58 (12,94%)	Nº 22 (4,91%)	Nº 19 (4,24%)	Nº 63 (14,06%)
80 e mais	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	VI. Doença do sistema nervoso	XI. Doenças do aparelho digestivo	Outros Cap da CID 10
	Nº 233 (37,22%)	Nº 106 (16,93%)	Nº 105 (16,77%)	Nº 81 (12,93%)	Nº 21 (3,35%)	Nº 80 (12,77%)

Fonte: Data SUS- SIM – acesso 13/09/2017

Referente à mortalidade proporcional, por faixa etária e capítulo CID – 10, na faixa etária de menores de um ano, existem o predomínio de algumas afecções originadas no período perinatal (64%) do total de óbitos. Na faixa etária de 1 a 4 anos, observamos a existência de 1 óbito por capítulo, IX. Doenças do aparelho circulatório, X. Doenças do aparelho respiratório, XIV. Doenças do aparelho geniturinário, XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (20%). Na faixa etária de 5 a 9 anos,

as neoplasias (66,6%) são a primeira causa de óbito. Cabe destacar que as causas externas são a principal causa de óbito na faixa etária dos 10 aos 39 anos.

A faixa etária de 40 a 49 anos apresenta uma predominância das neoplasias (24,4%), causas externas de mortalidade e mortalidade (21,25%) e doenças do aparelho circulatório (18,11%) dos óbitos.

Na faixa etária dos 50 a 59 anos, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (28,44%) e neoplasias (22,66%) como óbitos. Entre a faixa etária de 60 a 69 anos esta relação é invertida, sendo as neoplasias (52,99%) e doenças do aparelho circulatório (31,43%) dos óbitos.

Nas faixas etárias de 70 a 80 anos, mais se destacam as doenças do aparelho circulatório e neoplasias, como primeira e segunda causas de óbitos respectivamente.

Para fins de pactuação, apresentamos os dados referentes à mortalidade prematura (de 30 a 69 anos), pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, Câncer, Diabetes e doenças respiratórias crônicas) no período de 2011 à 2015.

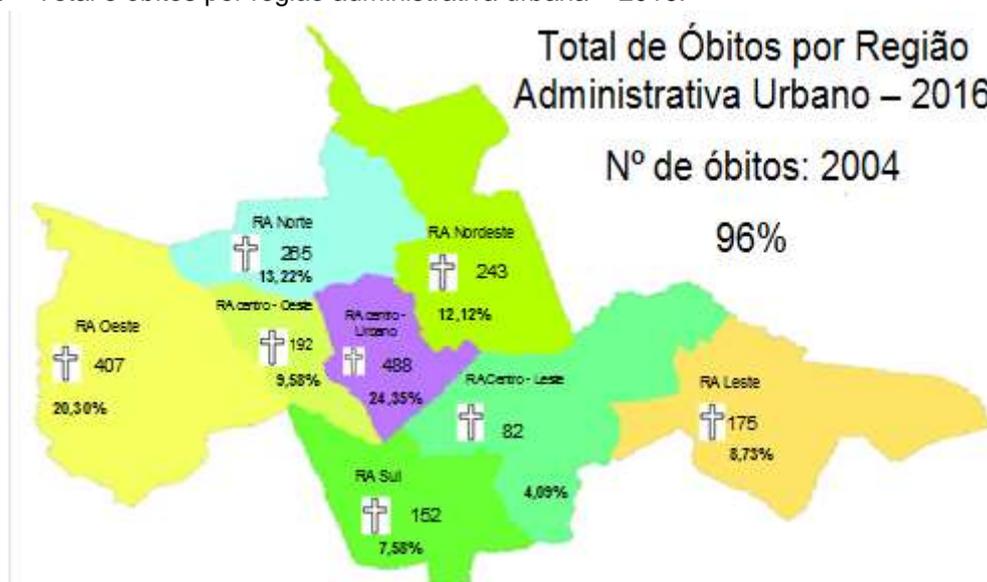
Tabela 17 - Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais Doenças Crônicas Não transmissíveis – DCNT, no período de 2011 à 2015.

Causa	Capítulo CID-10	2011	2012	2013	2014	2015
1º	II. Neoplasias (tumores)	201	224	209	200	211
2º	IX. Doenças do aparelho circulatório	195	181	166	159	197
3º	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	69	78	96	88	98
4º	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	59	64	64	63	52
5ª	X. Doenças do aparelho respiratório	48	55	54	60	58
-	Outros Cap. Cid 10	142	171	200	187	144
-	Total Geral	714	773	789	757	760

Fonte: Datasus – SIM – acesso 06/09/2017

A mortalidade prematura na faixa etária de 30 à 69 anos, é relevante pois monitora o impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco. Observamos que, dentre os óbitos, as Dants estão presentes nas 5 principais causas neste período e nesta faixa etária.

Em relação a 2016, ocorreram 2.089 óbitos, sendo que as 3 principais causas de óbitos por Capítulo (CID 10) em Santa Maria – RS foram: Doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores), doenças do aparelho respiratórios, totalizando 67,35%. Segue o mapa de distribuição por região administrativa / urbana e dos distritos/ rural.

Figura 8 – Total e óbitos por região administrativa urbana – 2016.

Fonte: Sistema Informação Mortalidade – SIM. Base de Dados Municipal – 23/08/2017.

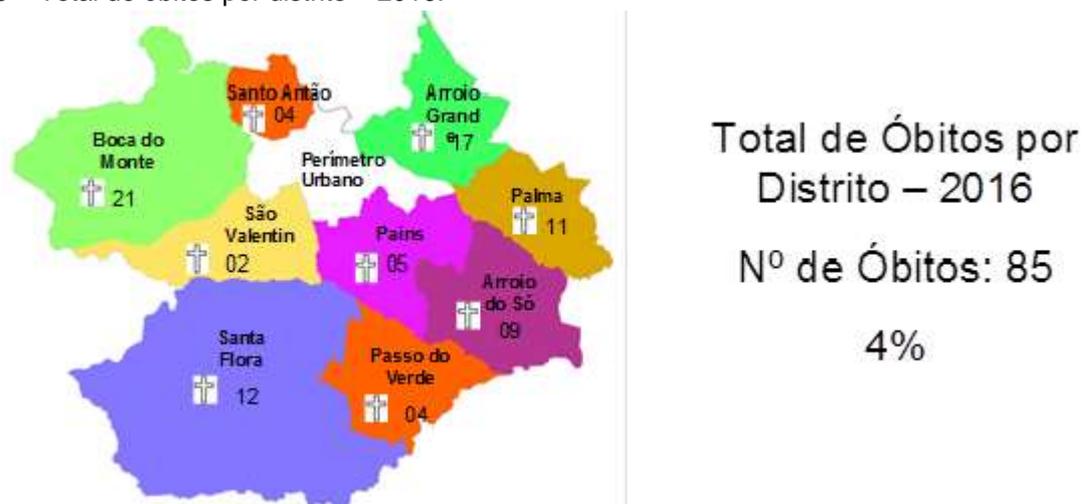
Tabela 18 - Total e óbitos por região administrativa urbana – 2016.

CID-10	RA Oeste	RA Centro-Oeste	RA Norte	RA Nordeste	RA Centro-Urbano	RA Leste	RA Centro-Leste	RA Sul
1ª Causa	D. Aparelho Circulatório 120	D. Aparelho Circulatório 64	D. Aparelho Circulatório 81	D. Aparelho Circulatório 76	D. Aparelho Circulatório 174	D. Aparelho Circulatório 64	Neoplasias 28	Neoplasias 42
2ª Causa	Neoplasias 108	Neoplasias 37	Neoplasias 68	Neoplasias 68	Neoplasias 110	Neoplasias 48	D. Aparelho Circulatório 18	D. Aparelho Circulatório 32
3ª Causa	D. Aparelho Respiratório e Causas Externas 48	D. Aparelho Respiratório 32	D. Aparelho Respiratório 35	D. Aparelho Respiratório 24	D. Aparelho Respiratório 64	D. Aparelho Respiratório 25	Perinatais e causas externas 8	Causas externas 18

Fonte: Sistema Informação Mortalidade – SIM. Base de Dados Municipal – 23/08/2017.

A representatividade de óbitos em 2016 na região urbana do município representou 96% dos óbitos. Dentre as Regiões Administrativas (RA), observamos: RA Centro – Urbano 24,35%; RA Oeste 20,30%; RA Norte 13,22%, RA Nordeste 12,12%, RA Centro – Oeste 9,58% e RA Leste 8,73% tendo como primeira causa de morte as doenças do aparelho circulatório e as RA Sul 7,58% e RA Centro-Leste 4,09% tendo a primeira causa de morte as neoplasias.

Figura 9 – Total de óbitos por distrito – 2016.



Fonte: Sistema Informação Mortalidade – SIM. Base de Dados Municipal – 23/08/2017.

Tabela 19 - Total de óbitos por distrito – 2016.

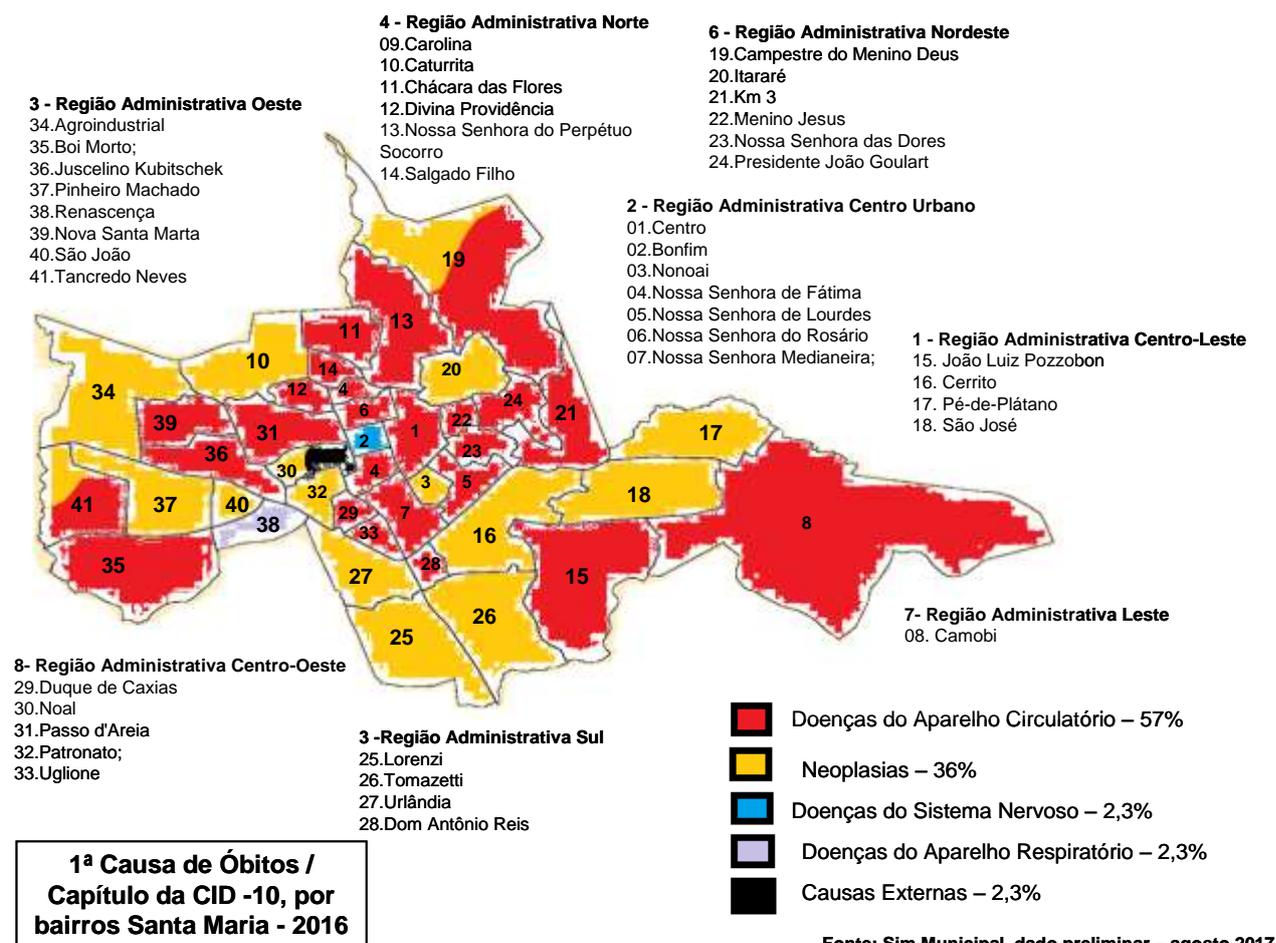
CID 10	Arroio do só	Arroio Grande	Boca do Monte	Pains	Palma	Passo do Verde	Santa Flora	Santo Antão	São Valentim
1ª Causa	D. Aparelho Circulatório 06	D. Aparelho Circulatório 08	D. Aparelho Circulatório 08	Neoplasias 08	D. Aparelho Circulatório 04	D. Aparelho Circulatório, Respiratório, Digestivo e causas externas 01	D. Aparelho Circulatório 04	Causas externas 02	D. Aparelho Circulatório 02
2ª Causa	Neoplasias, Sist. Respiratório, Sist. Nervoso e Sist. Osteomuscular 01	Neoplasias - 04	D. Aparelho Respiratório 06	D. Aparelho Circulatório e doenças infecciosas 01	D. Aparelho Respiratório - 08		D. Sistema nervoso 08	D. Aparelho Circulatório e Sist. Geniturinário 01	
3ª Causa		D de Pele e subcutâneo 02	Neoplasias 08		Neoplasias, perinatais e causas externas 01		Neoplasias 02		

Fonte: Sistema Informação Mortalidade – SIM. Base de Dados Municipal – 23/08/2017.

A representatividade de óbitos em 2016 na região Rural/Distritos do município representou 4% dos óbitos. Dentre os distritos, Arroio do Só, Arroio Grande, Boca do Monte, Palma, Passo do Verde e São Valentim apresentaram como a primeira causa de morte doenças do aparelho circulatório. Palma apresentou como primeira causa de morte Neoplasias. Santo Antão apresentou como primeira causa de morte causas externas.

Em relação aos óbitos por bairros em Santa Maria no ano de 2016, temos como primeira causa de óbito as doenças do aparelho circulatório 57%, a segunda as neoplasias 36%, sendo como a terceira causa as doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho respiratório e causas externas. Segue a representação em espacial por bairro abaixo.

Figura 10 – Causas de óbitos/capítulo CID 10 por bairros de Santa Maria – 2016.



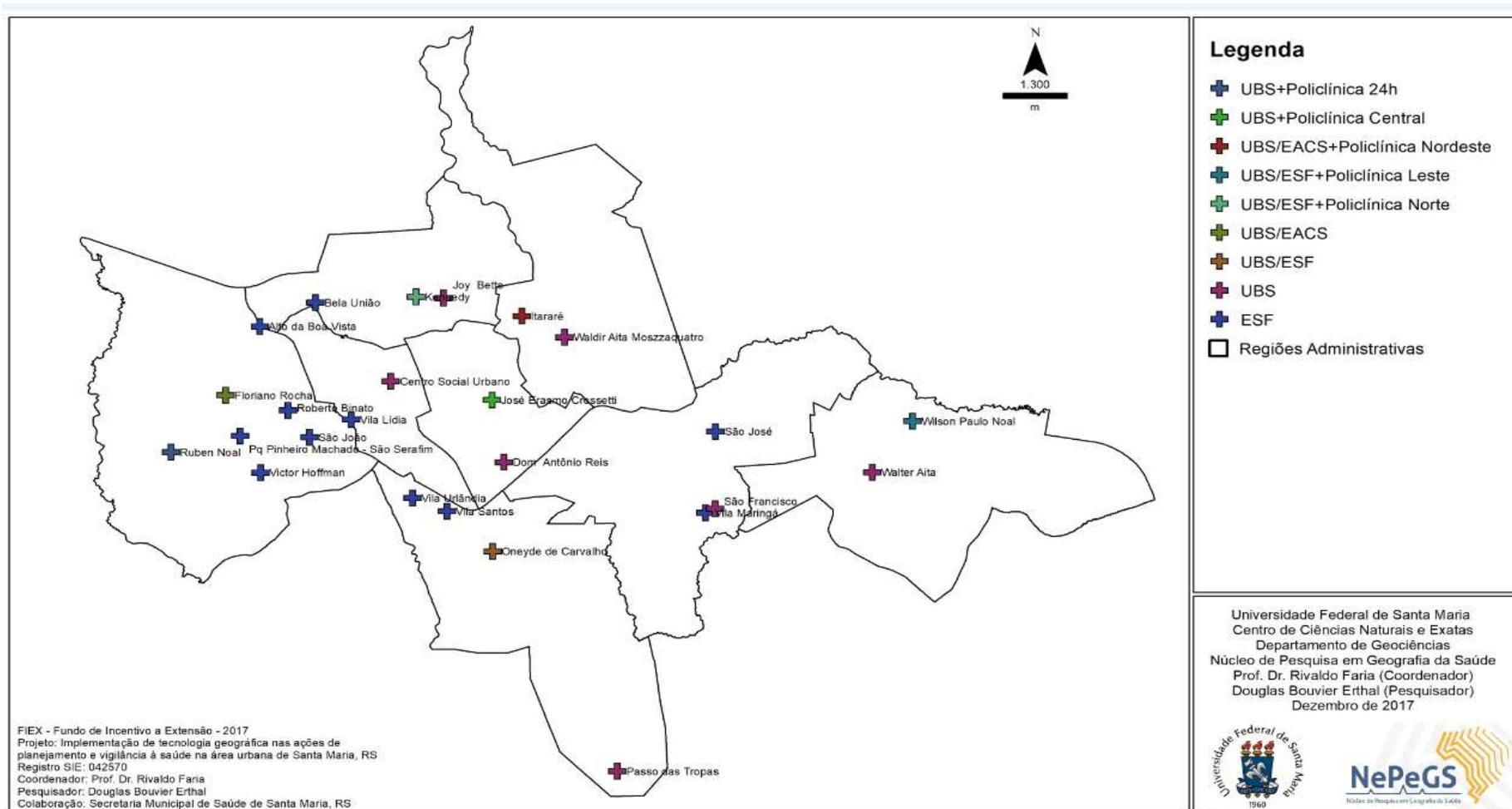
Fonte: SIM Municipal dado preliminar – agosto 2017.

