



# **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025**

**Soledade, dezembro 2021.**

**Prefeito Municipal de Soledade**

Marilda Borges Corbelini

**Secretário Municipal de Saúde**

Edinara de Moraes França

**Secretária Adjunta**

Olita Camini

**Coordenadora da Estratégia Agentes Comunitários Saúde e Estratégia Saúde da Família**

Maíra Batista da Silva

**Coordenadora da Vigilância em Saúde**

Cássia Camargo Pereira

**Colaboradores:**

Vigilância Epidemiológica

Vigilância Ambiental

Vigilância Sanitária

Serviço de Atendimento Especializado IST/Aids

Centro de Atenção Psicossocial

Estratégias de Saúde da Família

Setor Administrativo

Setor de Recursos Humanos

Setor de Compras e Almoxarifado

Setor de Regulação e Agendamentos

Setor de Transporte

Setor de Informática

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>1. ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE NO MUNICÍPIO.....</b>	<b>07</b>
<b>1.1. Necessidades de Saúde da População.....</b>	<b>07</b>
1.1.1. Perfil Demográfico.....	07
1.1.2. Determinantes e Condicionantes do processo saúde-doença.....	10
1.1.3. Perfil Epidemiológico.....	13
1.1.3.1. Nascimento.....	13
1.1.3.2. Morbidade.....	15
1.1.3.3. Mortalidade.....	21
1.1.3.4. Situação de saúde dos grupos populacionais específicos e vulneráveis.	27
<b>1.2. Capacidade Instalada x Oferta e Cobertura de ações e serviços.....</b>	<b>28</b>
1.2.1. Atenção Primária.....	30
1.2.2. Atenção Secundária e Terciária.....	36
1.2.3. Vigilância em Saúde.....	42
<b>1.3. Governança Municipal em Saúde.....</b>	<b>51</b>
<b>2. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....</b>	<b>56</b>
<b>Diretriz 1: Qualificação da Rede de Atenção à Saúde.....</b>	<b>56</b>
<b>Diretriz 2: Aprimorar os mecanismos de governança do SUS municipal. .</b>	<b>58</b>
<b>Diretriz 3: Fortalecimento das Ações de Educação em Saúde.....</b>	<b>58</b>
<b>3. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....</b>	<b>59</b>

## **APRESENTAÇÃO**

O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apresentar o planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para o quadriênio 2022-2025, sendo o instrumento norteador das ações a serem realizadas neste período. O principal objetivo é a qualificação permanente do Sistema Único de Saúde.

Este plano foi construído pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Soledade, contando com envolvimento de todas as áreas técnicas de Assistência e de Gestão e participação do Conselho Municipal de Saúde, além de amplo conjunto de documentos de políticas de saúde originados de todas as instâncias do SUS. Desdobrar-se-á nas programações anuais de saúde. Deverá ser acompanhado e monitorado permanentemente pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e usuários do SUS.

## **INTRODUÇÃO**

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 vem estabelecer as diretrizes, os objetivos e o conjunto de metas a serem alcançadas na área da saúde para os próximos quatro anos. O documento foi elaborado a partir de um amplo diagnóstico situacional, em um processo de planejamento envolvendo várias etapas e níveis de gestão. As metas pactuadas traduzem o anseio e as necessidades da população em diretrizes, objetivos e ações a serem desenvolvidas nos próximos 4 anos, com a perspectiva de melhoria na atenção integral à saúde, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Desta forma, este instrumento de planejamento expressa o compromisso da gestão com a implementação e o fortalecimento do SUS municipal em busca da universalidade, da equidade e integralidade, objetivando a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida da população.

Por fim, cabe informar que o Plano é dinâmico, sendo revisto a cada ano na Programação Anual de Saúde em conformidade com as necessidades indicadas no monitoramento e avaliações expostas no Relatório Anual de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 contém três eixos estratégicos que expressam as prioridades do governo e que orientarão a formulação de políticas para os próximos quatro anos. Os eixos se desdobram em diretrizes, objetivos, metas e indicadores. As diretrizes estabelecem as linhas das ações que serão seguidas. Os objetivos expressam o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas de saúde identificados. As metas expressam um compromisso

para que os objetivos sejam alcançados e quantificam os objetivos. Por fim, os indicadores permitem acompanhar o alcance das metas, consistindo em ferramenta essencial para o processo do monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde.

## 1. ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE DOMUNICÍPIO

### 1.1. Necessidades de Saúde da População

#### 1.1.1. Perfil Demográfico



O Município foi criado com a denominação de Soledade em 1857 e emancipado em 1875. Situa-se no Planalto Riograndense, no Alto da Serra do Botucaraí, há 726 metros acima do nível do mar, e tem clima subtropical.

Apresenta uma área física de 1.215,056 Km<sup>2</sup> com densidade demográfica de 24,76 habitantes/km<sup>2</sup> e está dividido territorialmente em 4 distritos Soledade, Bugre, Pinhal e Santa Teresinha e na zona urbana possui 7 bairros Centro, Botucaraí, Fontes, Expedicionário, Farroupilha, Ipiranga e Missões.

Localiza-se a 220 km da Capital do Estado do Rio Grande do Sul e 70 km do município de Passo Fundo. Tem como principais vias de acesso as rodovias BR-386 com acesso ao Mercosul, à Porto Alegre e à região do Planalto (Norte); BR-153 e RS- 471 dando acesso ao porto do Rio Grande e ao Sul do Estado e a RS-332 com acesso à região das Missões e ao Vale do Taquari.

A cidade fica bem localizada faz parte da Região de Saúde 19 - Botucaraí, com fácil acesso aos serviços de saúde de referência.

De acordo com o censo realizado pelo IBGE - o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2010, a população de Soledade era de 30.044 habitantes, 49,0% da

população do sexo masculino e 51,0% do sexo feminino. A população urbana correspondia a 80% do total do município, sendo 41,5% do sexo feminino e 38,5% do sexo masculino. Na zona urbana residem 10,5% da população masculina e 9,5% do sexo feminino.

A estimativa populacional do município para o ano de 2020 conforme o IBGE, é de 31.035 pessoas. Desde o último censo demográfico, houve um aumento de 3,3% da população que era de 30.044 habitantes em 2010.

De 2010 a 2020 houve decréscimo do número de nascimentos e aumento da população acima de 60 anos, sendo que as projeções para os próximos anos apontam um processo de envelhecimento da população.

Quanto à cor/raça, a população se autodeclarou: branca 81,3%, parda 15,3%, preta 2,6%, amarela 0,7% e indígena 0,1% (IBGE, 2010).

A tabela abaixo, mostra os dados referentes a população do município, com detalhamento da faixa etária, sexo e percentual de cada ano referido.

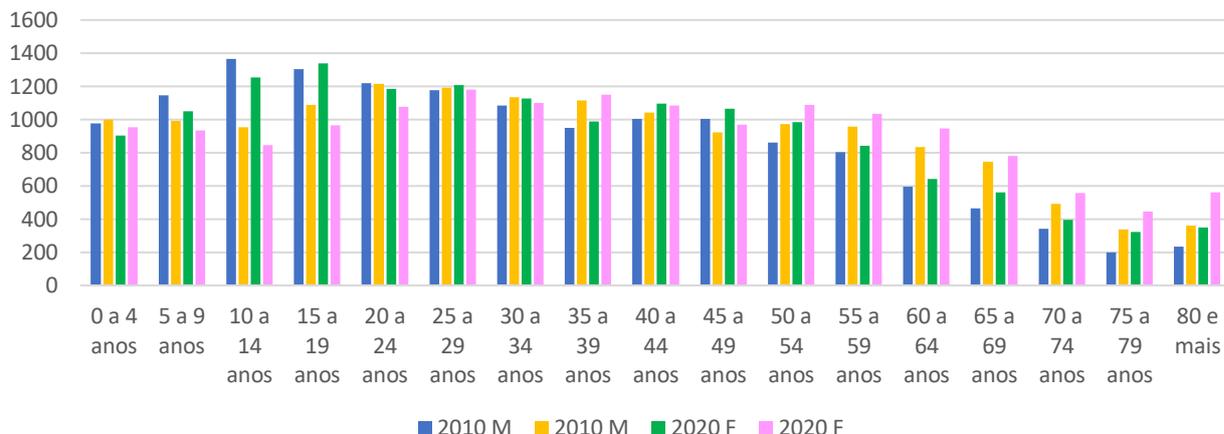
Tabela 1- Distribuição da população por faixa etária e sexo, 2010 e 2020.

Faixa Etária (anos)	2010						2020					
	Masculino		Feminino		Total		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%										
80 e mais	233	1,6	349	2,3	582	1,9	360	2,3	560	3,6	920	3,0
75 a 79	199	1,4	322	2,1	521	1,7	338	2,2	447	2,9	785	2,5
70 a 74	340	2,3	397	2,6	737	2,5	490	3,2	557	3,6	1.047	3,4
65 a 69	465	3,1	562	3,7	1.027	3,4	745	4,9	782	5,0	1.527	4,9
60 a 64	595	4,0	643	4,2	1.238	4,1	835	5,4	945	6,0	1.780	5,7
55 a 59	805	5,5	843	5,5	1.648	5,5	959	6,2	1.036	6,6	1.995	6,4
50 a 54	861	5,8	986	6,4	1.847	6,1	972	6,3	1.088	6,9	2.060	6,6
45 a 49	1.005	6,8	1.065	7,0	2.070	6,9	924	6,0	969	6,2	1.893	6,1
40 a 44	1.005	6,8	1.095	7,1	2.100	7,0	1.044	6,8	1.084	6,9	2.128	6,9
35 a 39	951	6,5	988	6,5	1.939	6,5	1.116	7,3	1.150	7,3	2.266	7,3
30 a 34	1.086	7,4	1.128	7,4	2.214	7,4	1.136	7,4	1.101	7,0	2.237	7,2
25 a 29	1.178	8,0	1.209	7,9	2.387	7,9	1.194	7,8	1.182	7,5	2.376	7,7
20 a 24	1.218	8,3	1.186	7,7	2.404	8,0	1.214	7,9	1.078	6,9	2.292	7,4
15 a 19	1.302	8,8	1.337	8,7	2.639	8,8	1.087	7,1	964	6,1	2.051	6,6
10 a 14	1.364	9,3	1.254	8,2	2.618	8,7	952	6,2	847	5,4	1.799	5,8
5 a 9	1.146	7,8	1.049	6,8	2.195	7,3	991	6,5	933	6,0	1.924	6,2
0 a 4	976	6,6	902	5,9	1.878	6,3	1.001	6,5	954	6,1	1.955	6,3
<b>Total</b>	<b>14.729</b>	<b>100</b>	<b>15.315</b>	<b>100</b>	<b>30.044</b>	<b>100</b>	<b>15.358</b>	<b>100</b>	<b>15.677</b>	<b>100</b>	<b>31.035</b>	<b>100</b>

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE.

Figura 1- Distribuição da população por faixa etária e sexo, 2010 e 2020.



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.  
2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE.

As pirâmides populacionais representadas nas figuras abaixo permitem a visualização da proporção da população por faixa etária e sexo no município de Soledade nos anos de 2010 e 2020.

Figura 2- Comparativo das Pirâmides Populacionais por faixa etária e sexo, 2010 e 2020.



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.  
2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE.

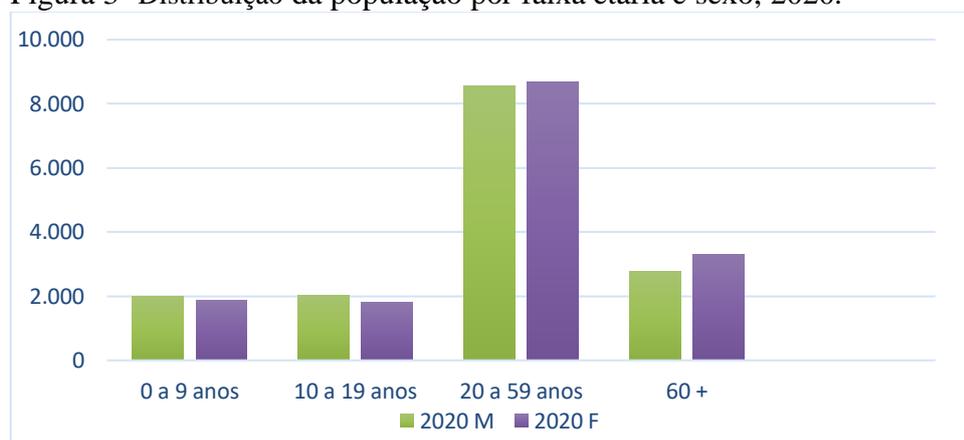
O grupo populacional com maiores de 80 anos é o que mais cresce proporcionalmente, alterando a composição etária dentro do próprio grupo de idosos, ou seja, a população idosa também está envelhecendo. Esse fenômeno merece destaque, pois no ano de 2010 residiam em Soledade 582 idosos acima de 80 anos, correspondendo a 1,9% da população e, em 2020 o percentual passou para 3,0%.

A população de idosos acima de 60 anos aumentou nos anos de 2010 para 2020,

conforme os percentuais de 13,6% para 19,5% respectivamente, considerando o número destes em relação a população total de cada ano.

A população de adultos no município corresponde a 55,6%, adolescentes 12,4% e crianças 12,5%, no ano de 2020, (2010: 55,3%, 17,5% e 13,6% respectivamente).

Figura 3- Distribuição da população por faixa etária e sexo, 2020.



Fonte: 2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE.

O CGN- Coeficiente Geral de Natalidade, que é o número de nascidos vivos dividido pela população residente em determinado ano, tem oscilado conforme a série histórica 2015 a 2020 (tabela 4). No município, no período avaliado, ocorreram 2.224 nascimentos, uma média de 370,7 nascimentos por ano, variando de 368, no ano 2015, para 373 em 2020 a uma taxa média anual de 11,9 nascimentos para cada 1.000 habitantes. A análise do indicador permite observar um leve aumento na taxa bruta de natalidade anual, de 11,9 no ano 2015, para 12,0 ao ano em 2020.