1.3. CAPACIDADE INSTALADA X OFERTA E COBERTURA DE AÇÕES E SERVIÇOS

1.3.1. Serviços de Saúde

Os serviços de saúde do Município distribuem-se em Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Estratégias de Saúde da Família, Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Serviços Especializados e Complementares, Policlínicas, Pronto Atendimento Municipal, Serviço de Vigilância em Saúde, SAMU e UPA (estes terceirizados), laboratórios de Análises Clínicas contratualizados pela 4ª CRS, além dos Hospitais públicos, como o Hospital Casa de Saúde e o Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM (Hospital Escola), e os privados, como o Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo – HCAA e o Hospital São Francisco.

Figura 11 - Rede de Serviços Públicos Municipais.



Fonte: NePeGS/UFMS

Tabela 20 – Proporção de população e serviços de saúde por região administrativa.

REGIÃO ADMINISTRATIVA	POPULAÇÃO (IBGE, 2010)	SERVIÇOS DE SAÚDE
REGIÃO OESTE	55.133 hab	<ul style="list-style-type: none"> • ESF Roberto Binato – 2 equipes • ESF Alto da Boa Vista – 1 equipe • ESF Parque Pinheiro Machado – 1 equipe • UBS Ruben Noal • Policlínica 24h Ruben Noal • ESF São João – 1 equipe • ESF Victor Hoffmann – 1 equipe • EACS/UBS Floriano Rocha
REGIÃO CENTRO OESTE	22.299 hab	<ul style="list-style-type: none"> • UBS Centro Social Urbano • ESF Lídia • PAM – Pronto Atendimento Municipal Flávio Miguel Schneider
REGIÃO CENTRO	59.800 hab	<ul style="list-style-type: none"> • UBS Erasmo Crossetti • Policlínica Central • UBS Dom Antônio Reis • Centro de Diagnóstico Nossa Senhora do Rosário • Casa Treze de Maio • CAPS Cia do Recomeço • CAPS Infantil • CAPS Prado Veppo
REGIÃO NORTE	27.805 hab	<ul style="list-style-type: none"> • ESF Bela União • UBS Joy Betts • ESF Kennedy – 2 equipes • UBS Kennedy • Policlínica Norte • CEO – Centro de Especialidades Odontológicas • UPA/SAMU
REGIÃO NORDESTE	28.819 hab	<ul style="list-style-type: none"> • ESF Campestre • UBS Itararé • Policlínica Nordeste • UBS Mozzaquatro • CAPS Caminhos do Sol •
REGIÃO LESTE	21.822 hab	<ul style="list-style-type: none"> • UBS Walter Aita • UBS Wilson Paulo Noal • Policlínica Leste • ESF Wilson Paulo Noal
REGIÃO CENTRO LESTE	12.176 hab	<ul style="list-style-type: none"> • UBS São Francisco • ESF São José – 2 equipes • ESF Maringá – 1 equipe
REGIÃO SUL	18.611 hab	<ul style="list-style-type: none"> • UBS Oneyde de Carvalho • ESF Oneyde de Carvalho • UBS Passo das Tropas • ESF Santos – 1 equipe • ESF Urlândia – 2 equipes

Fonte: CNES/ Datasus; IBGE 2010.

Tabela 21 - Relatório de Estabelecimentos de Saúde do Município de Santa Maria – RS.

DESCRIÇÃO	TOTAL
CENTRO DE SAÚDE/ UNIDADE BÁSICA	36
POLICLÍNICA	11
HOSPITAL GERAL	5
CONSULTÓRIO ISOLADO	584
CLÍNICA/ CENTRO DE ESPECIALIDADE	87
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	63
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	1
UNIDADE MÓVEL PRÉ - HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA	5
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	1
UNIDADE MÓVEL NÍVEL PRÉ - HOSPITALAR NA ÁREA DE URGÊNCIA	5
FARMÁCIA	1
CENTRAL DE GESTÃO EM SAÚDE	2
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERAPIA E/OU HEMATOLOGIA	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	4
PRONTO ATENDIMENTO	3
TOTAL	803

Fonte: CNES/ Datasus – acesso em 14/11/2017

1.3.2. Rede de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando e coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde das pessoas do seu território.

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

Sendo assim, a RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, formadas pelas necessidades populacionais de cada espaço regional singular, que objetiva promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada (BRASIL, 2010).

A operacionalização das RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) temática deve se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações.

Em 2011, o Ministério da Saúde priorizou as seguintes redes temáticas:

- Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses.
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).
- Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack e outras Drogas).
- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero).
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Ressalta-se que todas as redes também são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde.

1.3.2.1. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Política Nacional de Saúde Mental, pautada na Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) organiza-se como Rede Temática no âmbito do Sistema Único de Saúde, organizada pelos seguintes pontos estratégicos, conforme Portaria 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS:

Tabela 22 – Rede de Atenção Psicossocial do Município de Santa Maria/RS.

Rede de Atenção Psicossocial	
Atenção Básica	Formada pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF); Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Agente Comunitário de Saúde (EACS).
Urgência e Emergência	Formada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Atendimento Municipal (PAM).
Atenção Especializada	Formada pelas Unidades de Atenção Especializada (Policlínicas) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
Atenção Hospitalar	Formada pelos 105 leitos de internação psiquiátrica localizados nos hospitais conveniados do Sistema Único de Saúde da região Verdes Campos e Entre Rios do Rio Grande do Sul.

Fonte: CNES/ Datasus.

Pontos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial no Município de Santa Maria:

ATENÇÃO BÁSICA: Caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, tendo como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas aos Sistemas de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Desenvolve-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, estando próxima da vida das pessoas e atuando em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e seus vínculos com a comunidade.

O município de Santa Maria/RS conta com os seguintes pontos da RAPS na Atenção Básica:

- 21 Equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF);
- 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentre estas, conta com 1 unidade de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: Segundo a Portaria 3.088/2011, um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são os serviços de Urgência e Emergência. No município de Santa Maria, a RAPS conta com os seguintes pontos:

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA III);
- Pronto Atendimento Municipal (PA Patronato).

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA: Os serviços da Atenção Especializada caracterizam-se como de média complexidade, realizando atendimento aos usuários seguindo os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Mental. Esses serviços trabalham na perspectiva da reinserção social e familiar dos usuários, bem como da reinserção no mundo do trabalho por meio de ações de feiras comunitárias. Nesse cenário, o município de Santa Maria conta com os seguintes serviços de Atenção Psicossocial Especializada:

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Prado Veppo;
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) “O Equilibrista”;
- Centro de Atenção Psicossocial AD II Caminhos do Sol;
- Centro de Atenção Psicossocial AD II Cia do Recomeço.

Salienta-se que os CAPS AD do município desempenham suas funções de forma territorializada. Além dos Centros de Atenção Psicossocial, o município de Santa Maria conta com as Policlínicas, organizadas por região administrativa, sendo estas:

- Unidades de Saúde José Erasmo Crossetti e Policlínica Nossa Senhora do Rosário (Região Central);
- Unidade de Saúde Wilson Paulo Noal (Região Leste);
- Unidade de Saúde Kennedy (Região Norte);
- Unidade de Saúde Itararé (Região Noroeste);
- Unidade Ruben Noal (Região Oeste).

Além dos serviços supracitados, também há os seguintes serviços:

- Acolhe Saúde (serviço responsável pelo atendimento às vítimas da tragédia ocorrida na Boate Kiss) – em Janeiro de 2018, após 5 anos da tragédia, este serviço está sendo reformulado. O contrato dos profissionais findou em 22 de fevereiro, mas o atendimento não foi interrompido. Em maio, mudou de endereço para um espaço do Município e a proposta inicial é de que, para além destes atendimentos, este serviço possa servir de apoio e fortalecimento da RAPS.
- Ambulatório de Saúde Mental (responsável pelos atendimentos dos casos leves e moderados que não se caracterizam como sendo pertencentes aos CAPS). Destaca-se que o Ambulatório de Saúde Mental foi reestruturado e os profissionais (psiquiatras e psicólogos) foram do remanejados para as Policlínicas nas regiões de Saúde.

ATENÇÃO HOSPITALAR: Segundo a Portaria 3.088/2011, um dos pontos da Atenção Hospitalar na RAPS são as enfermarias especializadas em Hospital Geral, bem como os Hospitais de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, oferecendo suporte hospitalar através de internações de curta duração em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216/2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Desta forma, o município de Sana Maria conta com os seguintes serviços de suporte hospitalar, na região de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde:

- Hospital Casa de Saúde – Unidade Madre Madalena (Santa Maria/RS);
- Hospital Universitário de Santa Maria – Unidade Paulo Guedes (Santa Maria/RS);
- Hospital Santo Antônio (São Francisco de Assis/RS);
- Hospital de Caridade de Santiago (Santiago/RS);
- Instituto de Saúde e Educação Vida – ISEV (Cacequi/RS);
- Hospital Nossa Senhora da Piedade (Nova Palma/RS).

1.3.2.2. Rede Cegonha

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (Portaria de Consolidação GM/MS nº03, de 28/09/17).

Nesta perspectiva, no Município, são ofertados serviços nos três níveis de complexidade, conforme descrição a seguir.

ATENÇÃO PRIMÁRIA: Ofertada através das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Estratégias de Saúde da Família (ESFs), distribuídas nas diferentes regiões do município. Nestas unidades são realizadas ações de prevenção e promoção da saúde, através de consultas, exames e ações educativas individuais e em grupos desde a infância até a idade adulta – puericultura, planejamento familiar, pré-natal e puerpério (seguindo os parâmetros da Rede Cegonha), prevenção do câncer de colo de útero e de mamas e atendimento à mulher climatérica; são realizados testes rápidos para HIV, Sífilis, hepatites B e C, aconselhamento e distribuição de preservativos para prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs); as unidades também realizam atendimento e acompanhamento às situações trazidas pelas próprias usuárias (demanda espontânea) e em outras condições de saúde – diabetes, hipertensão, saúde mental, etc.

A Secretaria de Saúde de Santa Maria vem trabalhando fortemente desde 2015 com os profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde no sentido de estruturar a Rede Materna Infantil no Município, como Rede prioritária da Planificação em Saúde da região. Neste sentido, a importância da captação precoce da mulher com suspeita de gravidez em seu território, confirmando a gravidez, realizando os testes rápidos, cadastrando-a no SISPRENATAL e iniciando o pré-natal compartilhado entre o Enfermeiro e o Médico.

O pré-natal de risco habitual será realizado na Unidade Básica de referência, mas se em algum momento da gravidez a gestante apresentar alguma intercorrência com necessidade de encaminhamento ao Alto Risco do Hospital Universitário de Santa Maria – RS (HUSM), este será regulado pela 4ª CRS, de acordo com Protocolo RegulaSUS Obstetrícia do Telessaúde. Porém, o cuidado desta gestante continuará a ser compartilhado com a APS, em sua Unidade de referência, através do Plano de Cuidado da Gestante de Alto Risco, que acompanhará a Carteira da Gestante.

Figura 12 – Fluxo para encaminhamento ao AGAR – HUSM.



Fonte: 4CRS/Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM.

Figura 13 – Plano de cuidados de gestante de alto risco.

PLANO DE CUIDADOS GESTANTE DE ALTO RISCO

Nome da gestante: _____

DATA	NÚCLEO PROFISSIONAL	DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO	METAS E OBJETIVOS TERAPÊUTICOS	RECOMENDAÇÕES LETRAMENTO EM SAÚDE	ASSINATURA E CARIMBO
DATA	ENFERMEIRA AMBULATORIO ALTO RISCO		DATA	PROFISSIONAL ATENÇÃO BÁSICA	

Fonte: Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM.

Com a intenção de qualificar os profissionais da rede básica da região ao atendimento a gestante, foi realizada a capacitação ao pré-natal de risco habitual.

Curso de Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual

Este curso foi planejado e organizado com muita dedicação e trabalho voluntário de docentes e residentes da Medicina de Família e Comunidade, Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem Obstétrica, e também com a colaboração de outras categorias profissionais, sob coordenação da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.

O curso teve carga horária de 80 horas, com modalidade a distância de 36 horas, 24 horas de teórico prático, 12 horas de prática em Unidade de Saúde e um Seminário de encerramento.

a) Modalidade presencial: 36 horas/aula

- Aulas teórico-práticas: 24 horas/aula, divididas em 3 módulos de 8 horas/aula, em Santa Maria. Estão previstas duas turmas de aproximadamente 40 alunos para cada módulo.
- Aulas práticas: 12 horas/aula e o acompanhamento de, no mínimo, 15 consultas de pré-natal. Realizadas nas unidades de saúde da tutoria da Planificação, preferencialmente nas unidades em que os próprios alunos atuam, sob a supervisão de um preceptor (profissional que deverá se inserir no corpo docente do curso e ser capacitado previamente para essa função). O preceptor irá se deslocar até as unidades da tutoria com o apoio das secretarias de saúde dos municípios envolvidos e da 4ª CRS. O aluno deverá ter a carga horária protegida para dedicação à atividade prática.

b) Modalidade a distância (EAD): 36 horas/aula

Foram propostas atividades de dispersão (atividades de fixação das temáticas, leitura de artigos, estudo de casos, fórum de discussão) para os participantes realizarem durante o curso, disponibilizadas em plataforma moodle.

c) Seminário de encerramento: 8 horas/aula

Foi realizado ao final do curso, em Santa Maria, apresentações de temáticas através de mesa redonda e debates. Os participantes do curso apresentaram o Plano de Ação que será mais detalhado nas aulas para o próximo ano. Ao final foi feita a avaliação do curso. O público deste momento foi ampliado para os demais profissionais que não participaram do curso, gestores e tutores da Planificação.

Ao final da gestação, por ocasião do parto, as gestantes de risco habitual serão encaminhadas ao Hospital Casa de Saúde e, aquelas de alto risco, ao HUSM.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA: Quando é necessário, os profissionais da rede básica encaminham as mulheres para atendimento no ambulatório de Saúde da Mulher, que funciona junto à Policlínica do Rosário e oferece atendimentos em mastologia, colposcopia, cauterização e colocação de DIU, além de laqueadura e vasectomia.

Na atenção secundária existe ainda a Casa 13 de Maio que atende pessoas portadoras de HIV e demais ISTs, e na Policlínica Rubem Noal é ofertado às usuárias a PEP sexual, que é a profilaxia da infecção pelo HIV pós exposição consentida, ou seja, que não ocorreu em uma situação de violência sexual.

As mulheres do município ainda acessam serviços especializados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) e demais policlínicas, dependendo de suas necessidades de saúde – ostomizadas, portadoras de tuberculose, hanseníase, etc. O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) também disponibiliza alguns atendimentos ambulatoriais de especialidades, conforme regulação e contratualização com o município e Coordenadoria Regional de Saúde.

Os serviços de urgência e emergência são oferecidos às mulheres do município no Pronto Atendimento do Patronato, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) junto à Casa de Saúde e na Unidade de Saúde Ruben Noal. Os casos de emergência obstétrica são encaminhados ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

ATENÇÃO TERCIÁRIA: Os atendimentos de nível terciário ocorrem, no município, nos Hospitais Casa de Saúde (partos a termos de gestantes de risco habitual, internações em saúde mental, alguns tipos de cirurgia, etc) e Hospital Universitário - pré-natal e parto de alto risco (AGAR), além de atendimentos oncológicos, cirurgia e demais clínicas especializadas, conforme contratualização com o Estado. As mulheres vítimas de violência sexual também são encaminhadas ao serviço de referência no HUSM.

De acordo com a regulação feita pela Coordenadoria Regional de Saúde, as usuárias do município de Santa Maria podem ser encaminhadas para procedimentos em outros municípios do Estado.

É importante destacar que os serviços de saúde necessitam de outros serviços da rede municipal de modo a desenvolver suas atividades e prestar assistência integral e resolutiva, tais como o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), Conselho Tutelar, Escolas, etc.

PROGRAMA MÃE SANTA-MARIENSE:

Com o intuito de fortalecer as ações da Rede Cegonha, a Secretaria de Município da Saúde criou o Programa Mãe Santa-mariense que tem como objetivo assistir à gestante durante o ciclo de gravidez, desde as consultas de pré-natal, o

puerpério até o segundo ano de vida do bebê, buscando humanizar e aumentar a segurança e a qualidade do atendimento prestado às gestantes e às crianças, seguindo as Diretrizes da Rede Cegonha.