### 1.1.2. Determinantes e Condicionantes do processo saúde-doença

Os determinantes e condicionantes referem-se às condições de vida e trabalho e como essas relações influenciam no estado de saúde da população. A camada de condições de vida e trabalho, utilizados para a análise do presente Plano Municipal de Saúde, envolve a produção agrícola e de alimentos, educação, ambiente de trabalho, desemprego, água e esgoto, serviços sociais de saúde e habitação.

## Educação

Tabela 2. Educação

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade - 2010	96,3	%
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) - 2019	6,0	
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) - 2019	4,4	
Matrículas no ensino fundamental - 2021	3.494	matrículas
Matrículas no ensino médio - 2021	1.033	matrículas
Docentes no ensino fundamental - 2021	268	docentes
Docentes no ensino médio - 2021	118	docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental - 2021	25	escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio - 2021	6	escolas

Fonte IBGE: cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/soledade

## Economia, Trabalho e Renda

Tabela 3. Economia, Trabalho e Rendimento

Salário médio mensal dos trabalhadores formais - 2020	2,0	Salários mínimos
Pessoal ocupado - 2020	6.783	pessoas
População ocupada - 2020	21,9	%
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo - 2010	32,2	%
PIB per capita - 2019	30.505,38	R\$
Percentual das receitas oriundas de fontes externas - 2015	72,7 %	%
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) - 2010	0,731	
<b>Atividade Econômica - 2019</b>		
Agropecuária	126.988,69	(x 1000) R\$
Indústria	139.865,35	(x 1000) R\$
Serviços - exclusive administração, defesa, educação e saúde públicas e seguridade social	435.976,75	(x 1000) R\$
Administração, defesa, educação e saúde públicas e seguridade social	153.112,96	(x 1000) R\$

Fonte IBGE: cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/soledade

## Saneamento (água, esgoto e lixo)

O município possui política e Plano Municipal de Saneamento Básico, criado através de lei em 2014, que abrange serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza pública e manejo de resíduos e drenagem e manejo de águas pluviais urbanas. Conforme dados do IBGE 2017, o município tinha 11.277 economias abastecidas.

No ano de 2021 conforme dados do SISAGUA, 89,46% utilizam água do SAA, 9,50% do SAC e 0,92% do SAI. O município obteve 87,08% de população abastecida por SAC com tratamento de água em 2021, tendo iniciado o tratamento no ano de 2020.

Soledade apresenta 70.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 44.5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 32% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio), IBGE 2010.

Com relação à coleta e destino do lixo, 82,8% da população tem coleta diretamente

por serviços de limpeza. Quanto a coleta de resíduos de serviços de saúde, o município terceiriza o serviço, sendo quinzenal na zona urbana e mensal na zona rural, incluindo o descarte de material oriundo das apreensões da vigilância sanitária. Considerando os dados referentes à energia elétrica 88,3% da população possui distribuidor com medidor de uso exclusivo.

### **Ambiente e Habitação**

As condições de moradia reúnem diversos fatores que podem representar riscos à saúde. Alguns são de difícil manejo, por estarem diretamente associados à condição de renda, enquanto outros, mesmo que influenciados pelas condições de renda e de escolaridade, podem ser minimizados com ações de promoção à saúde. São de interesse os aspectos de salubridade ambiental da moradia e do seu entorno, por conterem situações adversas à saúde.

Em Soledade existem 9.970 domicílios permanentes, sendo 91,6% casas, 8,3% apartamentos e 0,1% casas de vila e habitação em casa de cômodo (IBGE, 2010). O material das paredes externas é: alvenaria com revestimento 53,3%, madeira aparelhada 32,3%, alvenaria sem revestimento 9,4%, madeira aproveitada 4,8% e outro material 0,2%. Quanto a condição de ocupação, temos: próprios já quitados 73,9%, próprios em aquisição 4,7%, alugados 14,1%, cedidos por empregador 2,4%, de outra forma 4,7% e outras condições 0,2%. Em relação ao número de moradores, a proporção dos domicílios permanentes com até quatro moradores somou 86,6%. Destacam-se os domicílios com mais de oito moradores que atingiram 0,7%.

As condições de ventilação e iluminação inadequadas de ambientes, que podem ser agravadas pela aglomeração excessiva de pessoas, são fonte de problemas respiratórios, alergias e favorecem a disseminação de doenças de transmissão aérea. Somam-se os riscos à saúde associados a localização da moradia, a disponibilidade de água para consumo humano, afastamento de esgotos sanitários, coleta de resíduos sólidos, regularidade no fornecimento de energia elétrica e o acesso aos serviços essenciais.

A vigilância e o controle do *Aedes aegypti* é considerada essencial para a prevenção da dengue, chikungunya e zika vírus. Alcançar esse objetivo, entretanto, tem-se constituído um grande desafio, devido à complexidade do problema, cuja solução requer medidas que extrapolam a área da saúde, exigindo mobilização das diferentes esferas do governo, especialmente do saneamento e educação, bem como de toda

sociedade. O município de Soledade é infestado pelo *Aedes aegypti* desde o ano de 2015.

O vírus rábico mantém o ciclo de transmissão em reservatórios silvestres e domésticos no estado, o que indica a presença do risco pela circulação viral onde ocorre o óbito animal.

Em relação à proteção da saúde das populações expostas aos poluentes atmosféricos, são priorizadas regiões onde existam atividades de natureza econômica ou social que geram poluição atmosférica, de modo a caracterizar um fator de risco para estas populações. O município é um grande exportador de pedras preciosas, o que se faz necessário o controle adequado do preparo das pedras para evitar a pneumoconiose, visto que a doença ainda é subnotificada.

### **1.1.3. Perfil Epidemiológico**

#### **1.1.3.1. Nascimento**

O número de nascimentos no município apresenta discreta regressão ao longo da série histórica, saindo de 368 em 2015 para 373 em 2020 (tabela 4 e figura 4). O CGN- Coeficiente Geral de Natalidade, que é o número de nascidos vivos dividido pela população residente em determinado ano, tem oscilado conforme a série histórica 2015 a 2020 de 11,9% para 12,6% por mil habitantes.

Considerando o fator mais influente na sobrevivência do recém-nascido, o baixo peso ao nascer é definido pela OMS-Organização Mundial da Saúde como o peso ao nascer inferior a 2.500 gramas. Já a prematuridade é definida pela OMS como toda gestação com duração inferior a 37 semanas. Na tabela 4 e figura 4 apresentam-se a taxa de prematuridade e a proporção de baixo peso ao nascer em Soledade, entre os anos 2015 e 2020.

A proporção de baixo peso ao nascer e a taxa de prematuridade, no período de 2015 a 2020, diminuíram passando de 11,1% para 10,7% e de 16,8% para 10,2% respectivamente.

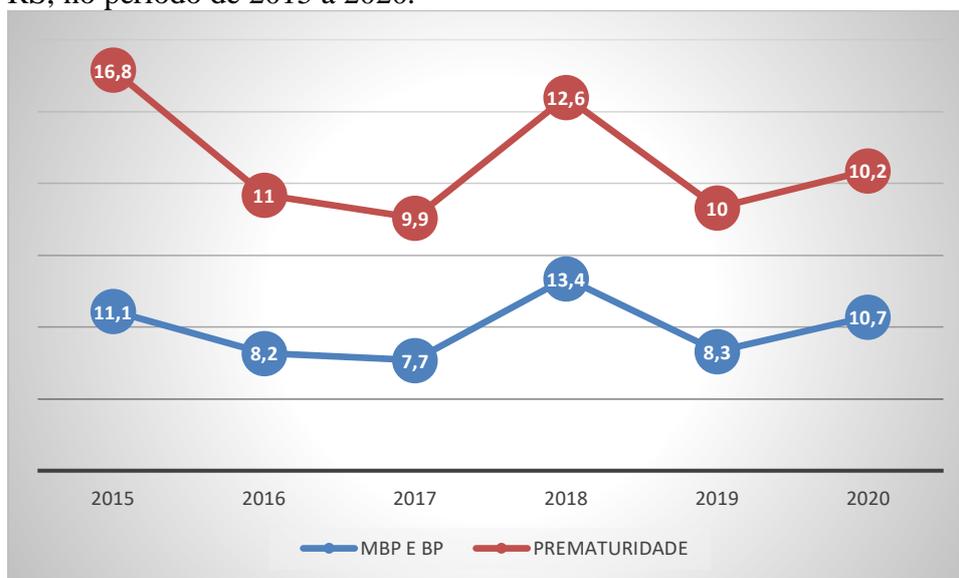
Nos grupos de recém-nascidos com baixo peso e muito baixo peso, a mortalidade infantil apresenta indicadores mais elevados. Isto indica a necessidade de qualificar o pré-natal, para diminuir os nascimentos com baixo peso e muito baixo peso e, conseqüentemente, impactar na redução da mortalidade infantil.

Tabela 4- Série histórica da síntese de informações sobre Nascidos Vivos de mães residentes em Soledade, 2015 a 2020.

Indicadores	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de nascidos vivos	368	391	375	367	350	373
Proporção de parto normal	40,5	43,2	37,6	38,5	52,6	41,8
Proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos)	18,2	16,9	14,9	15,3	18,6	16,6
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	69,6	64,2	64,5	70,2	75,1	66,5
Taxa de Prematuridade	16,8	11,0	9,9	12,6	10,0	10,2
Proporção de nascidos vivos com baixo peso e muito baixo ao nascer	11,1	8,2	7,7	13,4	8,3	10,7
Taxa bruta de Natalidade	11,9	12,6	12,1	11,8	11,3	12,0

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DAT/CEVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos– SINASC

Figura 4. Proporção de Baixo Peso e Taxa de Prematuridade dos recém-nascidos, Soledade RS, no período de 2015 a 2020.



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DAT/CEVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

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 à assistência pré-natal. O município apresentou melhora no indicador nos anos de 2018 e 2019 voltando a diminuir o número de consultas no ano de 2020, ficando com 66,5%.

A série histórica da proporção de parto normal mostra que este indicador oscila no município, mantendo o indicador acima da média nacional. No ano de 2015 o município teve o percentual de 40,5% e 2020 apresentou o valor de 41,8%.

Com relação à proporção de nascimentos de mulheres menores de 20 anos, em 2020, houve 65 nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 19 anos, o que representa 16,6% dos nascimentos.

A escolarização predominante das mães concentrou-se na faixa de 8 a 11 anos de instrução, o que corresponde à transição entre o ensino fundamental e médio. Entretanto, o percentual de 4 a 7 anos de instrução das mães é significativo.

Em relação ao número de consultas de pré-natal de mães com idade entre 10 e 19 anos, em torno 56,5% realizaram sete ou mais consultas. Essa proporção é inferior à média geral do município que foi de 66,5%.

### **1.1.3.2. Morbidade**

A série histórica de 2015 a 2020 (tabela 5) demonstra uma média de 2.459 internações/ano. A maioria das internações (figura 5) decorre de doenças circulatórias, infecciosas, respiratórias, digestivas, e transtornos mentais e comportamentais, conforme capítulos da CID10- Classificação Internacional de Doenças. O capítulo XV, Gravidez, Parto e Puerpério, também provoca impacto no total das internações, porém grande parte desse capítulo não se refere à morbidade.

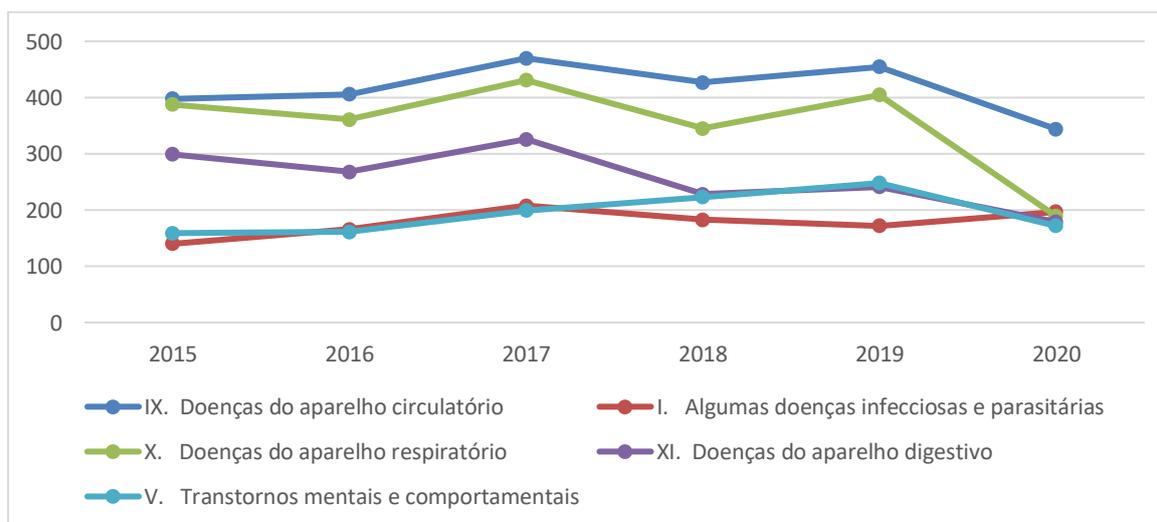
As causas predominantes de internação se repetem no período analisado. No entanto, as internações com diagnóstico por lesões/envenenamentos e outras consequências de causas externas e por neoplasias indica a necessidade de análise mais detalhada e medidas educativas e preventivas.

Tabela 5. Internações da população residente por Capítulo CID10, 2015 a 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	140	166	208	183	172	197
II. Neoplasias (tumores)	176	160	178	185	175	133
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	17	17	14	13	13	6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	68	47	71	84	76	49
V. Transtornos mentais e comportamentais	159	161	199	223	248	172
VI. Doenças do sistema nervoso	66	62	97	70	67	38
VII. Doenças do olho e anexos	7	7	7	5	17	7
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	8	4	1	7	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	398	406	470	427	455	344
X. Doenças do aparelho respiratório	388	361	431	345	405	189
XI. Doenças do aparelho digestivo	299	268	326	228	241	179
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	19	24	31	24	21	14
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	58	84	84	62	41	32
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	155	141	191	164	181	120
XV. Gravidez parto e puerpério	272	273	270	249	273	264
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	40	37	32	37	42	44
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	28	23	29	13	10	14
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	16	8	15	5	6	5
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	127	165	133	170	184	142
XXI. Contatos com serviços de saúde	5	2	11	11	11	6
<b>Total</b>	<b>2439</b>	<b>2420</b>	<b>2801</b>	<b>2499</b>	<b>2645</b>	<b>1955</b>

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

Figura 5. Causas predominantes de internações da população residente por Capítulo CID10, 2015 a 2020.



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

A maior taxa de internações no ano de 2020 (1.125,6%) refere-se à população a

partir dos 60 anos, devido a causas circulatórias, doenças infecciosas, respiratórias, neoplasias, digestivas e causas externas. As internações da população de 20 a 59 anos apresentam a segunda maior taxa (572,8%), predominando as internações por gravidez parto e puerpério, seguidas pelos transtornos mentais e comportamentais, circulatórias, digestivas, causas externas e infecciosas. A população de 10 a 19 anos apresentou a terceira maior taxa (371,4%), concentrada nas internações por gravidez, parto e puerpério, transtornos mentais e comportamentais, geniturinário, neoplasias, causas externas e digestivas. A menor taxa, por grupo etário (366,1%) corresponde as internações da população de 0 a 9 anos, decorrentes de algumas afecções originadas no período perinatal, respiratórias, doenças infecciosas, digestivas (tabela 6).

Tabela 6. Internações da população residente por Capítulo CID10 e Faixa Etária, 2020.

	0 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 59 anos		60 e +	
	Int.	taxa	Int.	taxa	Int.	taxa	Int.	taxa
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	19	49,0	2	5,2	73	42,3	103	<b>170,0</b>
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>			13	33,8	71	41,2	49	<b>80,9</b>
<b>III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár</b>	1	2,6					5	<b>8,3</b>
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	3	7,7	1	2,6	9	5,2	36	<b>59,4</b>
<b>V. Transtornos mentais e comportamentais</b>			20	51,9	144	83,5	8	<b>13,2</b>
<b>VI. Doenças do sistema nervoso</b>	4	10,3			16	9,3	18	<b>29,7</b>
<b>VII. Doenças do olho e anexos</b>					1	0,6	6	<b>9,9</b>
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	1	2,6	6	15,6	108	62,6	229	<b>377,9</b>
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	37	95,4	6	15,6	63	36,5	83	<b>137,0</b>
<b>XI. Doenças do aparelho digestivo</b>	14	36,1	11	28,6	105	60,9	49	<b>80,9</b>
<b>XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo</b>	1	2,6	1	2,6	10	5,8	2	<b>3,3</b>
<b>XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo</b>					18	10,4	14	<b>23,1</b>
<b>XIV. Doenças do aparelho geniturinário</b>	3	7,7	14	36,3	67	38,8	36	<b>59,4</b>
<b>XV. Gravidez parto e puerpério</b>			56	145,4	208	120,6		
<b>XVI. Algumas afec originadas no período perinatal</b>	43	110,9			1	0,6		
<b>XVII. Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas</b>	8	20,6	1	2,6	3	1,7	2	<b>3,3</b>
<b>XVIII. Sint sinais e achadanormexclín e laborat</b>			1	2,6	2	1,2	2	<b>3,3</b>
<b>XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas</b>	8	20,6	11	28,6	83	48,1	40	<b>66,0</b>
<b>XXI. Contatos com serviços de saúde</b>					6	3,5		
<b>Total internações/ taxa por 10.000 hab</b>	<b>142</b>	<b>366,1</b>	<b>143</b>	<b>371,4</b>	<b>988</b>	<b>572,8</b>	<b>682</b>	<b>1.125,6</b>
<b>População/faixa etária</b>	<b>3.879</b>		<b>3.850</b>		<b>17.247</b>		<b>6.059</b>	

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

A tabela 7 apresenta as causas de internação no ano de 2020 com os respectivos percentuais por causa de doença e faixa etária, com aumento significativo nas doenças

infecciosas devido Covid19.

Tabela 7. Internações segundo faixa etária, 2015 a 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Menor 1 ano</b>	133	108	99	103	79	84
<b>1 a 4 anos</b>	82	50	89	58	66	37
<b>5 a 9 anos</b>	40	23	54	44	37	21
<b>10 a 14 anos</b>	45	48	52	60	53	30
<b>15 a 19 anos</b>	124	118	137	107	143	113
<b>20 a 29 anos</b>	266	288	322	286	319	249
<b>30 a 39 anos</b>	287	259	339	247	290	222
<b>40 a 49 anos</b>	261	309	320	277	299	236
<b>50 a 59 anos</b>	375	322	376	376	391	281
<b>60 a 69 anos</b>	326	425	415	397	391	288
<b>70 a 79 anos</b>	329	291	366	351	331	245
<b>80 anos e mais</b>	171	179	232	193	246	149
<b>Total</b>	<b>2439</b>	<b>2420</b>	<b>2801</b>	<b>2499</b>	<b>2645</b>	<b>1955</b>

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

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil. O Ministério da Saúde lançou seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, enfatizando ações populacionais para controlar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, predominantemente pelo controle do fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool. Por consequência, o número de portadores de DCNT que requerem atendimento tende a aumentar. As longas filas no SUS para consultas, exames especializados e cirurgias mostram o ônus que essas doenças causam ao sistema público de saúde e ilustram a necessidade de organizar, qualificar e ampliar o atendimento. O aumento da obesidade, se não controlado, ameaça os avanços recentes no controle das DCNT. O conhecimento sobre essas doenças e seus fatores de risco é de fundamental importância e deverá contribuir para o entendimento causal delas. As ações de promoção da saúde são custo-efetivas na prevenção, pois prevenir o tabagismo e o uso nocivo do álcool e manter hábitos saudáveis, como alimentação saudável e atividade física, reduzem o risco de DCNT.

Considerando o conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis, no período de 2015 a 2020 (tabela 8), o número de internações se manteve alto com algumas oscilações, diminuindo no ano de 2020. Foram consideradas todas as faixas etárias, apesar da predominância das internações em adultos e idosos.

Tabela 8- Internações da população residente segundo o conjunto das quatro principais causas das DCNT- Doenças crônicas não transmissíveis, 2015 a 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Doenças do aparelho circulatório</b>						
hipertensão essencial (primária)	43	24	54	40	62	<b>41</b>
infarto agudo do miocárdio	10	15	10	18	19	<b>11</b>
outras doenças isquêmicas do coração	111	133	142	132	88	<b>61</b>
transtornos de condução e arritmias cardíacas	32	18	42	21	26	<b>35</b>
insuficiência cardíaca	83	80	81	71	112	<b>79</b>
acidente vascular cerebral não espec hemorrágico ou isq	7	8	12	7	12	<b>9</b>
<b>Outras doenças cerebrovasculares</b>	8	7	14	13	13	<b>16</b>
<b>Doenças do aparelho respiratório</b>						
bronquite enfisema e outr doenç pulm obstrutivas crônicas	83	66	112	91	95	<b>37</b>
asma	10	5	44	35	41	<b>19</b>
<b>Neoplasias (tumores)</b>						
neoplasia maligna da pele/outras neoplasias malignas pele	9	13	21	22	8	<b>14</b>
neoplasia maligna do colon e reto	17	10	13	18	18	<b>5</b>
neoplasia maligna do esôfago, estomago, fígado e pãneas	16	10	14	24	33	<b>11</b>
neoplasia maligna da mama	9	5	8	18	16	<b>10</b>
neoplasia maligna de traqueia brônquios e pulmões	3	14	13	1	5	<b>8</b>
neoplasia maligna do colo do útero e carcinoma in situ	5	2	11	3	4	<b>5</b>
neoplasia maligna da próstata	5	2	3	6	4	<b>3</b>
neoplasia maligna do encéfalo e outras partes sist. nervoso	12	3	4	3	5	<b>1</b>
<b>Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>						
diabetes mellitus	52	27	39	54	40	<b>26</b>
obesidade	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

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

Para a análise das causas externas (tabela 9), foram considerados os dados referentes aos acidentes de transporte, quedas, lesões autoprovocadas e agressões. O principal motivo de internação hospitalar nos grupos analisados são as quedas 42,2%, seguido dos acidentes de transporte 9,8%, as agressões 2,9%, e lesões autoprovocadas 2,5%. Em relação a faixa etária, dos 10 aos 19 anos chama atenção as lesões autoprovocadas e as quedas. Quanto as crianças e idosos salienta-se o elevado número de quedas. Os acidentes de transporte, agressões e quedas predominam no sexo masculino e lesões autoprovocadas ficam em maior número no sexo feminino.

Tabela 9. Internações por Grupo de Causas Externas no período de 2015 a 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Acidentes de transporte	13	21	13	10	19	14
Outras causas externas de lesões acidentadas	84	102	79	107	101	91
Lesões autoprovocadas voluntariamente	-	2	8	8	5	2
Agressões	4	6	4	4	7	2
Eventos cuja intenção é indeterminada	-	2	-	-	1	2
Complic assistência médica e cirúrgica	1	-	-	5	-	-
Seqüelas de causas externas	24	32	27	33	42	26
Fatores suplementar relac outras causas	1	-	2	2	7	4
Causas externas não classificadas	-	-	-	1	2	1
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>165</b>	<b>133</b>	<b>170</b>	<b>184</b>	<b>142</b>

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

As internações referentes aos Transtornos Mentais e Comportamentais (tabela 10), na série histórica de 2015 a 2020, têm se mantido um problema de saúde pública no município, tendo os seguintes resultados no ano de 2020: internações por transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas 57,6%, transtornos de humor 18,6%, uso de álcool 11,6% e esquizofrenia 11,0%. Sendo que 70,9% das internações correspondem ao sexo masculino com predominância dos transtornos relacionados ao uso de drogas psicoativas e álcool. Em relação ao sexo feminino 48,0% das internações correspondem a transtornos de humor. Considerando a faixa etária, o uso de substâncias psicoativas está relacionado com 70,0% das internações dos 10 aos 19 anos e 56,3% das internações dos 20 aos 59 anos.

Tabela 10. Internações por Transtornos Mentais e Comportamentais, 2015 – 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Demência	-	-	-	1	-	-
Transtornos mentais e comportamentais devido uso álcool	49	43	52	48	50	20
Transtornos mentais e comportamentais devido uso outras substâncias psicoativas	39	52	70	99	122	99
Esquizofrenia transtornos esquizotípicos e delirantes	27	16	21	19	33	19
Transtornos de humor [afetivos]	42	47	55	50	40	32
Transtornos neurótico e relacionados com stress somatoformes	-	-	-	2	1	-
Retardo mental	-	2	-	1	1	2
Outros transtornos mentais e comportamentais	2	1	1	3	1	-
<b>Total</b>	<b>159</b>	<b>161</b>	<b>199</b>	<b>223</b>	<b>248</b>	<b>172</b>

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

As doenças infecciosas e parasitárias tiveram aumento de internações por doenças virais mantendo as principais causas de internação no decorrer do período: septicemias,

doenças diarreicas e doenças virais e Covid19.

### 1.1.3.3. Mortalidade

O quadro Geral de Mortalidade nos últimos seis anos, conforme a (tabela 11), não apresentou grandes variações, e mostra que a maior causa de óbito no município são as doenças do aparelho circulatório, destacam-se nesse grupo as doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração. Em segundo lugar vêm as neoplasias, cujas principais são as malignas de pulmões, próstata, esôfago, mama, colo do útero e colon/reto. Em terceiro lugar são as doenças do aparelho respiratório, destacando-se as doenças crônicas das vias aéreas inferiores e as pneumonias. Em quarto lugar verifica-se as doenças por causas externas com óbitos por acidentes de transporte, agressões e as lesões autoprovocadas voluntariamente. No quinto lugar encontram-se as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas com o diabetes mellitus. No ano de 2020 salienta-se as doenças infecciosas devido a Pandemia covid19.

As cinco principais causas de óbitos, conforme a série histórica de 2015 a 2020 corresponde a 75,8% do total da mortalidade.

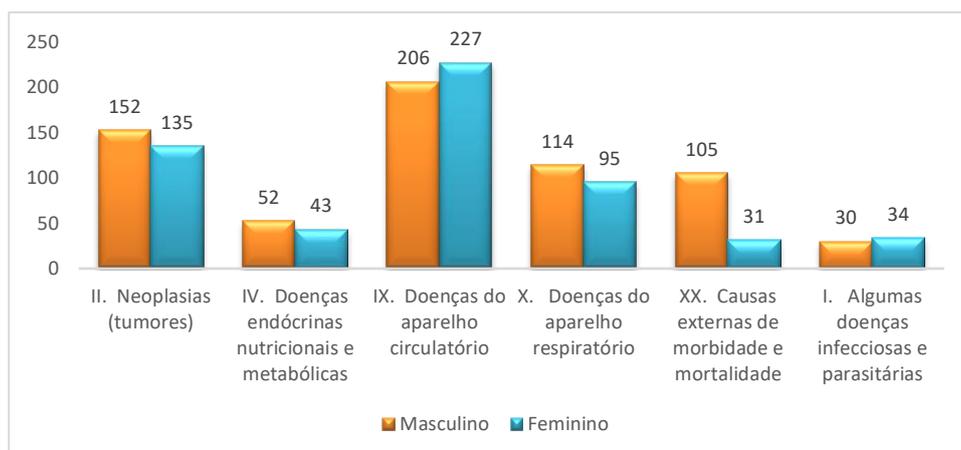
Tabela 11. Óbitos por Capítulo CID-10, Soledade, 2015 a 2020.

Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>IX. Doenças do aparelho circulatório</b>	67	77	74	76	65	<b>74</b>
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	52	33	52	54	48	<b>48</b>
<b>X. Doenças do aparelho respiratório</b>	35	34	40	32	38	<b>30</b>
<b>XX. Causas externas de morbidade e mortalidade</b>	25	27	21	15	21	<b>27</b>
<b>IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	15	17	17	10	21	<b>15</b>
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	5	4	10	11	9	<b>25</b>
<b>Demais capítulos</b>	43	47	45	63	59	<b>37</b>
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>239</b>	<b>259</b>	<b>261</b>	<b>261</b>	<b>256</b>
<b>Taxa bruta de mortalidade por 1.000 hab</b>	<b>7,8</b>	<b>7,7</b>	<b>8,4</b>	<b>8,4</b>	<b>8,4</b>	<b>8,2</b>

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde RS/NIS/DGTI – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Observa-se ainda que morrem mais homens do que mulheres, e em determinadas doenças a mortalidade se comporta de forma diferente entre os sexos no geral, 53,8% dos óbitos foram do sexo masculino. Com relação ao sexo masculino, as principais causas de óbitos foram as neoplasias, endócrinas nutricionais e metabólicas, respiratórias e causas externas e no sexo feminino ocorreram mais óbitos devido as causas circulatórias e infecciosas (figura 6).

Figura 6. Frequência da Mortalidade por Causas CID10, capítulo e Sexo, 2015 a 2020.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde RS/NIS/DGTI – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

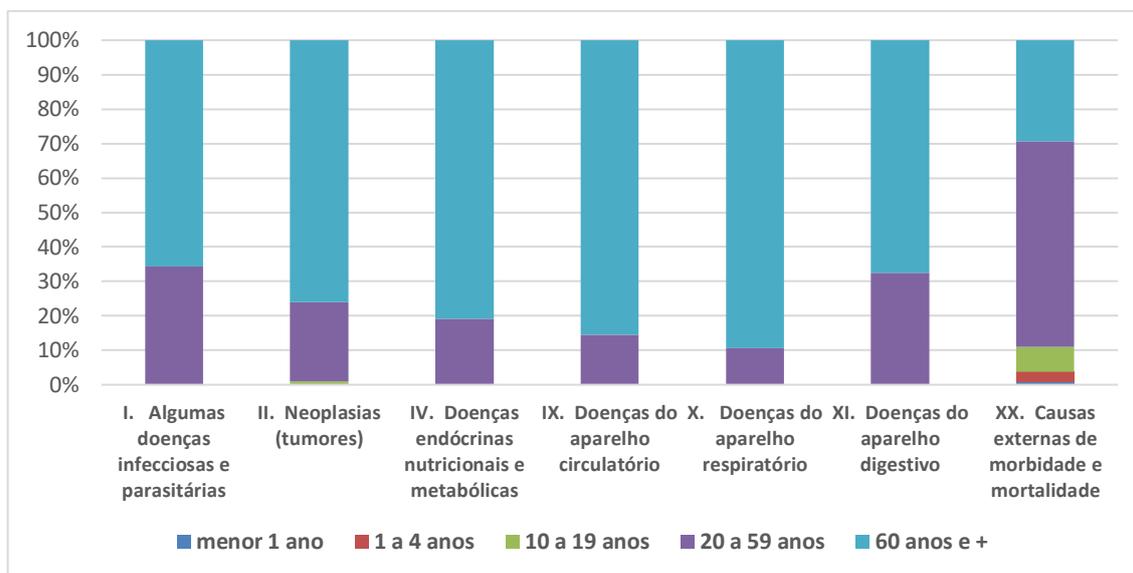
Referente à mortalidade proporcional, por faixa etária e capítulo CID-10, existe predomínio de afecções no período perinatal e malformações nos menores de 1 ano, e as causas externas como causa dos óbitos de crianças entre 1 e 4 anos.

Na adolescência, as agressões, lesões autoprovocadas e neoplasias são a principal causa de mortalidade. Adolescentes do sexo masculino são as maiores vítimas de acidentes de trânsito e agressões e no sexo feminino predomina as lesões autoprovocadas voluntariamente, no quadro geral de óbitos nos últimos anos.

A faixa etária de 20 a 59 anos, tem a seguinte ordem: causas externas, infecciosas, neoplasias e circulatórias; com aumento de óbitos por causas externas. Destaca-se que no capítulo de doenças infecciosas e parasitárias estão incluídas doenças as doenças virais, Covid19, Hiv e tuberculose.

Quanto ao perfil de mortalidade das pessoas idosas acima de 60 anos, anos ainda predomina as doenças circulatórias como causa principal, seguida das respiratórias, neoplasias e metabólicas (figura 7).

Figura 7. Distribuição da Mortalidade por Causas CID10 e Faixa Etária, 2015 a 2020.



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Sobre a mortalidade infantil, ocorreram 4 óbitos infantis em 2020, representando um CMI- Coeficiente de Mortalidade Infantil de 10,7, tendo como causa as afecções no período perinatal (75,0%) e malformações congênitas (25,0%) e sendo 3 óbitos neonatal (Tabela 12). As afecções originadas no período perinatal e as malformações representam, cada uma delas, 44,4% dos óbitos infantis, de acordo com a série histórica. Foram analisados outros dados/informações referentes ao período, com o objetivo de melhorar a qualidade do acompanhamento das gestantes e consequentemente a diminuição da mortalidade infantil no município. Esta análise mostra o número elevado de prematuridade 72,2%; baixo peso 72,2%; óbito neonatal precoce < 7 dias 66,7%. Quanto a idade 16,7% são mães adolescentes e 27,8% acima de 35 anos, idades consideradas de maior risco gestacional. Em relação as causas no período, 55,6% foram consideradas evitáveis sendo que em 2020, 75% das causas básicas poderiam ser evitadas.

Tabela 12- Série histórica da síntese de informações sobre Mortalidade Infantil e Fetal, 2015 a 2020.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Infantil</b>	<b>Número absoluto</b>	3	3	5	2	1	<b>4</b>
	<b>Coefficientes</b>						
	Mortalidade Infantil (menor de 1 ano)	8,2	7,7	13,3	5,4	2,9	<b>10,7</b>
	Mortalidade perinatal (óbitos fetais+ 22 semanas e óbitos crianças <7dias)	13,4	15,1	20,9	10,8	14,1	<b>13,2</b>
	Mortalidade Neonatal (0 a 27 dias)	5,5	7,7	8,0	5,4	2,9	<b>8,0</b>
	Mortalidade Neonatal Precoce (< 7 dias)	5,5	5,1	8,0	5,4	2,9	<b>5,3</b>
	Mortalidade Neonatal Tardia (7 a 27 dias)	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	<b>2,7</b>
	Mortalidade Pós-neonatal (28 a < 1 ano)	2,7	0,0	5,3	0,0	0,0	<b>2,7</b>
	<b>Principais causas CID-10BR</b>						
	Algumas afecções originadas período perinatal	0,0	33,3	40,0	100,0	0,0	<b>75,0</b>
	Malformações congênitas	100,0	66,7	20,0	0,0	100,0	<b>25,0</b>
	Doenças endócrinas e metabólicas	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
	Causas externas	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
	<b>Percentuais</b>						
	Cesariana	66,7	66,7	60,0	50,0	100,0	<b>50,0</b>
	Mães adolescentes	66,7	100,0	80,0	50,0	100,0	<b>50,0</b>
	Idade gestacional até 36 sem	75,0	80,0	80,0	83,3	100,0	<b>66,7</b>
	Baixo peso	100,0	66,7	60,0	100,0	0,0	<b>75,0</b>
	Escolaridade da mãe (menos de 7 anos	33,3	100,0	40,0	0,0	0,0	<b>25,0</b>
	Frequência de filhos mortos tidos	0,00	33,3	20,0	0,0	100,0	<b>25,0</b>
	Causas evitáveis	0,00	33,3	80,0	100,0	0,0	<b>75,0</b>
		<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>Fetal</b>	<b>Número absoluto</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
	<b>Principais causas CID-10BR</b>						
	Algumas afecções originadas período perinatal	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	<b>100,0</b>
	Malformações congênitas	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	<b>0,0</b>
	<b>Percentuais</b>						
	Parto normal	60,0	75,0	80,0	66,7	100,0	<b>66,7</b>
	Mães adolescentes	0,0	25,0	60,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
	Idade gestacional + 22 semanas	80,0	100,0	100,0	66,7	100,0	<b>100,0</b>
	Baixo peso	20,0	75,0	100,0	66,7	100,0	<b>66,7</b>
	Escolaridade da mãe (menos de 7 anos	60,0	25,0	60,0	0,0	0,0	<b>0,0</b>
	<b>Frequência de filhos mortos tidos</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>33,3</b>	<b>66,7</b>

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/NIS/DGTI - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

O CMP- Coeficiente de Mortalidade Perinatal teve variação na série histórica, ficando em 13,2% no ano de 2020. A mortalidade perinatal, que compreende os óbitos

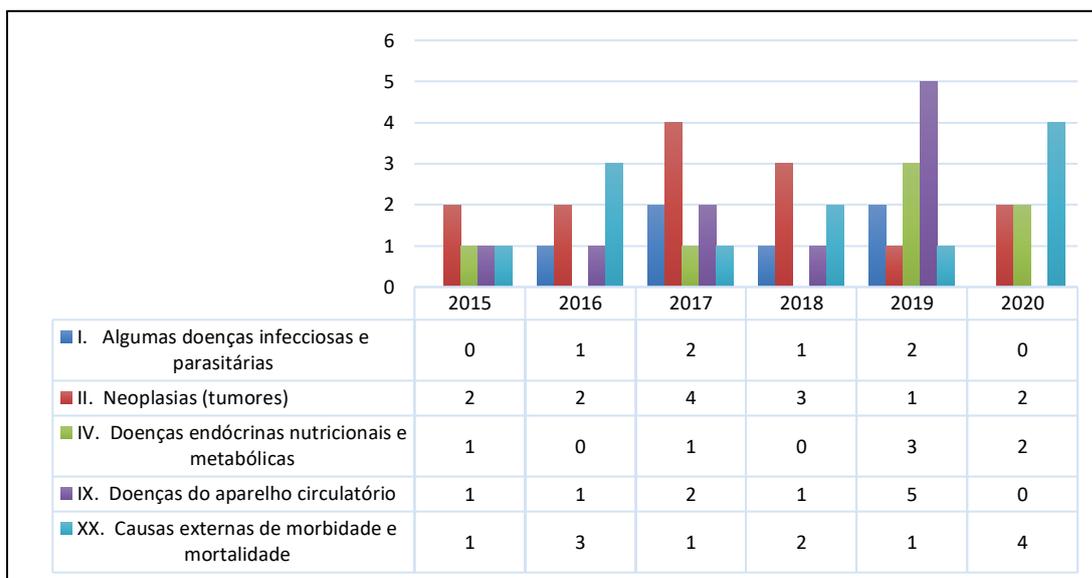
fetais e neonatais precoces, tem sido recomendada como o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde, de modo a dar visibilidade ao problema e propiciar a identificação das ações de prevenção para o alcance de ganhos mútuos na redução da morte fetal e neonatal precoce evitável. A mortalidade perinatal está vinculada a causas preveníveis como o desigual acesso e uso dos serviços de saúde, deficiente qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Estima-se que 62% dos óbitos de nascidos vivos com peso superior a 1500g ao nascer são evitáveis, sendo as afecções perinatais o principal grupo de causas básicas, correspondendo a cerca de 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais, com destaque para a prematuridade e suas consequências, como desconforto respiratório do recém-nascido, doença da membrana hialina, enterocolite necrosante, infecções específicas do período perinatal e asfixia (LANSKY, 2009).

A mortalidade fetal no município também é um indicador preocupante, assim como a mortalidade infantil, conforme demonstrado na tabela 12, sendo que a redução da mortalidade infantil e fetal é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. No decorrer da série analisada 87,5% dos óbitos fetais estão acima de 22 semanas de gestação (70,8 até 36 semanas de gestação); 95,8% devido a causas de afecções período perinatal e 70,8% de baixo peso.

Analisando a Mortalidade Materna, nos últimos seis anos, ocorreram 2 óbitos, relacionadas à doença circulatória com complicações e cardiomiopatia no puerpério, ambas na faixa etária de 30 a 39 anos.

Com relação à MIF -Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, 10 a 49 anos, (figura 8), as principais causas são as neoplasias (mama, colo de útero e pulmão) seguidas das doenças causas externas (acidentes de trânsito, agressões e lesões autoprovocadas), do aparelho circulatório (doenças isquêmicas) e doenças infecciosas e parasitárias (doenças virais). No ano de 2020 predominou as causas externas, seguidas de diabetes mellitus e câncer, ocorrendo também casos por covid19.

Figura 8. Mortalidade Mulheres em Idade, capítulo da CID-10, Soledade RS, 2015 a 2020.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde RS/NIS/DGTI – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Entre as mortes por causas externas, conforme tabela 13, salienta-se as agressões (25,9%), lesões autoprovocadas (29,6%), as quedas (11,1%) e os acidentes de transporte (11,1%) em 2020 seguindo o resultado geral da série histórica com algumas oscilações.