Seguem algumas ações prioritárias do Programa:

- Acesso prioritário aos exames de imagem (ultrassom) e laboratorial;
- Captação precoce de toda mulher em idade fértil com suspeita de gestação para a realização de testes rápidos, independente do território de origem;
- Confirmada a gravidez, a gestante será encaminhada a sua Unidade de Saúde (UBS) de referência, com responsabilização de contato entre a unidade de atendimento e a de referência, garantindo a primeira consulta;
- Toda a gestante deve ser cadastrada no Sis prenatal e Consulfarma;
- Solicitação de exames de rotina de pré-natal, conforme protocolo;
- Estratificar o risco da gestante em todas as consultas;
- Se identificado o Alto Risco, encaminhar conforme protocolo ao Pré-natal de Alto Risco (AGAR) do HUSM, conforme fluxos e Protocolo do Telessaúde/RS;
- Garantir o acompanhamento compartilhado com AGAR através do plano de cuidado encaminhado a UBS de origem da gestante;
- Vinculação da gestante à maternidade através de visita ao ambiente hospitalar;
- Implantar como rotina ações da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil;
- Instituir o pré-natal odontológico (1 consulta/gestante) em todas as Unidades e as que não tem acesso na região, encaminhar ao Sorria Santa Maria, conforme fluxo;
- Acolhimento e acompanhamento da gestante no puerpério, conforme protocolo na UBS de origem, incluindo planejamento familiar;
- Acompanhamento do Recém-nascido (RN) através da puericultura, conforme protocolo na UBS de origem;
- Garantir imunização a 100% das crianças até 2 anos, independentemente do território de origem;
- Qualificar tecnicamente os profissionais envolvidos (pré-natal, puerpério e puericultura);
- Garantir acesso em tempo integral ao teste do pezinho, em período preconizado pelo MS, em todas as UBS, independentemente do território.

O planejamento das ações está sendo realizado com base nos dados epidemiológicos, para que as mesmas sejam concentradas em regiões onde há maior número de nascimentos. Em 2016, do total de 3.437 nascimentos, 25,04% foram da Região Administrativa Oeste, seguido de 15,83% da Região Administrativa Centro Urbano e 11,06% da Região Administrativa Norte.

1.3.2.3. Rede de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência

A Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, tem o objetivo de assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais para a pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Em Santa Maria, as pessoas portadoras dos diferentes tipos de deficiências (ou necessidades especiais) recebem atendimento na APAE, através do Centro Especializado em Reabilitação II (CER). O serviço é oferecido a pessoas de todas as faixas etárias e conta com atendimento de psicologia, neurologia, terapia ocupacional, ortopedia, fisioterapia e fonoaudiologia; são disponibilizadas, caso necessário, cadeiras de rodas, próteses e órteses. O usuário é encaminhado através de sua unidade de saúde para a Assistente Social da UBS Erasmo Crossetti, que faz a referência ao CER.

1.3.2.4. Rede de Atenção à Saúde de Doenças e Agravos não-transmissíveis – (DANTs)

As doenças crônicas não - transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. (MS, 2011).

O município de Santa Maria vem acompanhando as normativas que o Ministério da Saúde estipulou e desencadeando para esta rede de cuidado. Dentre os eixos estão sendo trabalhados em rede: Vigilância de acidentes e Violência (Violência doméstica, sexual e outras violências), Vigilância das Neoplasias, Doenças Cardiovasculares e atividades de promoção (alimentação saudável, controle do tabagismo e incentivo a atividade física).

As atividades que englobam esta rede de cuidado são desencadeadas pela atenção primária de Saúde, sendo a porta de entrada para prevenção e promoção de saúde, diagnóstico, tratamento e encaminhamentos especializados para outros pontos da rede.

a) Doenças Crônicas Não Transmissíveis:

As doenças crônicas são o resultado de multifatores que envolve a vida do ser humano, é um cuidado complexo, pois envolve: determinantes sociais, fatores de risco (tabagismo, consumo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável).

Segundo o MS, "... Como nos outros países, no Brasil, as doenças crônicas não - transmissíveis também se constituem como o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas

socioeconômicas e, de forma mais intensa, àqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda” (2011).

O município de Santa Maria desencadeia ações através da atenção básica, principalmente referente ao monitoramento de diabetes e hipertensos e também possui a Política do Tabagismo.

Está sendo realizado um diagnóstico das atividades e ações realizadas nas UBS/ ESF que envolvem promoção e prevenção das DCNTs.

Seguem as informações referentes ao indicador pactuado das doenças crônicas de Santa Maria:

Tabela 23 – Indicador 23 SISPACTO.

Nº	Tipo	Indicador	Unidade	Série Histórica- Santa Maria						2017
				2011	2012	2013	2014	2015	2016	
1	U	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	/100.000	371,7	382,6	346,61	382,6 3	337,8	418,65	Monitoramen to Anual Avaliação Anual Meta Anual: 410 1ª Qua. Parcial 114

Fonte: SISPACTO 2017-2021.

Objetivo e relevância do Indicador: Contribuir para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não - transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltado aos portadores de doenças crônicas.

Método de cálculo:

Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, deverá ser calculada a taxa bruta:

- numerador: número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID- 10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 - E14, em determinado ano e local.

- denominador: população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e BI Público.

143 óbitos (de 30 a 69 anos) / 124.924 (total de população de 30 a 69 anos) X 100.000 = **Taxa de óbitos 114** (1ª Quadrimestre)

Análise dos dados parciais encontrados:

A taxa bruta do 1º quadrimestre foi de 114 óbitos, considerando uma população de 124.924 hab. na faixa etária dos 30 a 69 anos considerados (óbitos prematuros). Portanto ocorreram 114 óbitos por 100.000 habitantes nesta faixa etária. O município pactuou uma taxa anual de 410 óbitos, se dividirmos por quadrimestre, seria de 103 óbitos no período. No primeiro quadrimestre atingimos uma taxa de 114 óbitos, 11 óbitos acima do esperado.

- O número total de óbitos no município no período de janeiro a abril de 2017 dentro da faixa etária de 30 a 69 anos foi de 230 óbitos. Cabe ressaltar que 62% do total dos óbitos do 1º quadrimestre nesta faixa etária, foram causados pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não - transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), sendo a primeira causa (54%) são por câncer, (38%) doenças do aparelho circulatório, (6%) diabetes e (2%) por doenças respiratórias crônicas.

Tabela 24 - Número de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, por doenças crônicas não - transmissíveis, conforme sexo referente ao 1ª quadrimestre de 2017.

Doença / Óbitos (faixa etária de 30 a 69 anos)	Masculino	Feminino	Total
Diabetes Mellitus	04	05	09
Neoplasias	39	38	77
Doenças do aparelho circulatório	33	21	54
Doenças respiratórias crônicas	0	03	03
Total	76	67	143

Fonte: SIM – Municipal - 2017

b) Prevenção das Violências e Promoção da Saúde e Cultura da Paz

O município de Santa Maria trabalha com o conceito de violência conforme OMS “Uso intencional da força física, ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo, ou uma comunidade que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (2002).

A coordenação desta política tem como objetivo desencadear os processos de notificação nos serviços de saúde, visando:

- Conhecer a magnitude dos principais tipos de violência;
- Conhecer o perfil das vítimas e dos autores das agressões;
- Caracterizar as lesões de maior ou menor gravidade;
- Dimensionar a demanda de atendimento de urgência;
- Revelar a violência doméstica, silenciada e camuflada nos lares;
- Reduzir morbimortalidade por acidentes e violência;
- Promover a saúde e a cultura da paz.

O trabalho está sendo desenvolvido no município, através da articulação com as redes de saúde (UBS, ESF), rede de urgência e emergência, Secretaria de Desenvolvimento Social, hospitais, rede de atenção psicossocial, e Ministério Público. As atividades são desencadeadas por encontros quinzenais com o grupo de trabalho integrado de enfrentamento as violências.

Segue abaixo a tabela com os dados referentes a número de notificações no município de Santa Maria no ano de 2016:

Tabela 25 – número de notificações no município de Santa Maria – 2016.

Munic. Notificação	Lesao_auto_provoc	Viol_Fisica	Viol_Psico/moral	Viol_Tortura	Viol_Sexual	Traf_Sere/s_Huma	Viol_Finan/Econo	Viol_Negli/Aband	Viol_Trab./Infant	Viol_Inter v_Legal	Outra_Violência
431690 Santa Maria	152	224	93	5	88	0	4	58	0	0	142
Total	152	224	93	5	88	0	4	58	0	0	142

Fonte: SINAN NET - RS

1.3.2.5. Rede de Urgência e Emergência (RUE)

O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Urgência e Emergência com o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país. Desde a publicação da portaria que instituiu essa política, o objetivo foi o de integrar a atenção às urgências. Hoje, a atenção primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família, enquanto o nível intermediário de atenção fica a cargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais (Ministério da Saúde).

- As portas de entrada para usuários do SUS no Município devem ser prioritariamente, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias Saúde da Família (ESF) e Policlínicas Especializadas; em segundo momento, em caso de urgência e/ou emergência, o usuário deve ser referenciado para a Rede de Urgência e Emergência (RUE). Esta é composta pelo Pronto Atendimento Municipal Flávio Miguel Schneider, Policlínica 24h Ruben Noal, Unidade de Pronto Atendimento - UPA, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Maria - SAMU e o Pronto Atendimento do Hospital Universitário de Santa Maria, onde apenas recebe pacientes referenciados das UPAs, do SAMU, da Policlínica Tancredo Neves, dos serviços de saúde do SUS e de outros municípios da área de abrangência da 4ª CRS e Bombeiros.
- A Rede de Atenção às Urgências e Emergências visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna (Ministério da Saúde)

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Maria - SAMU:

- O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, está instalado ao lado do Pronto Atendimento Municipal de Santa Maria, e está localizado na Rua Mauricio Sirotsky Sobrinho, 70, Bairro Patronato, sob gestão do Instituto Sócio Educacional da Biodiversidade – Instituto Masper, desde fevereiro de 2016. A central médica das urgências, localizada em Porto Alegre – RS, é parte integrante do SAMU 192, que no presente momento é responsabilidade do Estado, devendo ser vinculado ao número de habitantes do município,

- É o componente da rede de atenção às urgências que objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétricas, traumáticas e psiquiátricas, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. Trata-se de um serviço pré-hospitalar, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam e com a maior brevidade possível.

Tabela 26 – Recursos humanos SAMU SM/RS -2016.

Recursos Humanos 2016	
Médicos	08
Enfermeiros	05
Técnicos	15
Condutores	20
Administrativos	02
Serviços Gerais	02

Fonte: Setor de Recursos Humanos MASPER.

Tabela 27 – Número de atendimentos e descrição de frota SAMU SM/RS – 2016.

Atendimentos 2016	
Nº de atendimentos total	9.540
Frota	
USB	03
USA	01

Fonte: Setor de Recursos Humanos MASPER.

Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h:

A Unidade de Pronto Atendimento de Santa Maria é uma unidade de Porte III, qualificada, instalada ao lado do Hospital Casa de Saúde, localizada na Rua Ary Lagranha Domingues, nº 18, sob gestão da Associação Franciscana de Assistência à Saúde (SEFAS).

A UPA é intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e os Hospitais de referência, fazendo parte do sistema Hierarquizado da Rede de Atendimentos as Urgências e Emergências, servindo como Unidade de Estabilização para atendimentos referenciados do SAMU – 192.

Realiza atendimento clínico adulto, pediátrico e odontológico. Possui 12 leitos adultos, 04 leitos pediátricos, 04 leitos de emergência, 02 isolamentos (01 adulto e 01 pediátrico), possui sala de medicação e nebulização e realiza acolhimento com Classificação de Risco segundo protocolo Manchester.

Tabela 28 – Recursos humanos UPA 24hs e número de atendimentos SM/RS -2016.

Recursos Humanos	2016
Médicos	60
Enfermeiros	12
Técnicos de Enfermagem	42
Atendimentos	2016
Nº Atendimentos médicos	76.846
Nº Atendimentos Odontologia	2.576

Fonte: Setor de Recursos Humanos Associação Franciscana de Assistência à Saúde (SEFAS).

Pronto Atendimento Municipal Flávio Miguel Schneider:

O Pronto Atendimento Municipal de Santa Maria (PAM) foi inaugurado no dia 28 de Maio de 2006, está instalado Rua Maurício Sirotsky Sobrinho, 70, Bairro Patronato, sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Desde o início, os atendimentos foram norteados pelas regras de referência e contra referência utilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de forma que todo o usuário que procure o serviço seja encaminhado corretamente para o devido tratamento. O PAM é referência para atendimentos clínicos adultos e pediátricos (até 12 anos). Possuindo também atendimento odontológico no período noturno, finais de semana e feriados nas 24 horas.

O PAM é intermediário entre as Unidades Básicas de Saúde e os Hospitais de referência, também faz parte do sistema Hierarquizado da Rede de atendimentos de Urgências e Emergências, servindo como Unidade de Estabilização para os atendimentos referenciados ao SAMU – 192.

Em processo de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco baseado no Protocolo de Manchester.

Tabela 29 – Recursos humanos PAM e número de atendimentos SM/RS -2016.

Recursos Humanos (2016)	
Médicos Pediatras	10
Médicos Clínicos	11
Enfermeiros	17
Técnicos de Enfermagem	11
Agente Assistência	32
Odontólogos	06
Farmacêuticos	04
Técnicos em Radiologia	12
Recepcionistas (Serviço terceirizado)	08
Serventes de Higienização (Serviço terceirizado)	07
Atendimentos 2016	
Nº Atendimentos médicos	106.800
Nº atendimentos odontologia	6.864

Fonte: Setor de Recursos Humanos Secretaria de Município de Saúde.

Policlínica 24h Ruben Noal:

Localizada na região Oeste da cidade de Santa Maria, a Policlínica Ruben Noal possui características específicas de um serviço de baixa complexidade e conta com recursos tecnológicos e humanos adequados para atendimento emergencial desta natureza clínica e traumatológica.

Como é uma unidade 24 horas e localizada em uma região sem acesso rápido de pessoas advindas de regiões mais distantes, é uma referência para a população da região Oeste e arredores, para o primeiro atendimento adulto e infantil, que, caso necessário, recebem encaminhamento para outras referências.

Tabela 30- Recursos humanos PAM e número de atendimentos SM/RS -2016.

Recursos Humanos 2016	
Médicos	10
Enfermeiros	05
Técnicos de Enfermagem	02
Odontólogo	01
Agentes em Assistência	10
Recepcionistas	04
Administrativos	01
Motorista Ambulância	04
Higienização	04
Atendimentos 2016	
Nº Atendimentos médicos	48.528
Nº Atendimentos odontologia	1.212
Nº Atendimentos Enfermagem	44.688

Fonte: Setor de Recursos Humanos Secretaria de Município de Saúde.

1.4. GESTÃO DE SAÚDE

Conforme a Resolução Nº 555/12 – CIB/RS, que altera a configuração de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais (CIR), o Município está inserido na 1ª Região de Saúde, a qual pertence a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde – 4ªCRS, sendo essa polo de 32 municípios.

De acordo com a NOB 96, Santa Maria está na Gestão correspondente a plena da Atenção Básica aguardando as novas deliberações referentes às regiões de saúde.

1.4.1. Dados de Produção

A tabela apresenta algumas consultas / atendimentos da Atenção Básica e de Média Complexidade realizadas na Rede de Saúde do Município de Santa Maria – RS.

Tabela 31 - Relatório de produção da assistência.