Tabela 13. Óbitos por Tipo de Violência, do capítulo causas externas CID-10, 2015 a 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Causas externas de morbidade e mortalidade	25	27	21	15	21	27	136
Acidentes de transporte	5	4	6	4	6	3	28
Quedas	5	4	1	3	3	3	19
Afogamento e submersões acidentais	2	0	2	0	2	1	7
Exposição a fumaça, ao fogo e as chamas	0	1	0	1	0	0	2
Lesões autoprovocadas voluntariamente	5	9	4	1	3	8	30
Agressões	6	5	5	6	7	7	36
Eventos(fatos) cuja intenção e indeterminado	0	1	0	0	0	1	2
Demais causas externas	2	3	3	0	0	4	12

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde RS/NIS/DGTI – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

No município, no período avaliado, ocorreram 1.518 óbitos, uma média anual de 253, variando de 242, no ano 2015, para 256 em 2020, a uma taxa média anual de 8,1 óbitos para cada 1.000 habitantes. A análise do indicador permite observar um aumento na taxa bruta de mortalidade anual, de 7,8 em 2015, para 8,2 ao ano em 2020, mantendo-se estável durante três anos e diminuído no último ano analisado.

#### **1.1.3.4. Situação de saúde dos grupos populacionais específicos e vulneráveis**

O acesso à saúde para grupos em situação de vulnerabilidade social tem sido um desafio para o SUS. A equidade se refere ao modo como os serviços devem se organizar para garantir um acesso mais justo e igualitário, contribuindo para a diminuição das iniquidades historicamente construídas.

Verificam-se nos dados do IBGE- 2010 que se declararam indígenas, 30 pessoas, correspondendo a 0,1% do total da população do município. Destes 22 alfabetizados, com taxa de abandono escolar precoce de 70% juntamente com a população autodeclarada parda.

A população alfabetizada, autodeclarada negra (pretos e pardos) em Soledade totaliza 4.205 pessoas (IBGE, 2010), o que representa 14,0% da população total. A taxa de analfabetismo no grupo específico corresponde a 21,6%.

Em relação a taxa de atividade com 16 anos e mais, 51,6% das mulheres estão ocupadas e 79,4% dos homens.

Na zona rural residem 6.012 habitantes, sendo masculinos 10,5% e do sexo feminino 9,5% e correspondem a 20% da população. Predomina no município as atividades relacionadas a agricultura e pecuária, assim como agricultura familiar. Neste contexto, estão os moradores rurais expostos a doenças relacionadas ao trabalho e estilo de vida, tais como: acidentes de trabalho, intoxicação por agrotóxicos, acidentes com animais peçonhentos, depressão e suicídio. Existe ainda a falta de tratamento da água para consumo humano em todas as localidades rurais.

Em relação a população privada de liberdade, o município conta com um presídio estadual. O atendimento básico está disponível através das Unidades de Saúde e ESF Missões, assim como consultas e ações específicas pelos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. Periodicamente são realizadas ações voltadas para promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento dos agravos encontrados, assim como atendimento da unidade móvel com saúde bucal.

A população em situação de vulnerabilidade a Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV/AIDS tem acesso no SAE - Serviço de Atendimento.

A população em situação de rua é aquela que, por diversos motivos, reside ou passa grandes períodos na rua é uma população flutuante, aumentando em alguns períodos do ano. No município no momento, as pessoas em situação de rua, são encaminhadas para atendimento e encaminhamentos se necessários para o CREAS- Centro de Referência

Especializado de Assistência Social, assim como adolescentes em conflito com a lei.

A Proteção Social Básica tem caráter preventivo e processador de inclusão social, destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social, decorrente da pobreza, situação de privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos), em situação de fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, dentre outras). No município de Soledade a Proteção Social Básica se organiza através de grupos, atividades, visitas domiciliares e acompanhamento através das equipes de CRAS, CREAS e Gestão.

## 1.2 – Capacidade Instalada x Oferta e Cobertura de ações e serviços

### Estrutura Assistencial

A Secretaria Municipal de Saúde presta atendimento à população nas ESF- Estratégia de Saúde da Família, Secretaria de Saúde, Ambulatórios Municipais de Saúde, Unidade Móvel, SAMU 192, SAE - Serviço de Atendimento Especializado e CAPS I-Centro de Atenção Psicossocial, Centro Integrativo de Atenção em Saúde, Centro de atendimento para Enfrentamento do Covid19, Academias de Saúde, conforme abaixo.

Tabela 14. Rede Física de Estabelecimentos de Saúde por tipo de estabelecimentos, 2020.

Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Unidade Móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	0	0	1	1
Centro de Saúde/unidade básica	0	0	9	9
Hospital Geral	0	1	0	1
Centro de Atenção Psicossocial	0	0	1	1
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT isolado)	0	0	7	7
Centro de Imunização	0	0	1	1
Posto de Saúde	0	0	8	8
Unidade Móvel Terrestre	0	0	1	1
Consultório isolado	0	0	1	1
Central de Gestão em Saúde	0	0	1	1
Polo Academia da Saúde	0	0	2	2
Clínica/centro de especialidade	1	1	3	5
Policlínica	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>35</b>	<b>39</b>

Fonte: CNES WEB

A Secretaria Municipal de Saúde além dos consultórios médico e odontológico,

oferta todo atendimento da Vigilância em Saúde, serviço de IST/AIDS, serviços administrativos: planejamento, recursos humanos, parte financeira, agendamento de consultas e exames, autorização de internação hospitalar, cartão SUS, e regulação de transportes. Também existe a farmácia básica com dispensação de medicamentos da lista básica do SUS e dos medicamentos especiais.

Devido a regionalização, um dos preceitos e diretrizes do SUS, utiliza os sistemas de gerenciamento de regulação para atendimento de Média e Alta Complexidade. Para realizar o transporte dos pacientes que necessitam destes atendimentos, todos os veículos da frota da saúde estão disponíveis conforme as necessidades dos usuários. As transferências de urgência/emergência e altas hospitalares, de ou para hospitais de outros centros, são realizadas pelas ambulâncias mantidas pelo município.

A Vigilância em Saúde e as Unidades de Saúde, utilizam os carros da frota da saúde para realização de atividades necessárias fora das unidades de saúde, conforme um cronograma pré-estabelecido.

Com relação ao transporte de pacientes, a SMS, reserva o direito de disponibilizar veículos para transporte coletivo a pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde. O transporte será individualizado quando o paciente não tiver condições de saúde para transporte coletivo.

Todas as Unidades de Saúde funcionam diariamente de segunda a sexta-feira das 07:30h às 11:30h e das 13:00h às 17:00h, com exceção do CAPS que tem o atendimento das 08:00h às 17:00h. A SMS além do horário de atendimento no período da manhã e tarde, possui o plantão do terceiro turno das 18:00h às 22:00h.

A cobertura populacional estimada pela Atenção Básica no município é de 85,2% da população. Se contabilizada somente a cobertura populacional pelas ESF, se tem 61,2%, enquanto a cobertura populacional pela saúde bucal foi de 96,5%.

A vinculação preferencial dos cidadãos às Unidades de Saúde se dá preferencialmente por área adscrita pelo endereço de residência dos mesmos. O acesso de não residente no território de uma unidade de saúde é limitado ao acesso por demanda espontânea de urgência básica. Além disso, a forma de marcação de consultas e atendimentos é presencial ou por telefone para os usuários do interior. O exposto leva a crer que muitos trabalhadores e estudantes podem estar não acessando os serviços de saúde de forma programática por inflexibilidade da própria rede de serviços, exigindo uma nova postura no gerenciamento dos serviços para que essas pessoas tenham

oportunidades de atendimento na rede pública de saúde.

### **1.2.1 - Atenção Primária (Programas, Ações e Estratégias)**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas.

As Unidades de Saúde instaladas no município estão distribuídas em pontos estratégicos, desempenhando papel central na garantia de acesso da população a uma atenção à saúde de qualidade. Estas unidades estão dotadas da infraestrutura necessária ao atendimento proposto, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários, além de adotar a implantação da Estratégia de Saúde da Família.

A Secretaria Municipal da Saúde planeja, apoia, monitora e avalia a atenção Primária/básica municipal. O Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde são utilizados como instrumentos norteadores para a elaboração de todas as etapas do planejamento. Como ferramenta de apoio, é mantido atualizado o cadastro dos profissionais, dos serviços e dos estabelecimentos ambulatoriais sob sua gestão, no sistema de cadastro nacional vigente. São estabelecidos mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações, como parte do processo de planejamento e programação, incluindo a coleta, análise e verificação da qualidade e da consistência dos dados nos sistemas nacionais de informação, enviados às outras esferas de gestão, utilizando-os no planejamento e divulgando os resultados obtidos.

O município possui 07 Unidades de Saúde (ESF- Estratégias de Saúde da Família) com 07 equipes de Saúde Bucal na zona urbana, 08 Ambulatórios, sendo 02 na zona

urbana e 06 na zona rural, com atendimento nas suas áreas de atuação. Os Ambulatórios possuem equipes multidisciplinares, que pode incluir conforme cronograma de atendimento, clínico geral, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Com esta composição, atuam em um modelo de atenção assistencial que, por vezes, é segmentado por categoria profissional.

Cada equipe de Saúde da Família é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além das Equipes de Saúde Bucal Modalidade I (cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal), conta com o atendimento semanal ou quinzenal em ginecologia e obstetrícia, pediatria, nutrição, fisioterapia, educador físico e apoio da Assistente Social e psicologia da Secretaria de Saúde.

O Agente Comunitário em Saúde (ACS) é um ator fundamental do modelo de atenção, que realiza a integração dos serviços de saúde da Atenção Básica com a comunidade. Tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS. O município conta com 26 ACS na zona urbana e 18 no interior, tendo uma cobertura de 61,2% da atenção básica (2020).

Em Soledade, o atendimento de Saúde Bucal é realizado nas Unidades de saúde e na Secretaria Municipal de Saúde diariamente, nos 03 ambulatórios do interior e 02 da zona urbana de forma semanal, e com a Unidade Móvel ofertando o serviço conforme cronograma de atendimento e locais específicos (comunidades do interior, escolas, Presídio), em 2020 teve 96,5% de cobertura. Também presta serviço de elaboração de prótese dentária num dos ambulatórios urbanos. Entre os espaços de atuação destes profissionais estão as unidades de saúde, domicílios, escolas, espaços comunitários e ambientes em que as atividades odontológicas se fizerem necessárias. O município possui um programa de atendimento odontológico em parceria com a Secretaria de Educação atendendo as escolas.

No ano de 2013 o município fez adesão ao Programa Mais Médicos, contando atualmente com 04 profissionais vinculados às Estratégias de Saúde da Família.

O PSE- Programa Saúde na Escola na Secretaria Municipal da Saúde está baseado no documento de adesão, que procura incentivar a integração das políticas e das ações da educação e da saúde. Mediante a aplicação de recursos financeiros e materiais oriundos da Atenção Básica do Ministério da Saúde, o PSE estimula a atuação das equipes da ESF nas escolas de seu território com objetivo principal de realizar as avaliações

clínicas, assim como trabalhos preventivos.

A construção conjunta com a escola, do planejamento anual das atividades da saúde do escolar e a inclusão da promoção da saúde e prevenção no projeto político-pedagógico escolar deverão ser priorizadas nos próximos anos. Há necessidade de construção das linhas de cuidado, originado nas atividades de avaliação clínica nas escolas, bem como do aprimoramento do acolhimento às demandas originadas nas escolas pelas equipes das Unidades de Saúde, com organização dos fluxos de encaminhamento especializado, quando necessário.

A Política de Atenção Integral à Saúde da Criança prevê o acompanhamento da criança de 0 a 2 anos, priorizando as consultas de puericultura, assim como controle do calendário nacional de vacinação, aleitamento materno, desenvolvimento e crescimento, risco de obesidade e desnutrição, notificação de negligência e violência buscando a redução da mortalidade infantil. O Teste do Pezinho, o Teste da Orelhinha, são algumas das ações realizadas na Atenção Básica/Primária que englobam a saúde da criança.

Outra ação importante realizada é a vigilância do óbito infantil, fetal e materno, visando desencadear estratégias para a redução do coeficiente de mortalidade infantil, fetal, assim como da morte materna.

O PIM- Programa Primeira Infância Melhor/ Criança Feliz, contempla ações socioeducativas transversais que visam a promoção do desenvolvimento integral da primeira infância, considerando as dimensões física, intelectual, social, emocional e de linguagem. A demanda de atendimentos do programa são gestantes e crianças de 0 a 6 anos de idade que estejam fora da educação infantil, morem em áreas de grande vulnerabilidade e risco social (pobreza e extrema pobreza, violência, ausência de estrutura urbana) e altos níveis de mortalidade infantil. A Secretaria de Saúde participa da rede de atendimento que é, em potencial, um importante via de identificação precoce de alterações de desenvolvimento no que se refere a crianças com deficiências.

A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, que compreende o cuidado a saúde da população entre 10 e 19 anos, estrutura-se em três eixos: crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e reprodutiva e redução da morbimortalidade por causas externas. Com a adesão ao Programa Saúde na Escola, o município visa ampliar o atendimento ao adolescente com a vinculação do mesmo as unidades de saúde.

A Política de Atenção à Saúde da Mulher tem quatro áreas prioritárias de cuidado vinculadas a Atenção Primária a Saúde: enfrentamento do câncer de colo do útero e mama, enfrentamento a violência, planejamento sexual e reprodutivo e atenção ao pré-

natal.

A Política de Atenção à Saúde do Idoso tem por objetivo o envelhecimento ativo e saudável. O envelhecimento rápido da população traz profundos desafios para a estruturação das redes de atenção à saúde, uma vez que medidas de intervenção sanitária tradicionais se detêm apenas no tratamento das doenças, não oferecendo parâmetros adequados de avaliação da situação de saúde da pessoa idosa em relação a manutenção de sua autonomia e independência. São ações prioritárias para o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde como centro de atenção à Saúde da Pessoa Idosa: realização anual da campanha de vacinação para a influenza e covid19, a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a realização da classificação de fragilidades, incluindo os maus tratos e violência doméstica, promoção da alimentação adequada e saudável, de modo a garantir a continuidade do cuidado especializado quando necessário e a atenção domiciliar das pessoas com indicação de acompanhamento de saúde.

O Programa Auxílio Brasil (bolsa família) é um programa federal de transferência direta de renda à famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza com a finalidade de promover seu acesso aos direitos sociais básicos. O Programa é realizado por meio de auxílio financeiro vinculado ao cumprimento de compromissos na Saúde, Educação e Assistência Social - condicionalidades. As famílias em situação de pobreza e extrema pobreza podem ter maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde. A agenda de saúde do PBF no SUS compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização. A condicionalidade Saúde obteve no ano de 2020 73,3% de cobertura, sendo acompanhadas 2.257 beneficiários.

A Política de Alimentação e Nutrição com avaliação contínua do perfil alimentar e nutricional da população e seus fatores determinantes compõe a VAN -Vigilância Alimentar e Nutricional. Recomenda-se que nos serviços de saúde seja realizada avaliação de consumo alimentar e antropometria de indivíduos de todas as fases da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) e que estas observações possam ser avaliadas de forma integrada com informações provenientes de outras fontes de informação, disponíveis no SUS. Após lançamento no SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e Auxílio Brasil dos acompanhamentos, as pessoas identificadas com baixo peso ou excesso de peso serão rastreadas para realização de ações, que incluem consulta médica, nutricional, encaminhamento para grupos, porém algumas famílias se recusam a modificar seus hábitos ou a se quer participar das ações propostas.

Tabela 15. Estado Nutricional dos avaliados pelo Sisvan, 2020.

<b>IMC CRIANÇAS</b>													
	Magreza		Magreza		Eutrofia		Risco de sobrepeso		Sobrepeso		Obesidade		Total
	acentuada		Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
	Quantidade	%											
SOLEDADE	7	0.7	23	2.5	554	59.4	170	18.2	99	10.6	79	8.5	932
RS	1.718	1.3	3.029	2.2	82.170	60.8	27.708	20.5	11.889	8.8	8.624	6.4	135.138
REGIÃO SUL	7.245	1.6	10.954	2.4	284.861	61.6	90.457	19.6	38.221	8.3	30.291	6.6	462.029
<b>IMC ADOLESCENTES</b>													
	Magreza		Magreza		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		Obesidade Grave		Total
	acentuada		Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
	Quantidade	%											
SOLEDADE	5	0.7	8	1.2	391	56.9	162	23.6	90	13.1	31	4.5	687
RS	423	0.6	1.388	1.8	41.173	54.7	16.880	22.4	11.396	15.1	4.066	5.4	75.326
REGIÃO SUL	1.884	0.6	6.297	2.0	179.114	58.4	66.325	21.6	40.143	13.1	12.750	4.2	306.513
<b>IMC ADULTO</b>													
	Baixo peso		Adequado		Sobrepeso		Obesidade Grau I		Obesidade Grau II		Obesidade Grau III		Total
			ou Eutrófico		Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
	Quantidade	%	Quantidade	%									
SOLEDADE	38	1.3	821	27.7	1.017	34.3	656	22.1	270	9.1	159	5.4	2.961
RS	4.056	1.2	79.646	24.2	107.266	32.6	77.700	23.6	36.644	11.1	23.685	7.2	328.997
REGIÃO SUL	24.651	1.5	444.411	27.8	545.232	34.1	353.492	22.1	149.620	9.4	80.207	5.0	1.597.613
<b>IMC IDOSO</b>													
	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Total						
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%							
SOLEDADE	97	9.5	318	31.0	610	59.5	1.025						
RS	10.713	8.9	37.434	31.0	72.346	60.0	120.493						
REGIÃO SUL	49.421	9.4	170.268	32.3	307.665	58.3	527.354						

Fonte: SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Considerando os dados referentes ao estado nutricional no Sisvanweb, constata-se obesidade em 8,5% das crianças menores de 5 anos; em adolescentes 17,6%, em adultos 36,6% e nos idosos 59,5 de sobrepeso (tabela 15). Após análise dos dados antropométricos e consultas de doenças relacionadas ao sobrepeso e obesidade, verifica-

se a necessidade de implementar programas específicos no município.

O município aderiu ao Programa Academia da Saúde que tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis. Possui 02 polos instalados referentes a adesão federal, sendo um no centro da cidade e o outro no Bairro Botucaraí. O município por entender a importância da atividade física como benefício para a saúde implementou mais 04 polos nos bairros: Missões, Ipiranga, Expedicionário e Botucaraí. Estes locais servem de encontro para os moradores dos referidos bairros, necessitando ainda de um programa municipal com profissionais qualificados e ações efetivas e permanentes.

O e-SUS Atenção Primária é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS APS, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. Esta estratégia está regulamentada na Portaria nº 1.412 de 10 de julho de 2013, que institui o SISAB- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica.

A plataforma Telessaúde Brasil Redes tem a finalidade de desenvolver ações de apoio à assistência à saúde e, sobretudo, de educação permanente em saúde, visando à educação para o trabalho e mudanças de práticas de trabalho que resultem na qualidade do atendimento da Atenção Básica. O TelessaúdeRS tem por objetivo também apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde ordenadas pela Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O TelessaúdeRS oferece aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS os seguintes serviços: teleconsultorias, telediagnóstico, teleeducação e encaminhamentos. O município possui 08 pontos, na Secretaria da Saúde e nas ESF, com objetivo de ampliar a resolutividade da Atenção Básica.

No ano de 2020 o município aderiu as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), através do Centro Integrativo de Atenção em Saúde, que são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

### **1.2.2. Atenção Secundária e Terciária**

Os serviços especializados ambulatoriais devem fazer atenção complementar à Atenção Primária a Saúde, proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ou assistência, com tecnologia compatível a sua capacidade de resolução. Devem estar integrados a rede de atenção e ainda inseridos em linhas de cuidado, podendo utilizar-se de metodologias que apoiem e/ou ampliem a capacidade resolutiva da Atenção Primária a Saúde. A organização dessa atenção deve considerar as regiões e macrorregiões de saúde, visando o menor deslocamento dos usuários no acesso aos serviços.

O fluxo de regulação inicia-se nas unidades municipais de saúde, onde o médico verifica a necessidade de direcionar o paciente a uma avaliação especializada. A solicitação é encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde, que cadastra o pedido no sistema informatizado e conforme a disponibilidade de agenda, a solicitação autorizada é agendada/marcada.

O município também participa do COMAJA- Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal dos Municípios do Alto Jacuí e Alto da Serra do Botucaraí para encaminhamentos de consultas e procedimentos.

O atendimento das especialidades médicas do município possui diferenças importantes de estrutura física e de capacidade instalada entre si e são prestados na Secretaria Municipal de Saúde e nos consultórios próprios. As especialidades médicas têm profissionais com carga horária de 20 e 40h e estão credenciados através do Contrato Administrativo para Serviços Médicos Especializados.

### **Consultas médicas na Atenção Especializada**

Os componentes da atenção especializada são serviços de média e alta complexidade e serviços especializados que constituem as redes de atenção, convergindo com a organização de linhas de cuidado. A demanda é programada e regulada através do GERCON- Sistema de Gerenciamento de Consultas Especializadas.

As consultas médicas especializadas são acessadas via sistemas informatizados pela Secretaria Municipal de Saúde, existindo ainda demanda reprimida em algumas áreas de atendimento e aguardam de 30 dias a 01 ano para o atendimento.

Evidencia-se, nas consultas especializadas de pacientes referenciados para os hospitais, que muitos permanecem em atendimento por muito tempo, por apresentarem

problemas mais graves ou porque não tem uma contrarreferência efetiva para dar suporte ao tratamento já indicado.

### **Apoio Diagnóstico e Terapêutico**

Nas ciências da saúde, são denominados exames de apoio diagnóstico aqueles exames (laboratoriais, de imagem etc.) que complementam os dados da anamnese e do exame físico para a confirmação das hipóteses diagnósticas e tratamento. As unidades de saúde, a SMS e o Pronto Atendimento possuem cotas de exames para apoio diagnóstico. Os exames de análises clínicas estão distribuídos nas Unidades de Saúde, sendo a oferta calculada com base no número de consultas. As consultas especializadas e de urgência demandam maior variedade de exames e a rotina de pré-natal possui protocolo de solicitação de exames.

Os laboratórios que prestam serviço para SMS devem oferecer todos os exames da tabela SUS, sendo que os mesmos podem ser solicitados pelos serviços da Atenção Básica, Especializada e Pronto Atendimento. Quando excede a cota SUS o município utiliza exames através do COMAJA.

Em relação à oferta de mamografias, elas são liberadas no SISCAM - Sistema de Informação do Câncer da Mulher, para o Hospital de Caridade Frei Clemente de Soledade, tendo uma cota de 88 exames por mês. A solicitação de rotina é realizada por médicos e enfermeiros tendo como critério o protocolo clínico de rastreamento precoce do câncer de mama. Em usuárias sintomáticas a solicitação de exames é realizada pelo médico.

A oferta de exames citopatológicos é por agendamento nas Unidades de Saúde e SMS, assim como pela realização de campanhas. Semanalmente as unidades enviam os exames realizados, o que permite controlar a demanda. Também é realizado colposcopia na Secretaria de Saúde e caso o resultado tenha alguma alteração a usuária é encaminhada através do Gercon para seguimento do tratamento.

O município presta atendimento de Fisioterapia ambulatorial na Secretaria Municipal de Saúde e Unidades de Saúde. Também possui atendimento ambulatorial em clínicas de fisioterapia no próprio município vinculadas ao SUS, sendo estas direcionadas a usuários com doenças e/ou sequelas neurológicas.

Os profissionais de Fonoaudiologia prestam atendimento clínico, Teste da Orelhinha, assim como encaminhamentos às referências especializadas em Saúde

Auditiva.

A Apae- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais em Soledade, presta atendimento com o objetivo principal de promover a atenção integral à pessoa com deficiência intelectual e múltipla

### **Serviços de Atenção à Saúde Mental**

Em Soledade o serviço que presta atendimento em saúde mental, realiza consultas individuais, grupos e oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, articulação com outros serviços da rede de saúde e com a comunidade. É referência para os demais serviços da rede de saúde, assim como presta atendimento por livre demanda. É o regulador das internações em saúde mental, através do Gerint- Gerenciamento de Internações Hospitalares.

O município possui um CAPS tipo I, constituído por equipe multiprofissional (psiquiatra, psicólogas, assistente social, enfermeira, oficinaira) que atua sob a ótica interdisciplinar e com atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

No município existem usuários com quadros graves que ainda não acessam o serviço de saúde mental, ocasionando um alto índice de reinternações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais. Também existe uma fragilidade no atendimento, falta de contrarreferência e de organização do apoio matricial a rede básica que será fortalecido no próximo ano. Existe a intenção do município incluir a AMENT – Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental como parte da Rede de Atenção Psicossocial, constituindo estratégia para atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados, respondendo à necessidade de atendimento em saúde mental especializado, identificado pela atenção básica.

O Hospital local é referência para atendimento destinado para as situações de crise aguda. Possui 10 leitos, sendo 02 saúde mental (02 SUS) e 08 psiquiátricos (06 SUS) de pacientes encaminhados via GERINT.

### **SAE- Serviço de Atendimento Especializado**

O SAE tem como finalidade proporcionar uma forma de assistência de qualidade

as pessoas vivendo com HIV/Aids, Hepatites Virais, Sífilis e Tuberculose com a finalidade de prestar assistência clínica, terapêutica, farmacêutica e psicossocial, em nível ambulatorial, fixando o paciente a uma equipe multidisciplinar que o acompanhará ao longo de sua doença.

O município é referência para os municípios de: Tapera, Espumoso, Barros Cassal, Mormaço, Ibirapuitã, Arvorezinha, Itapuca, Tunas, Lagoão, Fontoura Xavier, Alto Alegre, Campos Borges, Tio Hugo e Soledade.

Estão vinculados ao serviço em média 316 pacientes, os quais fazem acompanhamento e realização de exames, assim como retirada de antirretroviral na UDM- Unidade Dispensadora de Medicamentos.

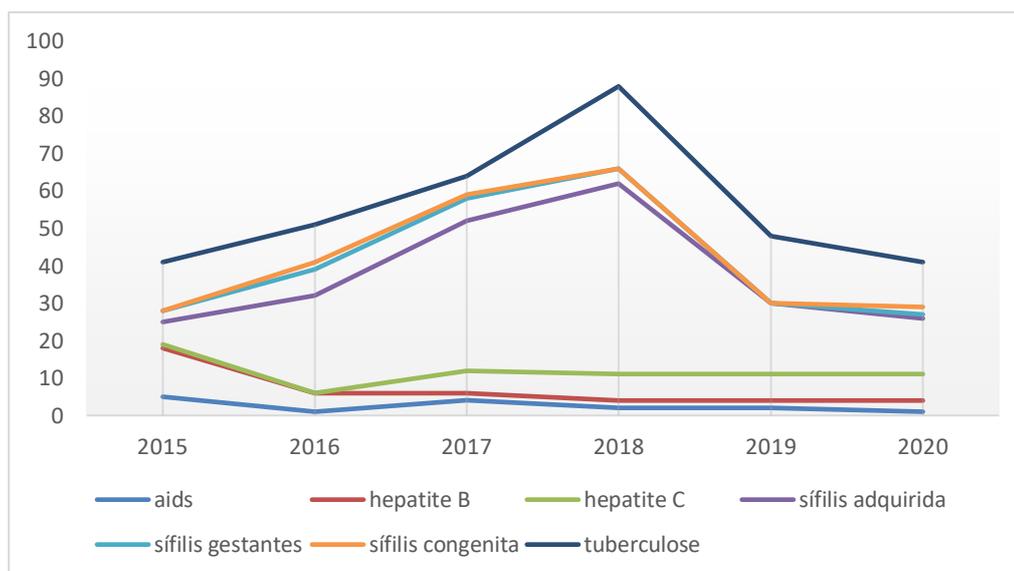
No período de 2015 a 2020 foram notificados 15 casos de Aids em adultos: 80% na faixa etária de 20 a 49 anos e 20% acima de 60 anos; 66,7% com ensino fundamental; 80% do sexo masculino e 66,7% heterossexual. Houve diminuição no coeficiente bruto de mortalidade no ano de 2020 ficando em 3,3% sendo que em 2017 era de 13,2%. No caso das gestantes, o coeficiente de detecção de HIV em 2020 apresentou o valor de 5,4 casos por mil nascidos vivos, tendo diminuído em relação aos anos anteriores (tabela 9).