Código	Consulta e/ou Procedimento	2015	2016	2017
03.01.01.011-0	Consulta Pré-Natal	7.390	9.309	9.032
03.01.01.003-0	Consulta Nível Superior Atenção Básica exceto Médico	25.096	43.132	46.549
03.01.01.006-4	Consulta Médica Atenção Básica	240.271	193.489	182.707
03.01.01.008-0	Consulta Puericultura	3.946	5.995	3.727
03.01.01.007-2	Consulta Médica Especializada	25.383	24.375	79.851
02.01.02.003-3	Coleta CP	6.493	6.191	5.171
03.01.01.012-9	Consulta Puerperal	326	582	672
03.01.01.004-8	Consulta Especializada exceto médico	9.681	11.462	19.045
03.01.06.006-1	Atendimento Urgência – Atenção Especializada	80.065	107.017	135.662
03.01.06.002-9	Atendimento Urgência c/ observação 24 horas			
04.01.01.002-3	Curativo Grau I com ou sem Debridamento	11.341	15.761	16.655
04.01.01.001-5	Curativo Grau II com ou sem Debridamento	3.686	6.156	7.380
03.01.05.014-7	Visita domiciliar por profissional de nível superior	291	1.650	2.378
02.14.01.008-2	Teste rápido para sífilis em gestante	374	1.295	982
02.14.01.004-0	Teste rápido para detecção de HIV em gestante	421	1.243	1.005
02.14.01.007-4	Teste rápido para sífilis	1.755	2.550	2.399
02.14.01.009-0	Teste rápido para detecção de hepatite C	584	1.395	2.414
00.21.40.101-0	Teste rápido para hepatite B	01	695	2.135
02.14.01.005-8	Teste rápido para detecção de infecção pelo HIV	1.745	2.589	2.579
00.98.90.011-0	Consulta de conclusão de tratamento odontológico	1.091	1.966	3.435
00.98.90.010-9	Consulta de retorno em odontologia	1.638	5.612	8.213
03.01.06.002-7	Atendimento de urgência em odontologia na Atenção Básica	960	1.481	1.675
00.00.00.033-3	Consulta odontológica à gestante (Código criado pela SMS para monitoramento)	-	92	362
-	Quantitativo geral de vacinas pelo SI-PNI	56.970	68.236	90.894

Fonte: Setor SIA-SUS / MV – Consulfarma

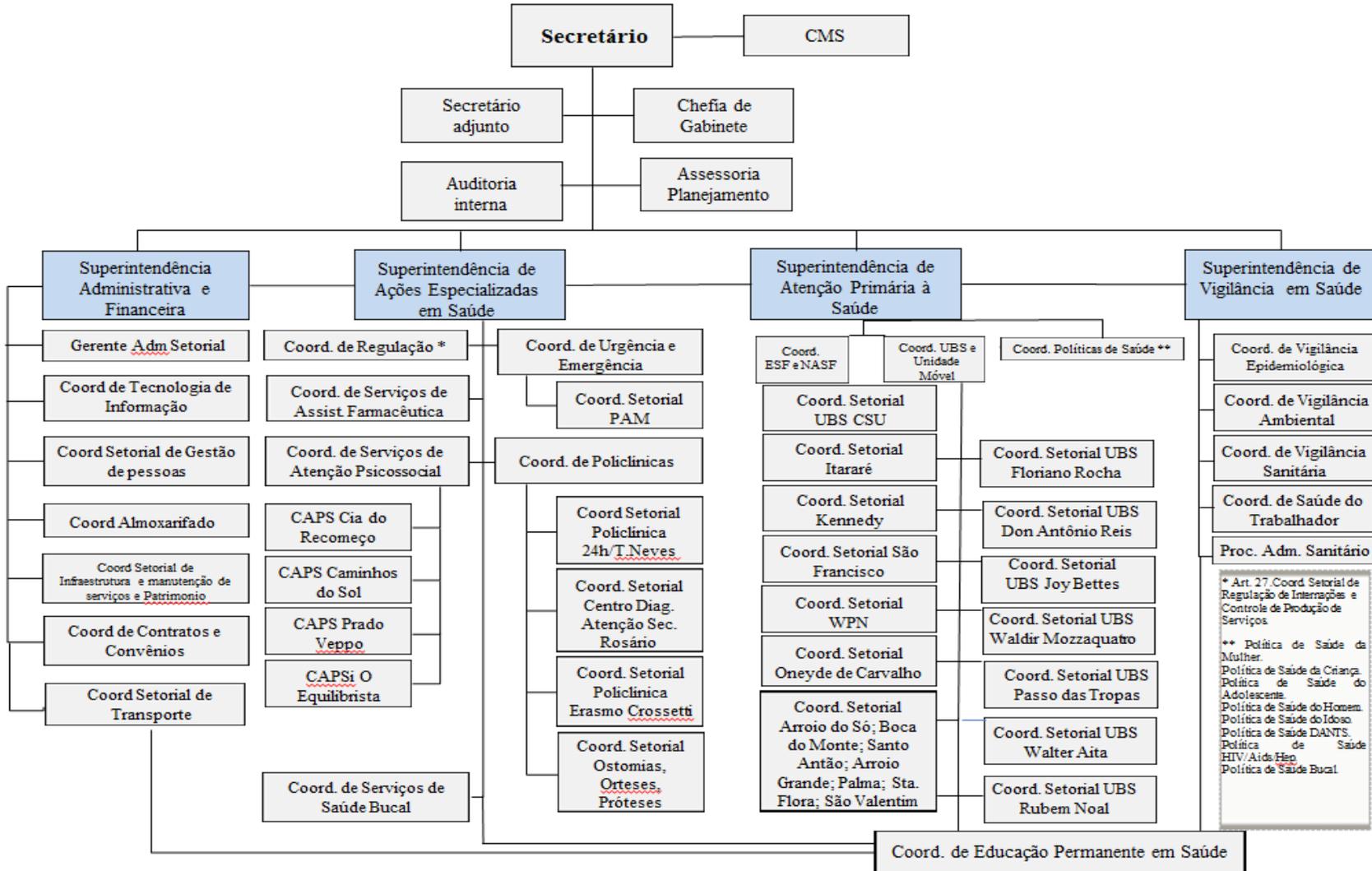
1.4.2. Estrutura Organizacional e Recursos Humanos

A Secretaria de Município da Saúde foi 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.

Ainda assim, o Art. 6º do Decreto Executivo nº 077, de 1º de junho de 2009, regulamenta a Estrutura Organizacional e funcionamento da Secretaria de Município da Saúde, conforme parágrafo único, Art. 7º, Lei Municipal nº5189, de 30-04-2009.

No segundo semestre de 2017 foi retomada a discussão acerca da implantação do Organograma e Fluxograma desta Secretaria, por acreditar que institucionalizar processos é o melhor caminho de desenvolvimento. Contudo, esta proposta foi encaminhada em dezembro do mesmo ano e está sob análise da administração municipal para sua execução final.

Figura 14 – Organograma SMS



Fonte: Gestão da SMS.

Tabela 32 - número e cargos de trabalhadores da SMS.

AGENTE ADMINISTRATIVO	39
AGENTE ADMINISTRATIVO AUXILIAR	14
AGENTE ADMINISTRATIVO I	2
AGENTE ADMINISTRATIVO II	1
AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE	108
AGENTE DE OBRAS I	2
AGENTE DE PROCESSAMENTO II	1
AGENTE DE SAÚDE (ESTADUAL)	1
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	16
AGENTE EM ASSISTÊNCIA	69
AGENTE REDUTOR DE DANOS A SAÚDE	4
ARQUITETO	1
ASSESSOR DE GOVERNO MUNICIPAL	2
ASSISTENTE SOCIAL	8
ATENDENTE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	7
AUXILIAR DE CONS. DENTÁRIO	8
AUXILIAR DE FARMÁCIA	4
AUXILIAR DE LABORATÓRIO	5
AUXILIAR DE OPERAÇÕES I	2
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	31
AUXILIAR DE SERVIÇOS TÉCNICOS	1
AUXILIAR EM ASSISTÊNCIA	21
AUXILIAR EM ENFERMAGEM	1
CHEFE DE GABINETE	1
CIRURGIÃO DENTISTA - ESF	8
COORDENADOR	7
COORDENADOR SETORIAL	13
ENFERMEIRO	66
ENFERMEIRO - ESF	24
ENGENHEIRO CIVIL	1
ENGENHEIRO DE SEGURANÇA	1
ENGENHEIRO FLORESTAL	1
FARMACÊUTICO-BIOQUÍMICO	17
FISCAL MUNICIPAL I	1
FISCAL MUNICIPAL II	11
FISIOTERAPEUTA	8
FONOAUDIÓLOGO	4
GERENTE DE PROJETOS	3
GUARDA MUNICIPAL	37
MÉDICO - ESF	4
MÉDICO CIRURGIA GERAL	2
MÉDICO CLÍNICO GERAL	47
MÉDICO CLÍNICO GERAL - ESF	2
MÉDICO GINECOLOGISTA	5
MÉDICO GINECO OBSTETRA	8
MÉDICO INFECTOLOGISTA	1
MÉDICO NEUROLOGISTA	2
MÉDICO OTALMOLOGISTA	2
MÉDICO PEDIATRA	14
MÉDICO PEDIATRA - ESF	1
MÉDICO PLANTONISTA	8
MÉDICO PLANTONISTA DE URGÊNCIA	1
MÉDICO PROCTOLOGISTA	1
MÉDICO PSIQUIATRA	2
MÉDICO RADIOLOGISTA	2
MÉDICO UROLOGISTA	2
MÉDICO VETERINÁRIO	3
MOTORISTA DE AUTOMÓVEL E UTIL	28
MOTORISTA DE CAMINHÃO	13
NUTRICIONISTA	2
ODONTOLOGO	25
OPERADOR DE MÁQUINA RODOVIÁRIA	1
PROFESSOR	4
PROGRAMADOR DE COMPUTADOR	1
PSICÓLOGO	21
PSICOPEDAGOGA	1
SOCIÓLOGO	1
SUPERINTENDENTE SERVIÇO DE SAÚDE/SECRETARIO	1
TÉCNICO EM AGROPECUÁRIA	1
TÉCNICO DE ENFERMAGEM - ESF	21
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	38
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	12
TÉCNICO EM SAÚDE MENTAL	7
TÉCNICO EM SEG. DO TRABALHO	1
TÉCNICO I	1
TELEFONISTA	2
VIGILANTE	2

Fonte: Recursos Humanos Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria até 16/05/2017.

Tabela 33 - Motivo da vacância de cargos.

ANO	MOTIVO DO AFASTAMENTO					Total
	Falecimento	Exoneração	Aposentadoria	Transferência	Retorno a 4ª CRS	
2012	02	05	06	-	-	13
2013	01	16	13	01	01	32
2014	-	24	17	-	-	41
2015	03	22	10	-	-	35
2016	01	11	20	01	-	33

Fonte: Recursos humanos Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria até 16/05/2017.

1.4.3. Financiamento do SUS

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) engloba o aporte de recursos das três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal de 1988, com vista à realização das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

A Lei Complementar nº. 141/2012 regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente nas despesas com saúde nas três esferas de governo, bem como estabelece as normas de fiscalização, avaliação e controle. Esta Lei trouxe definições importantes do que são gastos com saúde para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos na lei, sendo que os municípios devem aplicar 15% de suas receitas.

Outrossim, a Lei Complementar 141/2012 trouxe importantes mudanças no tocante ao mecanismo de controle, uma vez que além do Tribunal de Contas e do Sistema Nacional de Auditoria, foi incluído como entidade que deve exercer controle sobre as contas do Município, o Conselho de Saúde, munido agora do poder de rejeitar as contas apresentadas.

O Fundo Municipal de Saúde de Santa Maria foi criado pela Lei Municipal nº 3744 de 03 de janeiro de 1994, pois a existência de fundos especiais com a finalidade de gerir os recursos financeiros destinados a ações e serviços de saúde nas três esferas de governo é determinada pelas leis brasileiras desde 1990. A Emenda Constitucional nº. 29/2000, regulamentada pela Lei Complementar 141/2012, define a aplicação de recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por meio de fundo de saúde, o que implicou na institucionalização e organização do Fundo Municipal de Saúde para administrar esses recursos, dando cumprimento, inclusive, ao imperativo constitucional.

Na tabela a seguir temos a série histórica da despesa com ações e serviços públicos de saúde na receita líquida de impostos e transferências do município:

Tabela 34 – Série histórica da Execução de Receita e Despesa 2012-2016.

2012					
Fonte	Saldo em 31/12/2011	Receitas	Rendimentos	Despesas	Saldo em 31/12/2012
MUNICIPAL	R\$ 1.119.752,03	R\$ 45.883.970,30	R\$ 27.086,09	R\$ 44.849.443,60	R\$ 2.181.364,82
ESTADUAL	R\$ 4.125.804,70	R\$ 6.413.515,12	R\$ 21.786,49	R\$ 7.295.049,14	R\$ 3.366.057,17
FEDERAL	R\$ 11.629.041,20	R\$ 16.978.871,30	R\$ 80.015,59	R\$ 22.696.815,20	R\$ 6.291.112,89
TOTAL	R\$ 16.874.597,93	R\$ 69.276.356,72	R\$ 28.888,17	R\$ 74.841.307,94	R\$11.838.534,88

Participação da Receita Própria aplicada em Saúde, conforme LC 141/2012	18,54%
Per Capita, soma das 3 esferas	R\$ 283,25

2013					
Fonte	Saldo em 31/12/2012	Receitas	Rendimentos	Despesas	Saldo em 31/12/2013
MUNICIPAL	R\$ 2.181.364,82	R\$ 43.478.431,50	R\$ 44.466,06	R\$ 44.249.319,80	R\$ 1.454.942,58
ESTADUAL	R\$ 3.366.057,17	R\$ 11.810.258,00	R\$ 404.044,30	R\$ 11.691.015,20	R\$ 3.889.344,27
FEDERAL	R\$ 6.291.112,89	R\$ 22.447.274,09	R\$ 504.433,01	R\$ 22.535.660,95	R\$ 6.707.159,04
TOTAL	R\$ 11.838.534,88	R\$ 77.735.963,59	R\$ 952.943,37	R\$ 78.475.995,95	R\$12.051.445,89

Participação da Receita Própria aplicada em Saúde, conforme EC 29/2000 e LC 141/2012	15,81%
Per Capita, soma das 3 esferas	R\$ 280,84

2014					
Fonte	Saldo em 31/12/2013	Receitas	Rendimentos	Despesas	Saldo em 31/12/2014
MUNICIPAL	R\$ 1.454.942,58	R\$ 52.134.494,26	R\$ 96.984,92	R\$ 52.586.276,10	R\$ 1.100.145,66
ESTADUAL	R\$ 3.889.344,27	R\$ 10.419.048,86	R\$ 433.944,43	R\$ 11.954.132,03	R\$ 2.788.205,53
FEDERAL	R\$ 6.707.159,01	R\$ 21.809.579,66	R\$ 767.400,78	R\$ 23.781.677,09	R\$ 5.502.462,36
TOTAL	R\$ 12.051.445,86	R\$ 84.363.122,78	R\$ 1.298.330,13	R\$ 88.322.085,22	R\$ 9.390.813,55

Participação da Receita Própria aplicada em Saúde, conforme LC 141/2012	17,39%
Per Capita, soma das 3 esferas	R\$ 312,77

2015					
Fonte	Saldo em 31/12/2014	Receitas	Rendimentos	Despesas	Saldo em 31/12/2015
MUNICIPAL	R\$ 1.100.145,66	R\$ 64.490.037,74	R\$ 45.115,85	R\$ 64.373.127,24	R\$ 1.262.172,01
ESTADUAL	R\$ 2.788.205,53	R\$ 7.007.346,51	R\$ 361.708,91	R\$ 7.364.564,98	R\$ 2.792.695,97
FEDERAL	R\$ 5.505.462,36	R\$ 20.406.030,74	R\$ 809.890,19	R\$ 20.653.533,23	R\$ 6.067.850,06
TOTAL	R\$ 9.393.813,55	R\$ 91.903.414,99	R\$ 1.216.714,95	R\$ 92.391.225,45	R\$ 10.122.718,04

Participação da Receita Própria aplicada em Saúde, conforme EC 29/2000 e LC 141/2012	20,60%
Per Capita, soma das 3 esferas	R\$ 334,08

2016					
Fonte	Saldo em 31/12/2015	Receitas	Rendimentos	Despesas	Saldo em 31/12/2016
MUNICIPAL	R\$ 1.262.172,01	R\$ 66.669.364,28	R\$ 63.909,76	R\$ 66.459.661,45	R\$ 1.535.784,60
ESTADUAL	R\$ 2.792.695,97	R\$ 12.095.865,41	R\$ 420.000,47	R\$ 12.385.363,35	R\$ 2.923.198,50
FEDERAL	R\$ 6.067.850,06	R\$ 22.030.058,52	R\$ 980.909,93	R\$ 22.691.987,43	R\$ 6.386.831,08
TOTAL	R\$ 10.122.718,04	R\$100.795.288,21	R\$1.464.820,16	R\$101.537.012,23	R\$ 10.845.814,18

Participação da Receita Própria aplicada em Saúde, conforme LC 141/2012	19,40%
Per Capita, soma das 3 esferas	R\$ 365,55

Fonte: SARGSUS/MS

1.4.4. Participação Social

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) 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 CMS teve mais algumas modificações tornando-se mais autônomo com a Lei Municipal Nº 5875, de 30 de maio de 2014, que dispõe sobre o Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, como órgão integrante da estrutura organizacional da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria, como uma instância colegiada, deliberativa, fiscalizadora, propositiva e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde do Município, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, com caráter deliberativo na sua formulação, controle e avaliação. Na sua estruturação será composto, no art. 4º, por dois grupos distintos de entidades representativas dos diferentes segmentos sociais, onde o segmento dos usuários terá paridade em relação aos demais segmentos, nas seguintes proporções:

I - GRUPO I: Terá a proporção de 50% dos assentos e será composto por Órgãos Governamentais, Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde e Representações dos Trabalhadores de Saúde, assim distribuídos:

a) 25% dos assentos serão utilizados por Órgãos Governamentais e por Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde e;

b) 25% dos assentos serão utilizados por Entidades ou Grupos Organizados de Trabalhadores de Saúde.

II - GRUPO II: Terá a proporção de 50% dos assentos e será composto por Entidades Representativas ou Grupos Organizados de Usuários do SUS, como: Associações de Portadores de Patologias; Associações de Portadores de Deficiências; Movimentos Sociais e Populares Organizados; Entidades de Aposentados e Pensionistas; Sindicatos; Centrais Sindicais; Confederações e Federações de trabalhadores urbanos e rurais, exceto aqueles de categorias específicas de trabalhadores de saúde; Entidades do movimento estudantil; Entidades de defesa do consumidor; Associações de moradores; Conselhos Locais de Saúde; Entidades ambientalistas; Organizações religiosas, dentre outras organizações.

1.4.5. Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS)

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) iniciou suas atividades mais ligadas à integração entre ensino e serviço em 2007. O NEPeS foi instituído pela portaria 0040/2007/SMS com o objetivo de, conforme estabelecido pela Portaria nº 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004, instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004).

Em 2014, houve um redesenho do NEPeS na lógica da educação permanente, conforme Portaria EP, 2007: “A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, seja no estadual, seja no regional e seja mesmo no municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde”.