O SAE também presta atendimento aos pacientes com tuberculose, sendo uma preocupação em saúde pública. No período analisado 76,3% casos novos, 10,0% recidiva, 7,5% reingresso após tratamento, 82,5 forma pulmonar, 65,7% tiveram cura após tratamento, 75% do sexo masculino, 77,5% adultos, 20,0% idosos, 2,5% adolescentes, 67,5% tinham ensino fundamental, 17,5% ensino médio, 2,5% nível superior e 11,3% positivos para HIV após testagem.

Os casos de sífilis mostram a necessidade de fortalecer e ampliar o quantitativo de testes rápidos nas unidades de saúde para diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Conforme a série histórica de 2015 a 2020, ocorreu aumento de casos de sífilis adquirida, 157 casos notificados, sífilis em gestante 21 casos com taxa de incidência de 2,7% e 5 casos de sífilis congênita.

Considerando a média das notificações confirmadas de hepatites virais, no período de 2017 a 2020, de 2,3 casos de hepatites B e 6,8 casos de hepatite C, a Secretaria de Saúde optou por implementar a Política de Microeliminação da hepatite C voltada para a população específica e vulnerável.

Figura 9. Casos notificados e confirmados atendidos no SAE no período de 2015 a 2020.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – sinannet

### **Centrorim Soledade - Clínica de nefrologia**

Existe no município uma clínica nefrológica vinculada ao SUS, que oferta serviço de hemodiálise, atendendo os munícipes e os municípios da região. Caso a demanda exceda a capacidade os pacientes são encaminhados para outras referências.

### **Assistência Farmacêutica**

Junto da Farmácia Básica encontra-se a Farmácia de Dispensação de Medicamentos Especiais localizada em prédio anexo a Secretaria de Saúde.

Na Atenção Básica a Assistência Farmacêutica está organizada com a presença de um farmacêutico responsável técnico que é responsável pela distribuição de medicamentos e insumos farmacêuticos para toda a rede, atendendo a demanda interna dos setores, mantendo-os adequadamente abastecidos. O processo de compras de medicamentos, é realizado através do consórcio COMAJA.

Nas Unidades de Saúde tem armazenamento e distribuição de medicamentos à população, que estão sob a assessoria técnica do farmacêutico da Secretaria Municipal de Saúde, sendo os medicamentos controlados dispensados somente na SMS.

É situação comum no município, que medicamentos não constantes na listagem municipal, estadual ou federal, sejam solicitados mediante determinação do poder Judiciário, que parte do pressuposto de que os medicamentos são essenciais à vida dos pacientes, responsabilizando o município pelo fornecimento,

uma vez que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, e a responsabilidade é solidária entre as três esferas de Governo. Nestes casos é encaminhada ao município a ordem judicial para efetuar o fornecimento da medicação.

Os medicamentos do componente estratégico do Ministério da Saúde como Tuberculose, AIDS, Influenza e Hanseníase, são distribuídos pelo SAE- Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids. O hospital local é referência regional para dispensar antirretrovirais, em caso de acidente com material biológico.

### **Atenção nos Serviços de Urgências**

A Rede de Urgência e Emergência tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços, de forma ágil e oportuna

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, dentre outras) o qual possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Compreende, no município, o SAMU-USB (Unidade de Suporte Básico), regulado pela central de regulação de Porto Alegre, tendo como referência, para a estabilização de pacientes críticos e/ ou graves, o Hospital de Caridade Frei Clemente, o qual tem condições de garantir a assistência 24 horas, vinculada ao serviço de saúde, de maneira articulada aos outros níveis de atenção para encaminhamentos.

O SAMU foi implantado em 2011 e conta com base localizada no Bairro Expedicionário.

### **Atenção Hospitalar**

O Hospital de Caridade Frei Clemente é classificado de acordo com sua esfera administrativa em privado sem fins lucrativos e de acordo com seu perfil assistencial como hospital geral. Conforme a classificação de leitos possui 116 leitos de internação sendo 85 SUS: clínico (50), cirúrgico (11), leito pediátrico (15), leito obstétrico (10),

leitos de psiquiatria (08), saúde mental (02), unidade de isolamento (10) UTI II adulto (10) e leitos de observação: urgência e emergência no Pronto Atendimento.

A contratualização de serviços é definida conforme as necessidades locais e regionais de saúde, estabelecidas nos planos de saúde municipais e estaduais e nos Planos de Ação Regional baseado na oferta dos prestadores conforme a sua tipologia. Possui serviço de Tomografia, Ultrassonografia, Mamografia e RX.

O Município é referência, na Região de Saúde, em média complexidade.

O município possui um convenio com o Hospital Frei Clemente, com repasse mensal para atendimento dos munícipes no pronto atendimento, visto que o hospital local não consegue atender toda a demanda municipal com os recursos recebidos.

### **Regulação e Controle do Sistema de Saúde**

O objetivo da regulação assistencial é a disponibilização da alternativa assistencial adequada a necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada.

O Complexo Regulador, realizado pelo estado, através dos sistemas Gerint - Gerenciamento de Internações; Gercon - Gerenciamento de Marcação de Consultas e Sisreg - Sistema de Regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam.

#### **1.2.3. Vigilância em Saúde**

A Vigilância em Saúde compõe as atividades da Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Vigilância Sanitária tendo por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, através da obtenção de informações que permitem o monitoramento do quadro epidemiológico e subsidiam a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes de riscos e danos à saúde da população, garantindo a integridade da atenção.

A Vigilância em Saúde é um instrumento importante para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde no município como nas demais

instancias governamentais.

#### **- Vigilância Epidemiológica**

No campo da Vigilância Epidemiológica a maior diretriz é a ampliação desta área de atuação, incorporando a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, superando o processo inicial de trabalho restrito às doenças e agravos transmissíveis de notificação compulsória. Outra importante diretriz desta área é o comprometimento do município de notificar as doenças e agravos previstos na legislação vigente, definindo as respectivas responsabilidades: busca ativa, investigação de casos, bloqueios vacinais, coletas de exames laboratoriais, capacitação de pessoal e avaliação, dando resposta imediata às emergências epidemiológicas.

A imunização é um serviço básico, e deve ser planejada no conjunto das ações oferecidas pela rede de serviços de saúde do município, em parceria com as unidades de saúde, saúde do idoso, criança e adolescente, assim como em ações do Programa Saúde Escolar. O município dispõe de todos os imunobiológicos de rotina e alguns para situações especiais em suas salas de vacina. Também realiza campanhas de vacinação e eventos para promover e alcançar as metas propostas.

Analisando a série histórica, da tabela abaixo, percebe-se que alguns imunobiológicos tem cobertura oscilando no decorrer dos anos, o que coloca em risco a reintrodução de doenças preveníveis através da vacinação de maneira constante e com cobertura vacinal acima de 95%, tabela 16.

Tabela 16. Imunizações no período de 2015 a 2020.

Imunobiológico	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
BCG	97,7	95,3	94,8	89,0	93,1	108,0	96,3
Hepatite B em crianças até 30 dias	106,1	117,3	135,9	138,1	73,9	93,6	111,1
Rotavírus Humano	84,6	99,7	91,2	82,6	92,0	100,3	91,6
Meningococo C	75,2	101,3	90,4	81,8	96,5	95,5	90,0
Hepatite B	80,8	123,5	86,8	81,6	73,3	98,4	90,7
Penta	79,7	95,3	86,8	81,6	73,3	98,4	85,8
Pneumocócica	78,5	102,6	92,8	83,6	92,8	102,9	92,1
Poliomielite	69,9	91,2	86,6	80,0	89,3	100,8	86,1
Poliomielite 4 anos	0,0	0,0	74,0	84,1	81,5	101,5	85,3
Febre Amarela	57,2	73,9	67,9	62,4	74,7	80,3	69,3
cfHepatite A	99,5	71,8	93,8	87,9	89,9	97,1	90,0
Pneumocócica (1º reforço)	67,3	102,1	82,9	81,1	89,1	100,5	87,
Meningococo C (1º reforço)	74,9	115,5	87,9	86,2	88,3	98,7	91,8
Poliomielite (1º reforço)	48,6	110,8	86,3	84,9	81,6	98,4	84,9
Tríplice Viral D1	89,4	101,8	95,1	86,7	86,7	99,5	93,2
Tríplice Viral D2	50,6	97,2	84,2	87,5	88,0	90,9	82,9
Tetra Viral (SRC+VZ)	38,7	101,0	55,3	82,9	84,8	65,9	71,3
DTP	79,7	95,3	0,0	0,0	0,0	0,0	87,5
DTP REF (4 e 6 anos)	0,0	1,9	66,1	83,3	52,4	110,0	52,4
Tríplice Bacteriana (DTP)(1º reforço)	63,5	74,4	82,4	81,8	61,6	112,8	79,3
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	0,0	10,3	33,3	69,2	64,6	3,7	30,2
dTpa gestante	0,00	9,8	34,4	70,3	73,6	86,1	45,3
Tetavalente (DTP/Hib) (TETRA)	76,9	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	40,3
Varicela	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	94,4	94,4
Total	77,7	61,8	81,4	84,1	80,9	92,7	78,3

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS)

Outro foco importante de atuação da vigilância epidemiológica é a vigilância das violências interpessoais e autoprovocadas, assim como dos acidentes relacionados ao trabalho. Somente com a notificação e análise destes dados o município pode realizar ações intersetoriais de prevenção e informação sobre os fatos ocorridos.

Conforme a Tabela abaixo, verifica-se que algumas doenças notificadas no município no período selecionado, se mantém constantes. Outras, no entanto aparecem com oscilações ou em aumento de casos. A subnotificação e a falta de sensibilização dos serviços de saúde podem influenciar neste resultado.

Os casos de HIV/Aids, hepatites, tuberculose, sífilis, estão sendo notificados e acompanhados com mais eficácia depois que foi implantado o SAE-Serviço Atendimento Especializado no município.

Uma grande preocupação é o aumento dos casos de sífilis em adultos e gestantes, com o risco de sífilis congênita em recém-nascidos.

Tabela 17- Casos notificados (confirmados e descartados) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2015 a 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Acidente de Trabalho c/Expos. a Material Biológico	8	8	22	12	23	15
Acidente de Trabalho Grave	2	7	8	11	30	115
Acidente por animais peçonhentos	17	22	15	39	29	8
AIDS	18	18	18	11	14	4
Atendimento Antirrábico	140	186	178	176	214	106
Coqueluche	1	0	0	0	0	0
Criança Exposta ao HIV	3	6	2	3	4	3
Doenças de Chagas Aguda	0	0	0	0	0	1
Doenças Exantemáticas	1	0	1	2	3	1
Gestantes HIV +	1	4	3	4	3	2
Hanseníase	0	0	1	0	0	0
Hantavirose	0	0	1	0	1	0
Hepatites Virais	197	70	28	21	21	19
Intoxicações Exógenas	3	4	30	63	27	5
Leishmaniose Visceral	0	0	1	0	0	0
LER DORT	0	0	1	0	0	0
Leptospirose	0	0	1	1	2	2
Meningite	30	26	55	14	15	3
PAIR	0	0	0	0	0	0
Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite	0	0	1	0	0	0
Pneumoconiose	0	10	24	4	0	0
Sífilis Adquirida	6	26	40	51	19	15
Sífilis Congênita	0	2	1	0	0	2
Sífilis em Gestante	3	7	6	4	0	1
Síndrome Respiratória Aguda	1	0	0	0	0	0
Tuberculose	13	12	6	20	20	14
Toxoplasmose	0	0	0	1	0	3
Toxoplasmose congênita	0	0	0	1	0	0
Varicela	22	36	17	1	0	0
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	130	120	120	166	128	95
Caxumba	0	53	260	19	5	2
Rotavírus	3	1	1	1	4	0
<b>Total</b>	<b>599</b>	<b>618</b>	<b>841</b>	<b>625</b>	<b>562</b>	<b>416</b>

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – sinanet

Analisando as notificações de Violência doméstica, sexual e/ou outras violências, conforme tabela 18, percebe-se que mais de 90% dos casos ocorrem na residência e que mais de 60% das pessoas que sofrem algum tipo de violência são do sexo feminino. Quanto a faixa etária nos anos anteriores, os idosos ficavam em quarto lugar e em 2020 subiu para

o segundo lugar, e os adolescentes passaram para o quarto lugar. Em relação ao tipo de violência a física ocorre em maior número, preocupando a negligência que ocorre mais com crianças.

Tabela 18. Casos de notificação de violência no período de 2015 a 2020 e no ano de 2020.