Pautada nesta lógica, o NEPeS foi reestruturado em quatro eixos temáticos estruturantes horizontais: qualificação profissional, cuidando de quem faz saúde, participação social e integração ensino-serviço, e um eixo transversal: Processo de trabalho. Atualmente compõem o quadro de funcionários do NEPeS dois enfermeiros, um sociólogo, um agente administrativo e um serviços gerais.

PROGRAMA EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO- PET GRADUA SUS

Instituído pela Portaria nº13/2015, com objetivo de mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para todos os cursos de graduação na área da saúde; qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade de forma articulada entre o Sistema Único de Saúde e as instituições de ensino; articulação com projetos do Ministério da Saúde e Ministério da Educação e/ou outros projetos de âmbito local ou regional relacionados à integração ensino-serviço-comunidade. Os projetos deverão atuar como pontos de fomento e organização das ações de integração ensino-serviço-comunidade no território de modo a articular suas ações com a de outros projetos que contribuem para fortalecer o movimento de mudança da formação de graduação em saúde, aproximando-a do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tabela 35 – Composição das equipes dos grupos PET GRADUA SUS de Santa Maria – RS, 2017.

INSTITUIÇÃO	COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM)	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador Geral - 01 (Servidor do Município) • Curso de Medicina: 01 Coordenador Docente, 03 preceptores profissionais e 02 alunos (graduação). • Curso de Serviço Social: 01 Coordenador Docente, 03 preceptores profissionais e 02 alunos (graduação). • Curso de Farmácia: 01 Coordenador Docente, 03 preceptores profissionais e 02 alunos (graduação).
CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO -UNIFRA	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenador Geral - 01 (Servidor do Município) • Curso de Medicina: 01 Coordenador Docente, 03 preceptores profissionais e 02 alunos (graduação). • Curso de Enfermagem: 01 Coordenador Docente, 03 preceptores profissionais e 02 alunos (graduação).

Fonte: NEPeS Santa Maria / RS.

Tabela 36 - Programas de residências no município UFN.

INSTITUIÇÃO	PROGRAMA	OBJETIVO
Universidade Franciscana	RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	Qualificar enfermeiras para atuarem no cuidado à saúde da mulher, nos processos de reprodução, gestação, parto e nascimento, puerpério, neonato e família, compreendendo seus aspectos sociais, culturais, emocionais, éticos e fisiológicos, orientados pelas boas práticas e evidências científicas, contemplando os princípios e diretrizes do SUS.
	PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL	Desenvolver competências voltadas para educação em serviço que visem ao aperfeiçoamento ético, humano e técnico-científico para o atendimento integral à saúde dos sujeitos, orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e pautadas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
	RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM REABILITAÇÃO FÍSICA	Qualificar os profissionais para a atuação em reabilitação mediante práticas interdisciplinares e multiprofissionais que visem o aperfeiçoamento ético, humano e técnico-científico para o atendimento integral à saúde das pessoas, famílias e comunidades, na rede de cuidado à pessoa com deficiência, facilitando a integração dos diferentes serviços da rede de reabilitação, articulando os diferentes níveis de complexidade no atendimento.
	RESIDÊNCIA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TRAUMA	Proporcionar aos profissionais enfermeiros conhecimentos específicos e qualificados sobre a assistência pré e intra-hospitalar de excelência em serviços de urgência, emergência/trauma.
	RESID. ATENÇÃO CLÍNICA COM ÊNFASE EM INFECTOLOGIA E NEUROLOGIA	Qualificar profissionais biomédicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos para atuarem na atenção clínica especializada com ênfase em Infectologia e Neurologia aplicada à promoção da saúde, ao diagnóstico e manejo de pessoas com doenças infectocontagiosas em especial as arbovirose e prevenção de complicações neurológicas decorrentes desses agravos na rede pública de saúde.
	RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE	O programa tem por objetivo geral desenvolver recursos humanos especializados em Medicina Geral da Família e Comunidade, com alto nível de resolutividade em sua atuação, promovendo o aperfeiçoamento ético, humano e técnico-científico do profissional médico e, desta forma, contribuindo para o atendimento das necessidades da população e para a melhoria da assistência médica.

Fonte: NEPeS Santa Maria / RS.

Tabela 37 – Número de residentes por programa 2013 – 2016.

Residências Centro Universitário Franciscano**ANO 2013**

Programa	Nº de residentes
Residência em Enfermagem Obstétrica	6

ANO 2014

Programa	Nº de residentes
Residência em Enfermagem Obstétrica	6

ANO 2015

Programa	Nº de residentes
Residência em Enfermagem Obstétrica	6
Residência em Enfermagem Urgência /Trauma	6
Residência em Saúde Mental	7

ANO 2016

Programa	Nº de residentes
Residência em Enfermagem Obstétrica	6
Residência em Enfermagem Urgência /Trauma	6
Residência em Saúde Mental	7
Residência em Reabilitação Física	5

ANO 2017

Programa	Nº de residentes
Residência em Enfermagem Obstétrica	6
Residência em Enfermagem Urgência /Trauma	6
Residência em Saúde Mental	7
Residência em Reabilitação Física	4
Residência em Atenção Clínica Especializada em Infectologia e Neurologia	8

Fonte: NEPeS Santa Maria /RS.

Tabela 38 - Programas de residências no município UFSM.

INSTITUIÇÃO	PROGRAMA	OBJETIVO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM)	RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE (UFSM). ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA/VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE MENTAL	Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da UFSM têm por objetivo formar profissionais de saúde qualificados na especialidade escolhida, com competências técnico-científica, sócio-política e ético-humanista, orientadas pelos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).
	RESIDÊNCIA MÉDICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE	Tem por objetivo a formação de especialista em nível de excelência em APS, visando à inserção efetiva e respeitosa dos médicos nas comunidades sob seus cuidados, assim como o senso de responsabilidade pela saúde da população, voltada à construção da cidadania e às ações em bases epidemiológicas.

Fonte: NEPeS Santa Maria /RS.

Tabela 39 -- Número de residentes por programa 2012 – 2016.

Relação do número de profissionais de saúde residentes do Programa de Residência Multiprofissional da UFSM inseridos nos serviços do município de Santa Maria			
ANO	Atenção Básica/ESF	Vigilância em Saúde	Saúde Mental
2012	16	3	26
2013	21	4	35
2014	28	5	29
2015	29	5	21
2016	20	6	14
2017	21	8	14

Fonte: NEPeS Santa Maria /RS.

Tabela 40 - Estágios e aulas práticas.

PROJETOS DE PESQUISA E EXTENSÃO				
2012	2013	2014	2015	2016
135	218	156	102	87
ESTÁGIOS REALIZADOS				
2012	2013	2014	2015	2016
1188 vagas	1584 vagas	914 vagas	1806 vagas	2575 vagas

Fonte: NEPeS Santa Maria /RS.

1.4.6. Planificação da Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), organizada e exercendo o seu papel resolutivo como coordenadora do cuidado dos usuários no território de sua responsabilidade, é fundamental para a conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para alcançar este objetivo, o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) e a Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) firmaram parceria, em junho/2015, para dar início às Oficinas de Planificação da Atenção Primária no RS, experiência que já se mostrou exitosa em outros estados, como Paraná, Minas Gerais, São Paulo e Ceará.

De acordo com o CONASS, para o alcance dos objetivos constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere à equidade e universalidade e para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira, a APS tornou-se o foco da Planificação (BRASIL, 2011). A APS pode ser definida como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É representante do centro de comunicação das RAS (BRASIL, 2011).

A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos

de atenção, formadas pelas necessidades populacionais de cada espaço regional singular, que objetiva promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada (BRASIL, 2010). São fundamentos da APS dentro das RAS: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização; identificar riscos, necessidades e demandas de saúde; elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS (MENDES, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Santa Maria/RS atualmente passa por um processo de transformação, melhoria e qualificação, que por meio da Planificação da Atenção Primária à Saúde (re) discute os processos de trabalho visando a melhoria ao acesso, propondo um atendimento de saúde equânime e universal a toda a população, através da mudança do modelo assistencial e igualmente proporcionando a qualificação dos profissionais de saúde para melhor atender a população.

Sabemos que a efetivação das mudanças macroestruturais disparadas pela Planificação será um processo lento, que requer esforços contínuos. No entanto, as atividades já realizadas demonstram avanços no que se refere à reorganização dos processos de trabalho nas unidades, garantindo melhoria no acesso dos usuários aos serviços e o planejamento da atenção, pautado nas necessidades locais. Essas mudanças poderão impactar positivamente nos indicadores de saúde e no fortalecimento da saúde no município.

No âmbito do município de Santa Maria, a continuidade desse processo conta com o apoio dos tutores (que trabalham diretamente com as equipes de APS na implementação das mudanças na unidade), de uma equipe de apoio aos tutores (acompanham o andamento das atividades), além do suporte e supervisão de facilitadores do CONASS, de profissionais da 4ª CRS e do NEPeS.

As atividades de tutoria visam complementar as oficinas de planificação com um modelo de melhoria voltado para a organização dos macro e microprocessos da APS por meio de gerenciamento de processos e com a utilização de uma concepção educacional diferenciada. A tutoria teve sua fase inicial de implantação em unidades-laboratório, que foram em um primeiro momento a ESF Roberto Binatto e ESF Lídia. Em seguida, iniciou-se uma fase de expansão que está buscando implementar as atividades de tutoria em todas as ESFs do município de Santa Maria.

Os avanços desencadeados pela Planificação da APS também precisam estar atrelados a investimentos de melhorias estruturais na Rede de Saúde de Santa Maria, sendo imprescindível a ampliação da cobertura de ESF, de completar e expandir o quadro de trabalhadores, devido às fragilidades estruturais atuais na APS do município, com a necessidade de aumentar a cobertura populacional estimada hoje em 22% para se atender às necessidades de saúde e especificidades das regiões de saúde municipais.

As oficinas aconteceram entre os meses de novembro de 2015 e junho de 2016, com carga horária total de 96 horas, sendo 16 horas cada oficina. Os conteúdos propostos nas 12 oficinas, originalmente pensadas pelo CONASS, foram

agrupados e distribuídos de forma a serem contemplados em seis oficinas para os municípios que aderiram ao projeto nas Regiões 1 e 2. Participaram deste processo cerca de 250 trabalhadores dos serviços de saúde, entre eles os integrantes de todas as equipes de ESF, as equipes de EACS – Estratégia de Agente Comunitário de Saúde, além de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), profissionais da Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria e Universidade Franciscana, docentes de Instituições de Ensino Superior do município, diretores, coordenadores e técnicos da SES e da SMS.

1.4.7. Territorialização da Atenção Primária em Saúde

Buscando a integralidade da atenção aos usuários atendidos pela Atenção Primária em Saúde (APS), alguns servidores de Santa Maria vêm trabalhando no processo de territorialização desde 2014. A partir de 2016, contamos com a parceria do geógrafo e professor da UFSM Rivaldo Faria, com um projeto de extensão no qual utilizamos a cartografia, integrante do NePeGS (Núcleo de Pesquisa em Geografia da Saúde).

Os critérios utilizados para a territorialização da APS, segundo o relatório das ações de extensão de Faria e Erthal (2016), foram:

- Os limites político-administrativos do Município (rural, urbano e Regiões Administrativas) foram respeitados.
- População residente: cada equipe de ESF (Estratégia de Saúde da Família) deveria atender até 4 mil hab, sendo recomendado 3 mil hab, e para as UBS (Unidades Básicas de Saúde Tradicionais) até 20 mil hab.
- Barreiras geográficas: foi considerada a presença de vias de acesso rápido (rodovias e vias arteriais), rios e vales; para facilitar a acessibilidade do usuário à Unidade.
- Vulnerabilidade social: foi elaborado um indicador composto de vulnerabilidade ou privação social, tendo como base a renda por domicílio, analfabetismo e densidade ocupacional (número de moradores por domicílio).

A seguir, podemos verificar de onde partimos (territórios atuais) para onde queremos chegar com a reorganização do território.

Figura 15 – Início dos trabalhos de territorialização.

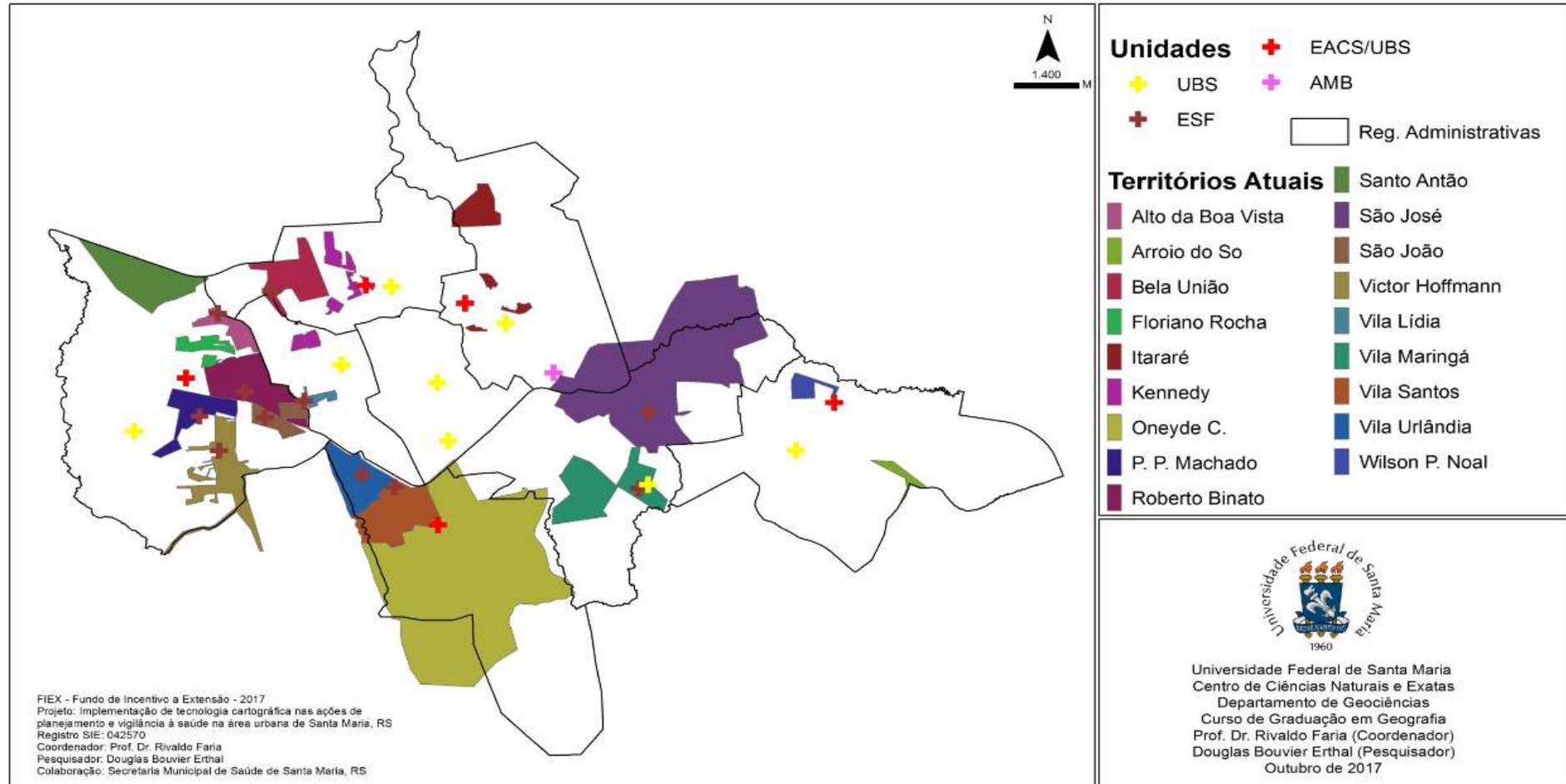


Figura 16 - Proposta de Territorialização da APS no Município.

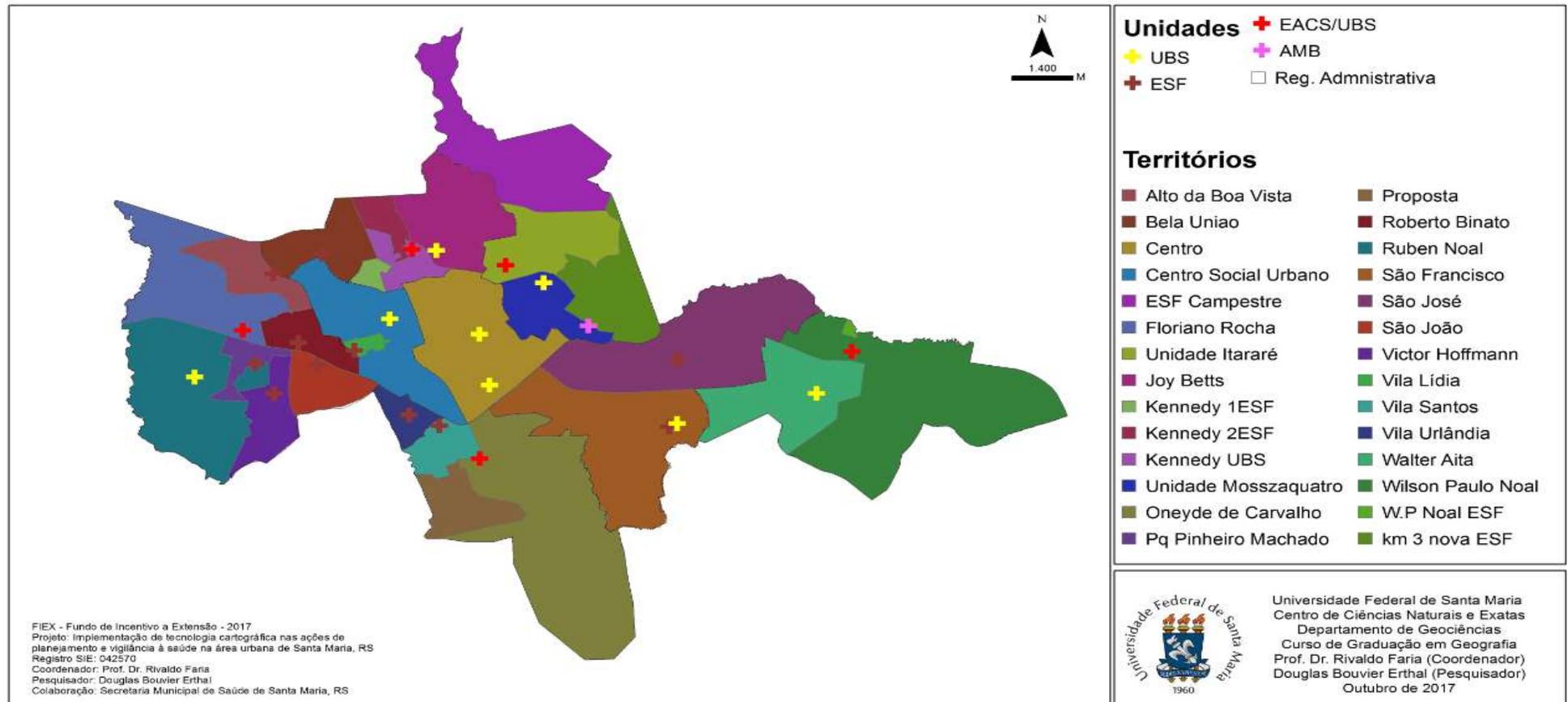
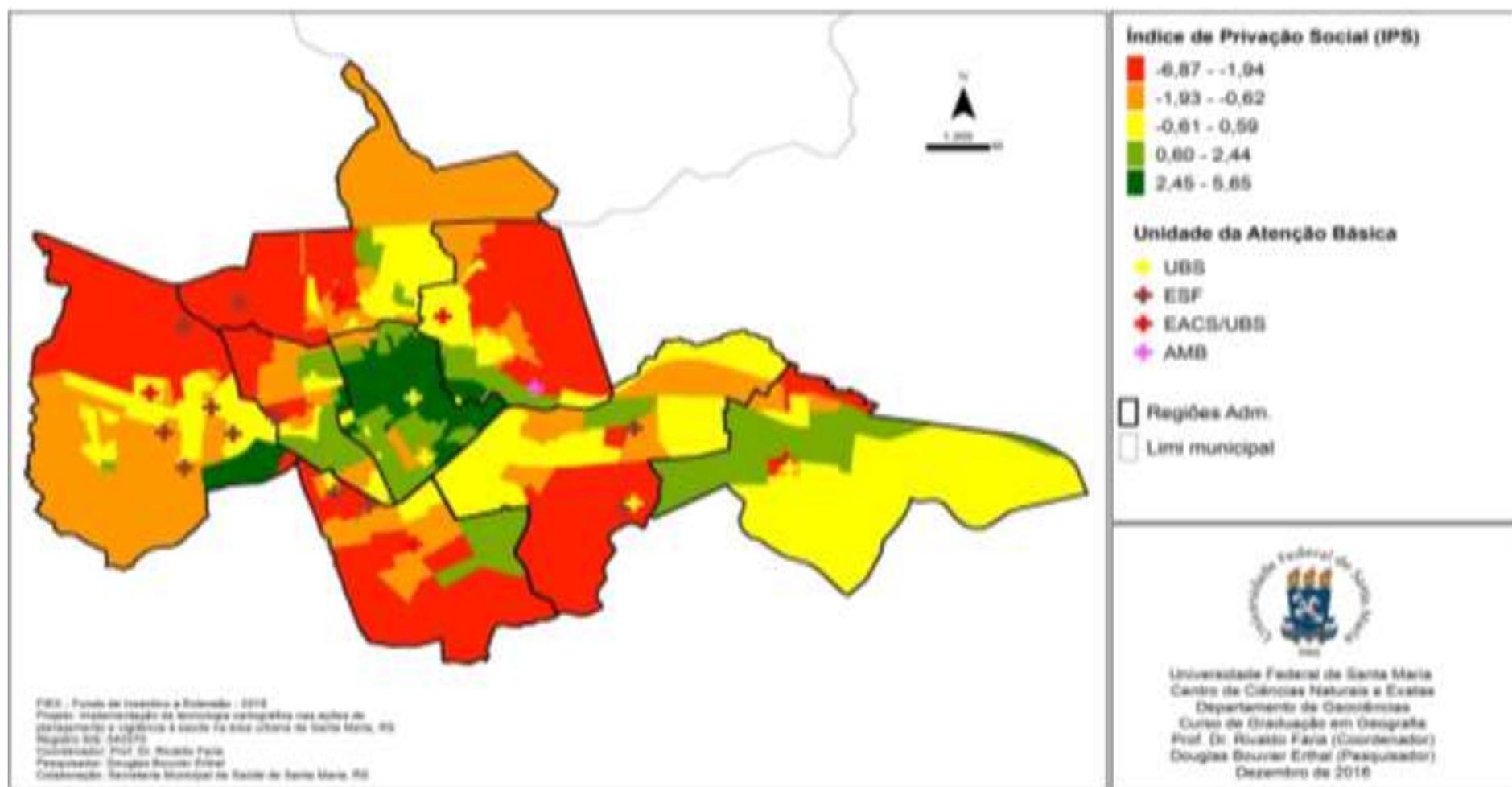


Figura 17 – Índice de privação social (IPS) da área urbana de Santa Maria, Rio Grande do Sul com dados do Censo Demográfico do IBGE de 2010.



A proposta da Secretaria de Saúde é que comecemos a reorganização na prática a partir da Região Oeste, pois é a região com maior número de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e também por apresentar o maior índice de privação social também.

1.5. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A 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. Tem como objetivo a promoção, proteção e recuperação da saúde pública através de ações que sejam capazes de eliminar, diminuir e 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.

Está dividida em quatro áreas de atuação: Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica/ Imunizações; Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador.

1.5.1. Vigilância Sanitária

Foi criada pela Lei Municipal nº 4040, de 27/12/1996, que “dispões sobre normas de saúde em Vigilância Sanitária, estabelece penalidades e dá outras providências”

- Setor/Coordenadoria de Fiscalização de Alimentos, Zoonoses e Produtos Agropecuários - COFAPA: Atua no cadastramento, fiscalização e licenciamento do comércio varejista de alimentos e agropecuárias, bem como na orientação e prevenção de doenças zoonóticas.
- Setor/Coordenadoria de Engenharia Sanitária - COESA: atua na fiscalização, monitoramento e análise de projetos físicos/arquitetônicos de estabelecimentos sujeitos às ações de vigilância sanitária, conforme Decreto do Executivo nº 18, de 02/02/2012.
- Setor/Coordenadoria de Serviços de Interesse à Saúde - COSIS: atua no cadastramento, fiscalização e licenciamento de estabelecimentos de interesse à saúde, tais como: ambulatórios, instituições de longa permanência para idosos, consultórios e clínicas em geral, laboratórios em geral, óticas, comunidade terapêutica, entre outros.
- Setor/Coordenadoria de Produtos de Interesse à Saúde - COPIS: 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/Coordenadoria de Estabelecimento de Interesses da Saúde - COFEISA : atua no cadastramento, fiscalização e licenciamento de estabelecimentos,

tais como: indústria em geral, estabelecimento de comércio de serviços, estabelecimento de educação infantil, estabelecimento de ensino de 1º, 2º e 3º graus, hotéis/motéis, academias de ginásticas, clubes recreativos com e sem piscina, postos de combustíveis, templos/igrejas, serviços de limpeza de caixa d'água, desinsetização e desratização.

- Setor de Processo Administrativo Sanitário: Atua na instauração, controle e encerramento dos processos administrativos sanitários decorrentes das ações de Vigilância em Saúde.

AÇÕES DESENCADEADAS:

- Atendimento ao público, prestando esclarecimentos técnicos e informações sobre legislação e documentação sanitária referente aos estabelecimentos/atividades sujeitos às ações de Vigilância Sanitária;
- Fiscalizações/inspeções em estabelecimentos/atividades sujeitos à Vigilância Sanitária;
- Elaboração e Expedição de: Relatórios de Inspeções, Termos de Compromisso para Adequações, Autos de Infrações, Certidões, Pareceres, Alvarás Sanitários, Ofícios, Memorandos e demais instrumentos utilizados nas ações de VISA, no exercício das suas atribuições;
- Revisão da documentação que compõe o processo de requerimento de Alvará Sanitário;
- Apuração de denúncias referentes aos estabelecimentos/atividades fiscalizados e licenciados pela VISA;
- Atendimento das solicitações do Poder Judiciário, Ministério Público, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Secretaria Estadual de Saúde e 4ª CRS;
- Autenticações/vistos em Livros de Registros de Procedimentos;
- Participação em cursos/capacitações/seminários/reuniões internas e com outros setores e entidades;
- Palestras sobre Vigilância em Saúde (atividades educativas para a população).
- Setor de Engenharia e Arquitetura: Fiscalização do contrato Stericycle (resíduos de serviços de saúde), análise de projetos conforme decreto executivo nº 18/2012, vistorias de áreas físicas (privado e público), elaboração de relatório e pareceres técnicos (setor privado e público). Atendimento às demais solicitações das outras vigilâncias.

1.5.2. Vigilância Epidemiológica/Imunizações

- 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.
- 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.

AÇÕES DESENCADEADAS:

- Alimentação diária e monitoramento dos seguintes sistemas de informação, ligados diretamente ao Ministério da Saúde:
SIM – Sistema de Informação Mortalidade
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIVEP-DDA – Sistema de Informação de Doenças Diarreicas Agudas
SIPNI – Sistema de Informação de Programa Nacional de Imunizações
SIES – Sistema de Informação de Insumos Estratégicos
- Revisão mensal de relatórios de vacinas, interagindo com as unidades de saúde;
- Distribuição diária de insumos e vacinas.

INVESTIGAÇÕES:

- Declaração de óbitos: fetal, infantil (menores de 5 anos), mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e causas mal definidas. Através de visitas domiciliares, verificação dos prontuários médicos nas instituições de saúde.
- Declaração de Nascido Vivo: verificação e complementação de dados relacionados ao preenchimento do formulário.
- SINAN – Doenças de Notificação Compulsória (48 doenças): investigação de notificações de leptospirose, dengue, meningite, H1N1 e surtos e vacinação de bloqueio quando necessário. Encaminhamentos de exames e amostras ao Lacen para confirmação ou descarte do agravo EAPV – Evento adverso pós-vacinação.
- Monitoramento das salas de vacina quando do desabastecimento de energia elétrica (32 salas e a rede de frio, sito Vigilância)
- Monitoramento da Violência em Saúde

CAMPANHA DE VACINAÇÃO:

- Campanha de Vacinação da Gripe e vacinação dos trabalhadores de Saúde nos hospitais da cidade e instituições de longa permanência.
- Campanha de Multivacinação.

ORIENTAÇÕES E EDUCAÇÃO EM SERVIÇO:

- Atendimento ao público em geral para orientações sobre doenças de notificação e vacinas.
- Contato direto com os serviços de saúde públicos e privados para orientação e complementação de dados.
- Parceria com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, para capacitação e atualização aos profissionais de saúde, treinamento teórico e prático em sala de vacina.
- Integração com instituições de ensino.
- Integração com alunos de graduação e de residências.
- Análise e monitoramento dos indicadores de saúde pactuados.

- Elaboração de relatórios.

TRANSPORTE:

- Insumos para o abastecimento para as salas de vacina
- Encaminhamentos de material biológicos para o LACEN
- Visita domiciliares

1.5.3. Vigilância Ambiental

Temos como definição pela Instrução Normativa do MS – Secretaria de Vigilância em Saúde, nº01, de 07 de março de 2005: “Vigilância Ambiental em Saúde é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde”.

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;
- Ações de controle químico, físico, biológico e educacionais de vetores e de eliminação de criadouros.

- Captura de vetores e reservatórios, bem como investigação dos casos de doenças zoonóticas de notificação compulsória.
- Vigilância do ar e do solo.

AÇÕES DESENCADEADAS:

- Vigilância do controle de Qualidade da Água para consumo Humano, atendendo as normativas do Ministério da Saúde do programa VIGIAGUA: cadastro, inspeção e monitoramento de sistemas de abastecimento e soluções alternativas coletivas de água com finalidade para consumo humano.
- Combate ao controle do mosquito *Aedes aegypti*:
 - ❖ Levantamento de Índice Rápido de Infestação – LIRA (para observar o nível de infestação do município).
 - ❖ Levantamento de índice e tratamento químico: áreas com a amostra positiva para o vetor.
 - ❖ Visitas quinzenais nos pontos estratégicos.
 - ❖ Análise entomológica de larvas, pupas e alados.
 - ❖ Tratamento focal (larvicida) e perifocal (borrifação) dos pontos com a presença do *Aedes aegypti*.
- Monitoramento da Doença de CHAGAS e Febre Amarela: Visita aos Pontos de Identificação de Triatomíneos – PITS
- Orientações e Educação em serviço:
 - ❖ Integração com as escolas municipais, estaduais e universidades.
 - ❖ Participação em eventos para orientações referentes às ações de prevenção e controle do *Aedes aegypti*.
 - ❖ Plano de enfrentamento da microcefalia: com ações integradas junto às equipes de Agentes Comunitários de Saúde.
 - ❖ Trabalho em conjunto com as Agentes Comunitário de Saúde e Unidades Básicas de Saúde.
 - ❖ Integração com alunos da graduação e residentes (UFN/ UFSM)
 - ❖ Trabalho intersetorial com as secretarias municipais e outras instituições, de acordo com as necessidades que surgirem.
 - ❖ Inspeção Zoonosológica de Criações de Animais Domésticos, a fim de verificar as condições higiênico-sanitárias e os fatores de risco associados à saúde humana;
 - ❖ Inspeção Zoonosológica em residências, terrenos baldios, vias e logradouros públicos, referente a animais sinantrópicos (baratas, ratos, moscas, morcegos, pombos, entre outros);
 - ❖ Observação de animais (cães e gatos) associados a mordeduras, conforme a Nota Técnica da Raiva do Estado do Rio Grande do Sul e o Programa de Controle e Profilaxia da Raiva no Rio Grande do Sul;
 - ❖ Realizar a coleta de material biológico (cabeça de cães e gatos, corpo inteiro de morcegos) conforme a Nota Técnica da Raiva do Estado do Rio Grande do Sul e o Programa de Controle e Profilaxia da Raiva no Rio Grande do Sul;
 - ❖ Realizar a Investigação dos Casos Suspeitos de Leptospirose Humana e

Animal, conforme Portaria das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória;

- ❖ Realizar a Investigação dos Casos Suspeitos de Leishmaniose Visceral Canina, conforme Portaria das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória;
- ❖ Realizar a coleta de material biológico de cães suspeitos de Leishmaniose Visceral Canina;
- ❖ Realizar ações integradas com demais órgãos da Prefeitura Municipal de Santa Maria, para desenvolver atividades compatíveis com a Vigilância Ambiental em Saúde (Vigidesastres, Vigiquim, Vigisolo, Vigiar);
- ❖ Atuar junto à Defesa Civil no mapeamento das áreas de Risco (deslizamento de solo, suscetíveis a enchentes e seca, entre outros);
- ❖ Desenvolver a Preceptorial do SUS, junto a residentes da UFSM e UFN;
- ❖ Desenvolver ações integradas com as Equipes de Agentes Comunitário de Saúde e Unidades Básicas de Saúde e Estratégias Saúde da Família;
- ❖ Realizar ações de Educação Permanente junto a diversos setores (Universidades, Faculdades, Associações, Sindicatos, Escolas, entre outras); e
- ❖ Atendimento ao público em geral.

1.5.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador

Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, como definido na Portaria GM/MS nº 3252 de dezembro de 2009, que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos.

São objetivos da Saúde do Trabalhador:

- Identificar o perfil de saúde da população trabalhadora;
- Intervir nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los;
- Avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, controle e atenuação dos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde, para subsidiar a tomada de decisões das instâncias do SUS e dos órgãos competentes, nas três esferas de governo.
- Utilizar os diversos sistemas de informação para o VISAT

AÇÕES DESENCADEADAS:

- Alimentação diária e monitoramento dos sistemas de informação: Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador – SIST e Relatório Individual de Notificação de Agravo – RINA.
- Investigações: Acidentes de trabalho graves, material biológico.

- Orientações e Educação em serviço:
 - ❖ Atendimento ao público em geral para orientações sobre doenças de notificação e saúde do trabalhador.
 - ❖ Efetuar inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho, identificar e analisar os riscos existentes, bem como propor as medidas de prevenção necessárias.
 - ❖ Contato direto com os serviços de saúde públicos e privados para orientação e complementação de dados.
 - ❖ Parceria com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, para capacitação e atualização aos profissionais de saúde.
 - ❖ Análise e monitoramento dos indicadores de saúde pactuados
 - ❖ Elaboração de relatórios

2. EIXOS, DIRETRIZES, METAS E INDICADORES

As ações das equipes que atuam na Rede de saúde do município de Santa Maria são pautadas pelos indicadores de saúde pactuados pelo gestor local, nos diversos instrumentos de pactuação de âmbito nacional, estadual e municipal entre os quais se destaca o SISPACTO – Planilha de Pactuação – Propostas de Metas para 2017 – 2021 (anexo 1).

EIXO NORTEADOR I: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Objetivo: “Efetivar a Atenção Básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo da saúde da família – e promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde”.

DIRETRIZ 1 – FORTALECER E AMPLIAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

META	INDICADOR	PRAZOS	
		2018/2019	2020/2021
1. Definir territórios de atuação das UBS/ESF e sua população adscrita no território, dentro das Regiões Administrativas.	% de população com território adscrito.	100%	-
2. Ampliar a cobertura de Atenção Primária em Saúde segundo o pactuado na Pactuação Interfederativa 2017 – 2021 (SISPACTO).	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	60%	64%
3. Ampliar o número de equipes de Estratégia Saúde da Família em regiões com índice composto de vulnerabilidade ou privação social elevado, sendo estas, região oeste: Alto da Boa Vista e Santa Marta (núcleo central) – uma equipe/cada, Distrito de Boca do Monte - uma equipe; região centro leste: Maringá - duas equipes, região nordeste: Quilometro 3 - uma equipe, região sul: Passo das Tropas – uma equipe.	Nº de equipes implantadas	07	07
4. Implantar o Programa Mãe Santa-mariense, garantindo o cuidado no pré-natal, parto, puerpério e às crianças nos primeiros 2 anos de vida.	Programa implementado	80% das UBS	100% das UBS
5. Reduzir a transmissão vertical da Sífilis.	Número de casos novos de sífilis congênita	60 (2018) 59 (2019)	58 (2020) 58 (2021)
6. Reduzir a incidência de Aids em menores de 5 anos.	Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos	Zero	Zero
7. Implantar terceiro turno na APS, a partir de indicadores epidemiológicos das regiões com índice composto de vulnerabilidade ou privação social elevado.	Nº de Unidades de Saúde com 3º turno implantado	01 UBS	01 UBS
8. Elaborar e implantar a Carteira de Serviços essenciais da APS.	Carteira elaborada	80% das UBS	100% das UBS

9. Planejar e monitorar as ações da APS tendo por base dados da vigilância em saúde, integrando com as políticas implantadas no Município e propondo novos indicadores, quando necessário, em cooperação com as IESs e equipamentos sociais da região.	Número de UBS	80% das UBS	100% das UBS
10. Ampliar o número de visitantes do PIM nas regiões de índice composto de vulnerabilidade ou privação social elevado.	Nº de visitantes novos do PIM	16	25
11. Implementar protocolos/ diretrizes terapêuticas preconizadas pelo Ministério de Saúde/SES-RS referente às políticas instituídas no município.	Número de Protocolos implantados	60% das UBS	100% das UBS
12. Ampliar a cobertura das equipes de Saúde Bucal na rede da Atenção Primária em Saúde para 40%.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	27 (2018) 35 (2019)	35 (2020) 40 (2021)
13. Implantar um modelo de atenção regionalizado em toda a Atenção Primária em Saúde, com equipes de ESF, Unidades Básicas e Unidades de Referência.	% de regiões administrativas com sistema regionalizado	50% das regiões administrativas	100% das regiões administrativas
14. Fortalecer o Programa Sorria Santa Maria, oferecendo atendimento odontológico em dias e horários alternativos.	Nº de edições por ano	10 edições/ano	10 edições/ano
15. Implantação do Programa Melhor em Casa (Equipe Multiprofissional Assistência Domiciliar), com três equipes completas de EMAD e uma equipe completa de EMAP (equipe Multiprofissional de Apoio).	Nº de equipes implantadas	02 equipes EMAD	01 equipe EMAD 01 equipe EMAP
16. Implementar equipes de NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).	Nº de equipes implantadas	01	02
17. Efetivar e ampliar as notificações compulsórias de toda a Rede de Atenção à Saúde.	% de Serviços da Rede com serviço de notificação	80% dos serviços	100% dos serviços
18. Garantir atendimento odontológico as crianças até 10 anos de idade atendidos na APS.	% de crianças menores de 10 anos com atendimento odontológico na APS	50%	80%
19. Reorganizar o processo de trabalho em toda a Atenção Básica, conforme proposta da Planificação da Atenção à Saúde, priorizando o acolhimento com estratificação de risco, o pré-natal de risco habitual, puericultura e as condições crônicas, buscando uma maior resolatividade da rede.	% da APS que aderiram ao Processo de Planificação da Atenção à Saúde	50% das UBS	100% das UBS

20. Promover a integração da Atenção Primária em Saúde e Atenção Psicossocial, através de ações de matriciamento da RAPS, com protocolos, estratificação de risco e fluxos definidos.	Ações de Matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	75% (2018) 100% (2019)	100% (2020) 100% (2021)
21. Garantir o atendimento integral à saúde pela equipe completa na Unidade Móvel (40 horas/semana) de acordo com dados epidemiológicos das regiões atendidas	Carga horária de atendimento completa	40 hs semanais	40 hs semanais
22. Aumentar o número de ações previstas pelo PSE nas escolas pactuadas na adesão.	Nº mínimo de ações do PSE desenvolvidas nas escolas pactuadas/Ano	03 ações por Escola	05 ações por Escola
23. Instituir o apoio matricial do SAE HIV/AIDS (Serviço de Atenção Especializada) a APS.	Serviço Instituído		100% das UBS
24. Desenvolver ações em saúde coletiva voltada às populações vulneráveis (negras, indígenas, LGBTTs e prisionais)	Inclusão da temática em todas as Programações Anuais de Saúde	100%	100%
25. Oportunizar acesso a População Quilombola (12 famílias, em torno de 60 pessoas) aos serviços de saúde do Município, tendo como referência a Unidade de Saúde Wilson Paulo Noal.	% População atendida na Unidade de Saúde	100%	100%
26. Monitorar o acesso da População Indígena Guarani e Kaigangs aos serviços de saúde mais próximo (UBS Ruben Noal e UBS D. A. Reis, respectivamente), além do atendimento da Unidade Móvel de saúde mensalmente, conforme pactuado com os representantes da População Indígena.	Planilha de monitoramento dos atendimentos realizados mensalmente	100%	100%
27. Realizar acompanhamento das condicionalidades de saúde dos usuários beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	42%	50%
28. Construir a linha de cuidado da Pessoa com Deficiência, compartilhando o cuidado entre a Atenção Primária e Atenção Especializada.	Linha de cuidado implantada	2019	
29. Implantar linhas de cuidado a todos os grupos, por ciclo de vida, portadores de DANT´S (Doenças Crônicas, priorizando Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e HIV/AIDS).	Nº de linhas de cuidado implantadas	02	02
30. Promover ações de promoção e prevenção a saúde para a população idosa, por meio de equipe multiprofissional e parcerias com instituições de ensino e aproximação com a saúde mental	Nº de ações de promoção e prevenção realizadas	04 ações/ano	04 ações/ano

31. Promover a integração dos diferentes pontos de atenção à saúde para a realização de fluxos de referência e contra-referência, na Rede de Saúde Municipal.	% de serviços da rede de atenção com fluxo de comunicação de referência e contra - referência implantado.	60	100
32. Atingir a proporção de alta por cura de Tuberculose (TB) Pulmonar acima de 85% e abandono abaixo de 5%	Proporção de cura de casos novos de tuberculose	85%	85%

DIRETRIZ 2 – AMPLIAR E QUALIFICAR A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

META	INDICADOR	PRAZOS	
		2018/2019	2020/2021
1. Informatizar as marcações de consultas e exames, de forma a qualificar os processos de trabalho, viabilizando o monitoramento e a avaliação dos respectivos indicadores.	% de Portas de Entrada informatizadas	80%	100%
2. Gerenciar a regulação do acesso e a organização do sistema de saúde, possibilitando o dimensionamento da demanda do atendimento especializado eletivo e de urgência.	Instrumento mensal de controle e monitoramento da produção instituído	2018	
3. Disponibilizar acesso a exames básicos (Raios X, Ultrassom obstétrico, Eletrocardiograma e Eletroencefalograma) em 60 dias.	% de exames realizados	100%	100%
4. Implantar um sistema informatizado de compartilhamento interinstitucional de resultados de exames diagnósticos.	Sistema informatizado instituído		X
5. Realizar o monitoramento e a avaliação do sistema de regulação tendo em vista a garantia de que as demandas especializadas sejam reguladas.	% das demandas reguladas	70% (2018) 80% (2019)	100%
6. Sistematizar o fluxo de atendimento nas Unidades de Referência do Município, com atendimento das demandas referenciadas pela Atenção Primária.	% de fluxos estabelecidos e instituídos	80%	100%
7. Manter, no mínimo, três (3) especialidades nas Unidades de Referência/Policlínicas, conforme disponibilidade de profissionais, estrutura física e indicadores epidemiológicos, servindo de suporte à APS.	Nº de especialidades/ Policlínica	03/Policlínica	03/Policlínica
8. Articular junto à SES e ao MS a oferta de serviços que o Hospital Regional disponibilizará à rede municipal, buscando contemplar suporte especializado e reabilitação, sobretudo aos doentes crônicos.	Serviço instituído	X	

9. Promover a integração dos diferentes pontos de atenção à saúde para a realização de referência e contra-referência e transferência do cuidado, através da implantação de fluxos de comunicação entre atenção primária e especializada.	% de serviços da RAS com fluxo de comunicação de referência e contra referência implantado/ano	60	100
10. Garantir a transparência pública e socialização dos convênios, contratos e termos de colaboração entre o Município, prestadores de serviços e controle social via sistema web na página da PMSM	Material disponível na página da PMSM		x
11. Instituir a PEP (profilaxia pós-exposição sexual e ocupacional) em todos os pronto atendimentos do município (3).	Instituir a PEP nos 3 PA no Município	X	
12. Implantar o Atendimento Ambulatorial Especializado (SAE) para pacientes soropositivos, com Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM).	Serviço implementado	2019	
13. Acolher 100% dos pacientes com resultado reagente para HIV/Aids, Hepatites Virais e IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) na atenção básica e especializada.	Percentual de usuários atendidos em primeira consulta com diagnóstico recente.	100%	100%
14. Prestar atendimento multiprofissional aos usuários que acessam o serviço do Setor de Estomizados, Próteses, Órteses, Oxigenoterapia Domiciliar e portadores de lesão.	Percentual de usuários que acessam o serviço	100%	100%
15. Manter, no mínimo, a oferta de 4 especialidades no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Nº de especialidades ofertadas	04	04

DIRETRIZ 3 – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

META	INDICADOR	PRAZOS	
		2018/2019	2020/2021
1. Implantar o Plano de Urgência e Emergência do Município.	Plano Instituído	2018	
2. Garantir a participação do município junto à SES nos GTS de Urgência e Emergência e GTS de Regulação (leitos de UTI).	Percentual de participação nos GT	100%	100%
3. Garantir a assistência laboratorial para exames de urgência (24 horas), através de protocolos estabelecidos.	Serviço Ativo	100%	100%
4. Garantir o atendimento e Classificação de risco nos serviços de U/E do município.	Serviço Instituído	15 hs	24 hs

5. Instituir Indicadores de Monitoramento periódico (quadrimestral)	Nº de Indicadores instituídos/Ano	4	6
6. Estabelecer atendimento em assistência social (no mínimo um turno por dia) para os usuários em observação no PAM	Serviço Instituído		x
7. Garantir a continuidade dos serviços de urgência e emergência (UPA 24h) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), mediante cofinanciamento Estadual e Federal.	Nº de Serviços Mantidos/Instituídos	2	2
8. Pleitear junto a 4ªCRS a disponibilidade de leitos de retaguarda para suporte aos Serviços de Urgência e Emergência do Município.	Nº de Leitos disponibilizados	Mínimo 35 leitos	Mínimo 35 leitos

DIRETRIZ 4 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

META	INDICADOR	PRAZOS	
		2018/2019	2020/2021
1. Disponibilizar 100% dos medicamentos adquiridos pela Secretaria de Saúde para atender às necessidades de saúde da população.	% de itens de medicamentos programados e disponibilizados	100%	100%
2. Divulgar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e os fluxos da assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde	Existência da REMUME e fluxo impressos e disponíveis nas Redes de atenção básica	Ação continuada	Ação continuada
3. Atualizar anualmente a REMUME, de acordo com o perfil epidemiológico da população.	REMUME atualizada	1 atualização/ano	1 atualização/ano
4. Assumir a dispensação dos medicamentos que estão sob responsabilidade da Farmácia do Estado, desde que haja recursos humanos e estrutura física.	Município assumir a Farmácia do Estado	2019	
5. Implantar uma farmácia distrital na Região Administrativa Norte	Farmácia Implantada		2020
6. Garantir e incentivar atuação de instituições de Ensino e Pesquisa na Assistência Farmacêutica em parceria com o Núcleo de Educação Permanente em Saúde	Nº de ações realizadas em parceria com as IES	Mínimo 2 ações/ano	Mínimo 3 ações/ano

7. Realizar matriciamento e capacitação de pelo menos 1 profissional de 100% das Unidades de Saúde referente à Assistência Farmacêutica junto às RAS.	% de Unidades de Saúde com profissional capacitado	100%	
8. Normatizar a visita de propagandistas de medicamentos na rede pública municipal, bem como a presença e utilização de amostras grátis nos serviços de saúde.	Normatização Instituída	2019	
9. Ampliar o horário de atendimento e Recursos Humanos da Farmácia Municipal Central	Ação realizada		X
10. Implantar uma Farmácia Distrital na Região Oeste, ampliando e estruturando a área física da Farmácia da Unidade de Saúde Ruben Noal.	Ação realizada	2018	
11. Promover ações de educação continuada para o uso racional de medicamentos para 100% dos prescritores	% de ações de educação continuada para promoção do uso racional de medicamentos com prescritores	60%	100%
12. Estruturar e organizar os Serviços de Assistência Farmacêutica	% de serviços de assistência farmacêutica em condições adequadas de funcionamento	60%	100%

DIRETRIZ 5 – QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

META	INDICADOR	PRAZOS	
		2018/2019	2020/2021
1. Implementar Protocolos com estratificação de risco para atendimentos de saúde mental na Rede de Atenção à Saúde.	Nº de Protocolos Implementados	01	01
2. Completar as equipes mínimas e ampliar as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) conforme Portaria GM/MS Nº 336/2002, com a inserção das seguintes profissões: Terapeuta Ocupacional, Farmacêutico e Profissional de Educação Física.	Nº de CAPS com equipes completas	04	
3. Realizar ações de matriciamento sistemáticas por CAPS nas Equipes da Atenção Primária do Município.	% de ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	Mínimo de 12 ações/ano/ CAPS	Mínimo de 12 ações/ano/ CAPS

4. Organizar o fluxo de referência em saúde mental para consultas de média complexidade (Policlínicas) via Sistema de Regulação da Secretaria de Município da Saúde.	Fluxo instituído	2018	
5. Implementar Equipe de Referência para Desinstitucionalização de usuários internados há mais de 2 anos em Hospitais Psiquiátricos e Instituições de Internação de Longa Permanência para Idosos (ILPI's).	Equipe Implementada	2019	
6. Implementar 04 Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT)	Nº de SRT implementados	02	02
7. Legitimar o Conselho Gestor de Saúde Mental	Conselho Gestor constituído	X	
8. Fortalecer a linha de Cuidado em Saúde Mental na rede de saúde de Santa Maria	Nº de encontros realizados com a RAPS	Mínimo de 4 encontros/ano	Mínimo de 6 encontros/ano
9. Implantar protocolo de estabilização para situação de crise psiquiátrica na Rede de Atenção.	Protocolo instituído.	2018	
10. Efetivar a implantação e a utilização do Sistema Informatizado e Prontuário Eletrônico (Sistema Consulfarma) na RAPS.	% de Serviços da RAPS utilizando o sistema	100%	
11. Consolidar o projeto do novo fluxo para internações compulsórias com a Defensoria Pública Estadual.	Reduzir o número de internações compulsórias	30%	50%

EIXO NORTEADOR II: GESTÃO EM SAÚDE

OBJETIVO: Estimular processos de gestão de qualidade e uso eficiente dos recursos públicos, com acompanhamento sistemático das políticas e dos processos de trabalho, assegurando as práticas legais de financiamento no SUS.

DIRETRIZ 1 - QUALIFICAR A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E LOGÍSTICA

META	INDICADOR	PRAZOS	
		2018/2019	2020/2021
1. Garantir a continuidade da manutenção periódica de equipamentos odontológicos.	Manter contrato com Empresa Terceirizada	Ação continuada	Ação continuada
2. Garantir a manutenção periódica de equipamentos de material médico-hospitalar.	Contratar Empresa terceirizada	X	
3. Construir, ampliar e/ou reformar no mínimo 02 Serviços de Saúde/Ano	Nº de Serviços de Saúde com adequação da estrutura física	04	04
4. Garantir a manutenção e conservação permanente das condições físicas internas e externas dos serviços de saúde.	Manter contrato com Empresa Terceirizada	Ação continuada	Ação continuada
5. Adquirir equipamentos e materiais permanentes conforme necessidade dos serviços	Nº de equipamentos e materiais adquiridos	Mínimo de 400 novos itens/ ano	Mínimo de 400 novos itens/ ano
6. Garantir recurso para a renovação da frota de veículos	10% ao ano	04 und/ano	04und/ano
7. Garantir estrutura para que 100% da Rede de Saúde do Município seja informatizada.	Nº de Unidades de Saúde informatizadas	100%	
8. Transformar o Pronto Atendimento Municipal em UPA Porte II	Nº de UPA Porte II Instalada	2018	
9. Readequar o espaço físico da Policlínica Ruben Noal, separando os dois serviços existentes (UBS e Policlínica 24h).	Ação realizada	2018	
10. Qualificar a infraestrutura dos serviços de Vigilância em Saúde através de captação de recursos para construção da sede própria (ou ampliação da Sede da SMS)	Obra realizada		X

11. Adequar a rede de frio das UBS/ESF com sala de vacina.	% de UBS/ESF com sala de vacina adequada	60%	100%
12. Adquirir softwares e aplicativos específicos para a Vigilância em Saúde.	Equipamentos adquiridos		X
13. Realizar Concurso Público para contratação de profissionais para atuarem nos Serviços de Saúde do Município.	Concurso Realizado	X	X

DIRETRIZ 2: PROMOVER E QUALIFICAR A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

META	INDICADOR	PRAZOS	
		2018/2019	2020/2021
1. Reativar as reuniões da comissão de servidores e gestor para construção do PCCS/SUS	Comissão reativada	X	
2. Implantar novo organograma e regimento interno da SMS	Organograma Instituído	X	
3. Implantar e implementar a mesa de negociação do SUS	Mesa Instituída		X
4. Reestruturar o Setor de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde, buscando expandir suas atribuições com vistas a qualificação da gestão de pessoas.	Inserção de um profissional Psicólogo no setor de RH.	2019	

DIRETRIZ 3: PLANEJAMENTO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE

META	INDICADOR	PRAZOS	
		2018/2019	2020/2021
1. Publicizar os Instrumentos de Gestão, divulgar os programas, ações e serviços da Rede.	Instrumentos de Gestão e Programas, Ações e Serviços da Rede publicizados	Ação continuada	Ação continuada
2. Criar um Grupo de Trabalho de Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Gestão	Grupo Criado	2018	

3. Submeter, previamente, à apreciação do CMS todos os projetos e adesões aos Programas e convênios das três esferas, firmados com empresas privadas e projetos de lei encaminhados ao Legislativo Municipal.	100%	Ação continuada	Ação continuada
4. Implantar novos serviços de saúde, conforme a necessidade da população santa-mariense com aprovação do CMS.	100%	X	X
5. Implantar o Serviço de Ouvidoria na SMS	Serviços implantado	2018	
6. Implantar o Serviço de Auditoria na SMS	Serviços implantado	2019	
7. Apresentar o relatório de gestão por região administrativa.	Nº de apresentações por região/ano	Mínimo 1 apresentação/ano	Mínimo 1 apresentação/ano
8. Aplicar 100% dos recursos financeiros oriundos de Emendas Parlamentares, dentro do prazo legal.	% de recursos aplicados no prazo	100%	100%
9. Instituir políticas públicas intersetoriais para enfrentamento das necessidades em saúde da população, como por exemplo população de rua, catadores.	Nº de projetos/programas intersetoriais instituídos	02/ano	02/ano

EIXO NORTEADOR III: EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Objetivo: Desenvolver estratégias sistematizadas para fortalecer as ações dos eixos norteadores do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, (qualificação profissional, integração ensino-serviço, cuidando de quem faz saúde, participação social).

DIRETRIZ 1: QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DOS EIXOS NORTEADORES DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.

META	INDICADOR	PRAZOS	
		2018/2019	2020/2021
1. Ampliar a equipe em, no mínimo, dois servidores	Equipe ampliada	X	
2. Elaborar um cronograma de qualificação anual conforme as necessidades elencadas da Rede de Atenção à Saúde.	Cronograma elaborado	X	X
3. Qualificar os profissionais da Rede de Atenção à Saúde	% de trabalhadores qualificados	80%	100%
4. Realizar qualificação introdutória a 100% dos profissionais admitidos na Secretaria de Município da Saúde.	% de profissionais admitidos na SMS com Curso Introdutório	100%	100%
5. Garantir vagas gratuitas em eventos/cursos realizados pelas instituições conveniadas para os trabalhadores diretamente envolvidos na formação profissional em saúde na SMS.	% de vagas em cursos pagos realizados pelas instituições de educação conveniadas	10%	10%
6. Acompanhar os projetos aplicativos do curso de preceptoria no SUS e preceptoria médica (SMS/MS).	% de projetos aplicativos acompanhados	100%	
7. Gerenciar a inserção dos profissionais residentes e alunos de Ensino Superior e Técnico nos campos de práticas da Rede Municipal de Saúde.	% de acadêmicos e residentes inseridos em campo de prática, gerenciados pelo Nepes	100%	100%
8. Articular fórum de discussão entre ensino-serviço e comunidade.	Nº de fórum/ano	1	1
9. Informatizar o fluxo de comunicação/documentação entre instituições de educação conveniada e SMS.	Fluxo informatizado instituído		x

10. Garantir que 100% dos projetos de pesquisa e extensão sejam realizados somente após aprovação do Nepes.	100% dos projetos aprovados pelo Nepes	100%	100%
11. Garantir a devolutiva de 100% das pesquisas realizadas nos serviços de saúde do município.	% devolutiva das pesquisas realizadas na Rede	100%	100%
12. Planejar as ações a serem desenvolvidas no campo de prática a partir da integração entre os serviços de saúde e instituições de educação conveniada.	% serviços de saúde que realizarem planejamento de atividades práticas de formação em conjunto com as instituições de educação conveniada.		100%
13. Fortalecer vínculos dos trabalhadores com as instituições de educação conveniada com programas de residência em saúde.	% Unidades com residentes que realizam atividades de integração ensino serviço	70%	100%
14. Ofertar a 100% dos servidores atividades relacionadas à saúde do trabalhador	% de servidores que participaram das atividades/ano	60%	100%
15. Viabilizar a capacitação e educação permanente dos servidores e os novos profissionais que irão compor a RAPS.	Nº de cursos de capacitação para profissionais da RAPS/ano	4 capacitações/ano	4 capacitações/ano
16. Realizar reuniões de equipe entre as vigilâncias e APS	Nº de reuniões realizadas no quadrimestre	02	02
17. Qualificar os servidores do município em serviços de urgência e emergência e atenção especializada (regulação, fluxos, protocolos e acolhimento).	Nº de cursos de capacitação realizados	4 capacitações/ano	4 capacitações/ano

EIXO NORTEADOR IV: TRANSVERSALIDADE DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO: Organizar um modelo de Vigilância em Saúde que modifique o perfil clássico da Vigilância em Saúde, tornando-a menos estática e fragmentada no cotidiano de trabalho em todos os níveis de atenção, proporcionando a integração das instâncias de Vigilância em Saúde, minimizando os riscos decorrentes dos meios de produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesses à saúde, do impacto ambiental, por meio da promoção em saúde pela educação.

DIRETRIZ 1: INTEGRAÇÃO DAS VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Meta	Indicador	Prazo	
		2018-2019	2020-2021
1. Revisar e atualizar a lei municipal nº 4040/96 - Criação da Vigilância Sanitária	Lei atualizada e aprovada pelo Legislativo	2018	
2. Elaborar o Plano Diretor de Vigilância em Saúde	Plano elaborado	2018	
3. Realizar ações integradas entre as vigilâncias	Nº de ações realizadas/ano	60	60
4. Realizar de forma contínua a vigilância da qualidade da água para consumo humano, para identificar os potenciais riscos à saúde relacionados ao consumo da água fora dos padrões de potabilidade, conforme legislação específica.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	100%	100%
5. Aumentar e qualificar as fontes notificadoras de agravos relacionados ao trabalho.	Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho	40	40
6. Realizar ações em todos os grupos de ações essenciais a atuação da vigilância sanitária do Município.	% de Municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os Municípios/ano	100%	100%

DIRETRIZ 2: INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Meta	Indicador	Prazo	
		2018-2019	2020-2021
1. Elaborar o Plano de Ação de Vigilância em Saúde por região administrativa	Plano aplicado/região administrativa	04	04
2. Realizar ações integradas entre a vigilância em Saúde e APS	Número de ações realizadas/mês	02	02
3. Elaborar boletim epidemiológico contemplando os dados por região administrativa, permitindo a elaboração de diagnósticos e estatísticas para a implementação de ações prioritárias em saúde.	Número de boletins realizados por quadrimestre	01	01
4. Ampliar a cobertura vacinal das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Trílice viral (1ª dose).	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade, com cobertura vacinal preconizada.	75%	75%
5. Desenvolver ações para a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) levando em consideração a prevalência e as características de fatores protetores e risco.	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	2018 – 410 2019 - 399	2020 – 380 2021 - 378
6. Capacitar e/ou atualizar 100 % dos profissionais de enfermagem que atuam em sala de vacinas	% profissionais capacitados e/ou atualizados/ano	100%	100%
7. Combater o <i>Aedes aegypti</i> e controlar as demais zoonoses prevalentes de interesse em saúde pública.	Reduzir o índice percentual do Lira abaixo de 4,3	Lira<4,3	Lira<4,3

DIRETRIZ 3: ATIVIDADES INTEGRADAS AOS DEMAIS ÓRGÃOS AFINS

Meta	Indicador	Prazo	
		2018-2019	2020-2021
1. Colaborar na implantação do Projeto Poupa Tempo	Projeto Implantado	2018	
2. Fortalecer as ações integradas entre as Secretarias de Infraestrutura e Serviços Públicos e a Secretaria de Meio Ambiente, com a Vigilância em Saúde, nas regiões administrativas de maior vulnerabilidade social.	Nº de unidades temporárias de coletas (inservíveis) implantada/ano	01	01

EIXO NORTEADOR V: CONTROLE SOCIAL

Objetivo: Participação da comunidade de forma democrática e participativa na construção do SUS

DIRETRIZ 1: INCENTIVO AO DESENVOLVIMENTO DE LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS NAS REGIÕES SANITÁRIAS (REGIÕES ADMINISTRATIVAS) NO MUNICÍPIO.

Meta	Indicador	Prazo	
		2018-2019	2020-2021
Incentivar o desenvolvimento das Lideranças Comunitárias	Nº de Encontros realizados com a comunidade	02/Ano	02/Ano

DIRETRIZ 2: QUALIFICAÇÃO DE CONSELHEIROS E LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS.

Meta	Indicador	Prazo	
		2018-2019	2020-2021
Qualificar Conselheiros e Lideranças Comunitárias	Nº de Ações Realizadas	02/Ano	02/Ano

DIRETRIZ 3: CRIAÇÃO E FORTALECIMENTO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE EM TODAS AS REGIÕES ADMINISTRATIVAS.

Meta	Indicador	Prazo	
		2018-2019	2020-2021
Criar e Fortalecer os Conselhos Locais de Saúde em todas as Unidades de Saúde	Nº de Conselhos Locais Instituídos	04/Ano	04/Ano
Criar os Conselhos Regionais nas Regiões Sanitárias	Nº de Conselhos Regionais de Saúde Instituídos	02/Ano	02/Ano

DIRETRIZ 4: REALIZAÇÃO DE CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, INCLUINDO AS TEMÁTICAS.

Meta	Indicador	Prazo	
		2018-2019	2020-2021
Realizar a 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Santa Maria	Conferência Realizada	100%	
Realizar conferências temáticas a partir das deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde. (Saúde da População Indígena e da Pessoa com Deficiência).	Conferências realizadas	2018	
Realizar Conferência Municipal de Saúde, conforme calendário nacional.	Conferência Realizada		01

DIRETRIZ 5: PARTICIPAÇÃO DE SANTA MARIA RS NAS CONFERÊNCIAS DE NÍVEL ESTADUAL E NACIONAL.

Meta	Indicador	Prazo	
		2018-2019	2020-2021
Participar das Conferências realizadas no período.	% de delegados participantes	100%	100%

DIRETRIZ 6: DIVULGAÇÃO DAS AÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL E DELIBERAÇÕES DAS CONFERÊNCIAS.

Meta	Indicador	Prazo	
		2018 – 2019	2020-2021
Estruturar e divulgar as ações do Conselho Municipal de Saúde.	Nº de Ações divulgadas	100%	100%

3. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde requer monitoramento e avaliações periódicas. Estas ações visam o seu acompanhamento para tomada de decisões, em busca do alcance pleno das metas acordadas.

A Programação Anual de Saúde (PAS) será operacionalizada pela Secretaria Municipal de Saúde e acompanhada através de relatórios apresentados quadrimestralmente junto ao Conselho Municipal de Saúde e em Audiência Pública na Câmara Municipal de Vereadores, conforme Lei Complementar nº 141/12.

Será também sistematizado anualmente através do Relatório Anual de Gestão (RAG), que é um instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS).

Anexo 1

Planilha de Pactuação Estadual – Proposta de Metas para 2017-2021

Nº	Tipo	Indicador	Unidade	Série Histórica- Santa Maria						Proposta de Meta Santa Maria					Observações
				2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
1	U	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	/100.000	371,7	382,6	346,61	382,63	337,8	418,65	410	410	399	380	378	*Dados de 2015 e 2016 são preliminares, a meta de redução de 2% ao ano foi calculada a partir do resultado de 2014.
2	E	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	*Dado preliminar
3	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	%	98,65	87,01	87,66	91,36	99,44	99,76	99,7	99,7	99,8	99,85	99,85	*Dado preliminar
4	U	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada	%	55,56	55,56	55,55	33,33	33,33	66,66	75,00	75,00	75,00	75,00	75,00	*Dado preliminar

5	U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	%	81,19	80	98,75	93,05	96,93	90,46	92,00	95,00	95,00	98,00	98,00	*Dado preliminar
6	U	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	%		75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	*Dado preliminar
8	U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	Número absoluto	17	30	32	34	62	61	60	60	59	58	58	*Dado preliminar
Nº	Tipo	Indicador	Unidade	Série Histórica- SANTA MARIA						Proposta de SANTA AMRIA					Observações
				2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
9	U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	Número absoluto	5	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	*Dado preliminar
10	U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	%	99,31	100	118,96	197,36	145,87	135,02	100	100	100	100	100	*Dado preliminar
11	U	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	Razão	0,1	0,11	0,31	0,20	0,27	0,26	0,27	0,30	0,30	0,32	0,35	*Dado preliminar

		na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária													
12	U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	Razão	0,04	0,07	0,32	0,15	0,20	0,20	0,20	0,21	0,22	0,25	0,26	*Dado preliminar
13	U	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	%	34,7	35	33	35	34,71	34,4	35,00	35,00	38,00	38,00	40,00	*Dado preliminar
14	U	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	%	14,8	15,73	14,54	15,01	14,38	14,18	14,00	14,00	13,50	13,50	13,00	*Dado preliminar
15	U	Taxa de mortalidade infantil	/1.000	11,59	11,58	9,4	9	6,82	10,23	9,90	9,50	9,00	9,00	9,00	*Dado preliminar
16	U	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Número absoluto	0	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0	*Dado preliminar
17	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	%	48,39	49,88	53,8	50,74	55,62	58,37	55,00	58,00	60,00	62,00	64,00	O método de cálculo está sendo revisado pelo DAB/MS.
Nº	Tipo	Indicador	Unidade	Série Histórica- SANTA MARIA						Proposta de SANTA MARIA					Observações
				2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
18	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa	%	25,87	37,12	40,97	41	37,40	38,6	40,00	42,00	42,00	43,00	45,00	*Dado parcial referente à primeira vigência de 2016, pois conforme consta na ficha de qualificação de

		Família (PBF)													Indicadores 2017-2021.
19	U	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	%	26,61	28,19	27,76	27	38,88	29,07	27	27	35	35	40	O método de cálculo está sendo revisado pelo DAB/MS com prazo de liberação até final de fevereiro.
20	U	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	%	-	-	100	100	100	100	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	*Dado preliminar
21	E	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	%	-	-	-	25%	25%	50%	50%	75%	100	100	100	
22	U	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	%	-	-	-	-	-	-	4	4	4	4	4	
23	U	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	%	-	-	94,2	100	100	100	95	95	95	98	98	*Dado preliminar

INDICADORES ESTADUAIS

Nº	Tipo	Indicador	Unidade	Série Histórica – SANTA MARIA						Proposta de Meta SANTA MARIA					Observações
				2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
1	RS	Proporção de cura de casos novos de tuberculose	%	67,30	67,80	65,70	65,90	61,90	21,30*	70	75	75	75	75	*Dado preliminar.
2	RS	Proporção de amostras de água com presença de <i>Escherichia coli</i> , em Soluções Alternativas Coletivas	%	29,28	27,80	30,75	10,80	12,78	15,00	15,00	15,00	14,00	13,00	12,00	
3	RS	Proporção de Óbitos por Acidentes de Trabalho investigados	%	-	6,93	5,50	5,10	29,45	18,06*	100	100	100	100	100	* Dado preliminar.
4	RS	Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho	/100.000	32,76	37,2	45,58	44,11	38,32	26,96	39	40	40	40	40	