	2015 a 2020		2020	
	Total	%	Total	%
<b>tipo de violência</b>				
física	301	28,2	21	19,3
negligência/abandono	271	25,3	30	27,5
outras	265	24,7	35	32,1
psicológica/moral	124	11,6	11	10,1
sexual	53	5,0	9	8,3
financeira/econômica	37	3,5	3	2,7
tortura	18	1,7	0	0
<b>sexo</b>				
feminino	536	66,8	60	63,8
masculino	266	33,2	34	36,2
<b>faixa etária</b>				
20 a 59 anos	345	43,0	39	41,5
10 a 19 anos	187	23,3	15	16,0
0 a 9 anos	164	20,5	19	20,2
60 e mais	106	13,2	21	22,3
<b>local de ocorrência</b>				
residência	750	93,5	89	94,7
via pública	26	3,2	3	3,2
outros	17	2,1	2	2,1
bar ou similar	6	0,8	0	0
escola	3	0,4	0	0

Fonte: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/>

No contexto da emergência internacional de saúde pública, relacionada à pandemia de COVID-19, a Secretaria Municipal da Saúde vem desenvolvendo trabalho integrado às ações em nível nacional e estadual, buscando atender a população do município em todas as áreas de sua competência, além de prover o registro e a oferta de informações detalhadas, diariamente.

Destaca-se, neste período, o início da campanha de vacinação, à qual tem sido

dada a devida prioridade e para a qual estão sendo direcionados os recursos necessários ao seu desenvolvimento, com a velocidade e eficiência que a situação exige.

Na tabela 19 estão descritos os 4.180 casos e os 89 óbitos ocorridos no período analisado, sendo 97,9% recuperados e 2,1% óbitos. A faixa etária com mais casos foi de 30 a 39 anos com 20,9%, e o maior número de óbitos ocorreu acima de 60 anos com 52,8%, destes 50,6% devido doenças cardiovasculares, 32,6% diabetes mellitus e 16,8% outras comorbidades. Tanto o número de casos de covid19 quanto os óbitos ocorreram em maior número no sexo feminino.

No período contabilizado, foram aplicadas 31.881 doses de vacinas, assim realizadas: 1ª dose 20.063, 2ª dose 10.913 e dose única 905 (Rede Nacional de Dados de Saúde).

Tabela 19. Covid19 ano 2020 a 2021.

	2020		2021		Total	%
	Nº	%	Nº	%		
<b>Casos Confirmados</b>	994		3.186		4.180	
recuperados	977	98,3	3.114	97,7	4.091	97,9
óbitos	17	1,7	72	2,3	89	2,1
internações	92	9,3	273	8,6	365	8,7
<b>Sexo</b>						
masculino	434	43,7	1.511	47,4	1.945	46,5
feminino	560	56,3	1.675	52,6	2.235	53,5
<b>Exames</b>						
RT - PCR	229	23,0	588	18,4	817	19,6
teste rápido	758	76,3	2.595	81,5	3.353	80,2
outros	7	0,7	3	0,1	10	0,2
<b>Faixa etária</b>						
<1 ano	3	0,3	31	1,0	34	0,8
01 a 04	22	2,2	91	2,9	113	2,7
05 a 09	22	2,2	89	2,8	111	2,7
10 a 14	18	1,8	103	3,2	121	2,9
15 a 19	22	2,2	178	5,6	200	4,8
20 a 29	190	19,1	643	20,2	833	19,9
30 a 39	212	21,3	664	20,8	876	20,9
40 a 49	173	17,4	519	16,3	692	16,6
50 a 59	146	14,7	433	13,6	579	13,9
60 a 69	115	11,6	268	8,4	383	9,2
70 a 79	46	4,7	131	4,1	177	4,2
80 e +	25	2,5	36	1,1	61	1,4
<b>Óbitos</b>						
20 a 29	0	0	1	1,4	1	1,1
30 a 39	0	0	2	2,8	2	2,2
40 a 49	0	0	15	20,8	15	16,9
50 a 59	2	11,8	22	30,6	24	27,0
60 a 69	3	17,6	10	13,9	13	14,6
70 a 79	7	41,2	14	19,4	21	23,6
80 e +	5	29,4	8	11,1	13	14,6
masculino	9	52,9	33	45,8	42	47,2
feminino	8	47,1	39	54,2	47	52,8
<b>Doenças</b>						
cardiovasculares	9	52,9	36	50,0	45	50,6
diabetes mellitus	5	29,4	24	33,3	29	32,6
outras	3	17,7	12	16,7	15	16,8

Fonte: <https://ti.saude.rs.gov.br/covid19> (01/09/2021).

## **- Vigilância Sanitária**

No campo da Vigilância Sanitária se têm como diretriz a inserção desta como ação básica de saúde, essencial para todo o cidadão e para a coletividade, sendo assim deverá ser enfatizado o trabalho descentralizado voltado para a formação de uma consciência sanitária que propicie ao cidadão a identificação de riscos potenciais aos quais ele é submetido no consumo e uso de bens, serviços e produtos e na convivência no seu ambiente de trabalho e de vida. O serviço municipal de vigilância sanitária deve ser reforçado de forma a atender as demandas geradas pelo crescimento do município frente ao processo de globalização no uso e consumo de bens e serviços.

Compreende a área de alimentos, controle de estabelecimentos de interesse à saúde, medicamentos, cosméticos e saneantes, educação em saúde sanitária e participação em eventos.

O Serviço de Vigilância Sanitária tem desenvolvido as atividades conforme Diretrizes do Ministério da Saúde: I-cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, II- instauração de processos administrativos de vigilância sanitária, III- inspeção em estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, IV- atividades educativas para população, V- atividades educativas para o setor regulado VI- recebimento de denúncias e VII- atendimento de denúncias. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos a saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população. A vigilância sanitária municipal utiliza o SIVISA/RS- Sistema de Informação de Vigilância Sanitária como ferramenta de trabalho para qualificar sua gestão.

No ano de 2020 e 2021 foram realizadas todas as atividades propostas dando ênfase as atividades referentes ao enfrentamento da pandemia Covid19.

## **- Vigilância Ambiental**

A área de Vigilância Ambiental realiza as ações na vigilância da qualidade da água de abastecimento sendo realizadas 12 coletas mensais no interior e na zona urbana. Em Soledade a água do interior, tem predominância com abastecimento de SAC com tratamento em 2020 correspondendo a 93,7%. Também é realizada, anualmente, a inspeção de todos os SAC do interior e do SAA- Corsan pois a “Inspeção sanitária constitui a verificação in loco da fonte de água e de todas as instalações e equipamentos de um sistema (ou solução) de abastecimento, condições e procedimentos de operação e

manutenção, visando avaliar a suficiência de todos esses componentes para produzir e fornecer, sob condições seguras, água para consumo humano (adaptado de EPA/ Cepis, 2001).”

A área de Vigilância Ambiental inicialmente tem seu foco de ação na vigilância da Dengue, visto que o município é considerado infestado. No decorrer do ano são realizadas ações específicas de controle do vetor como:

LIRA – Levantamento Rápido de Índices de Infestação pelo *Aedes aegypti*, o qual teve o resultado médio de 0,3 no ano de 2020, mostrando que o valor < 1% indica um risco baixo para circulação viral no município. Nos anos de 2019 e 2021 (dois liras realizados) os valores foram de 1,5 e 1,4 respectivamente, o que mostra a necessidade de vigilância constante do risco de dengue no município e o controle do vetor.

PE- Pontos Estratégicos são considerados pontos estratégicos os imóveis com grande concentração de depósitos preferenciais: cemitérios, borracharias, depósitos de sucata, depósitos de materiais de construção, garagens de transportadoras, entre outros. No município existem 39 pontos com inspeção quinzenal e tratamento se necessário.

Visitas domiciliares em todos os imóveis devem ser realizadas a cada dois meses, sendo pactuado no mínimo a cobertura de 80% dos 10.346 imóveis. Os ACS também realizam visitas domiciliares mensais.

Os ACE desenvolvem ações educativas junto ao Programa Saúde na Escola e sempre que solicitados em outros eventos no município; atendem denúncias de locais propícios a proliferação de vetores, notificam e solicitam providências imediatas, além disso, é realizado periodicamente o recolhimento de pneus velhos e encaminhados para o ecoponto e posterior descarte.

PIT- Postos de Informação de Triatomíneos estão localizados no interior nas localidades do Espraiado e Boqueirão do Butiá e um ponto na SMS, onde se verifica mensalmente a presença de espécie e se é necessário intervenção preventiva para evitar infestações e prevenção da Doença de Chagas. Nos últimos anos não foi registrado a presença do barbeiro.

A proposta para os próximos 4 anos é descentralizar os ACS, colocando um profissional em cada ESF, pois realizando ações complementares e compartilhadas com as equipes de saúde de atenção básica, tendo como base o território de referência, o trabalho será fortalecido e com melhor qualidade.

## **- Saúde do Trabalhador**

A saúde do trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto e estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e nas condições de trabalho, de vigilância dos agravos à saúde do trabalhador, além da organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS.

As ações são desenvolvidas pelos profissionais da Vigilância Epidemiológica e SAE.

Nesta área o principal desafio encontra-se na implementação e fortalecimento da vigilância nos ambientes e processos de trabalho, sendo de suma importância as notificações dos agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador.

### **1.3. Governança Municipal em Saúde**

A Secretaria Municipal da Saúde é a instância gestora municipal do Sistema Único de Saúde – SUS, tendo por objetivos primordiais as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde da população residente no município, promovendo atividades de regulamentação, fiscalização e controle das ações e dos serviços de saúde, realizando a articulação entre o conjunto das várias instituições dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, para que interajam para um fim comum, de tal forma que todos sigam os mesmos princípios e as mesmas normas do serviço público, atuando para que os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização, do comando único e da participação popular, definidos na Constituição, sejam devidamente aplicados.

O processo de planejamento da Secretaria de Saúde atende à legislação que institui a elaboração e monitoramento dos instrumentos de gestão. Tem seu detalhamento e acompanhamento pelas Programações Anuais de Saúde e pelos Relatórios de Gestão Anual e Quadrimestral.

Os itens a seguir têm a função de subsidiar as áreas de atenção e de vigilância em saúde para a efetivação do trabalho em rede, com vistas a qualificar os indicadores de saúde da população. Com o enfoque proposto, o Planejamento, o Financiamento, a Gestão

do Trabalho e Educação Permanente, a Humanização, a Comunicação, a Infraestrutura de Apoio e Logística, a Participação e o Controle Social são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho da Secretaria Municipal de Saúde.

As CIR - Comissões Intergestores Regionais representam um espaço onde Estado e Municípios debatem e definem o planejamento regional e a organização da Rede de Atenção à Saúde. As reuniões acontecem mensalmente com calendário anual pré-definido, na sede da Coordenadoria e duram aproximadamente três horas.

O desafio da construção de um sistema de saúde com qualidade e resolutividade, que atende as necessidades da população passa pela qualificação da gestão da atenção do controle social e da educação em saúde. É preciso planejar e executar ações de educação em saúde considerando as necessidades locais. Deve haver uma integração entre diversos setores e órgãos dos governos.

O município de Soledade tem como ações estratégicas para os próximos 04 anos: ampliar a oferta de serviços na Atenção Básica, na lógica da Estratégia da Saúde da Família, com a implementação da equipe multiprofissional, possibilitando maior resolutividade e integralidade das ações; desenvolver uma política de tratamento e controle da qualidade da água para o consumo humano, na zona rural; implantação da ouvidoria em Saúde; aprimorar os mecanismos de regulação de assistência a saúde nos diversos níveis com a informatização dos serviços; implementar o atendimento na zona rural com equipe multiprofissional; implantar na SMS o atendimento ininterrupto das 7:30h as 22:h, Projeto Saúde Total e fortalecer o acolhimento, vínculo e humanização nos processos de trabalho em saúde através da educação permanente.

### **Planejamento**

O uso ativo do Plano Municipal de Saúde, da Programação Anual de Saúde e a associação respectiva ao orçamento, por meio da elaboração conjunta com o Plano plurianual e a Lei Orçamentária Anual, contribuirão para institucionalizar a gestão com planejamento desde as unidades básicas de saúde até a gestão centralizada.

### **Financiamento**

Quanto ao financiamento, a SMS atua conciliando a capacidade financeira limitada com as crescentes necessidades de oferta de serviços buscando o equilíbrio entre o sistema de saúde desejado e os meios disponíveis para sua efetivação num esforço contínuo para garantir o orçamento público adequado.

A existência de recursos disponíveis nas três esferas de gestão do SUS também acompanha os desafios para a sua utilização plena. Neste quesito, destaca-se o formato

da disponibilidade dos recursos a partir de blocos de financiamento do MS e seus projetos prioritários, bem como as regras para uso dos recursos estaduais e municipais, considerando os sistemas orçamentários e financeiros de ambos.

Já sobre os recursos destinados aos projetos prioritários do MS, destaca-se o risco na adesão de programas incentivados sem observar que os recursos podem ser insuficientes para a prestação de serviços com a qualidade e a temporalidade necessárias (serviços com perfil de campanha ou permanentes). Ou seja, ao incentivar determinados programas sem considerar as necessidades locais, o financiamento será pouco resolutivo e, conseqüentemente, pouco desejado pelo gestor municipal.

Na Tabela 20 está discriminado o valor que o município aplicou em ações e serviços públicos de saúde, conforme a Lei Complementar 141/2012 que estabelece o mínimo de 15%, onde a SMS vem mantendo a despesa superior ao mínimo exigido e o respectiva despesa com saúde por habitante.

Tabela 20 - Receita Própria aplicada em Saúde e Despesa com Saúde por habitante 2015 a 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Receita própria aplicada em saúde conforme a LC 141/2012	21,2	16,6	20,7	17,9	18,5	15,7
Despesa total com saúde, em R\$ hab, sob responsabilidade do município	403,3	408,1	461,5	494,9	497,2	576,6

Fonte: <http://siops-asp.datasus.gov.br/>

## **Gestão do Trabalho e Educação Permanente**

A Gestão do Trabalho e Educação Permanente no SUS são consideradas partes integrantes da política de qualificação da força de trabalho do SUS e assim deveria ser considerada pelos gestores municipais.

A Educação em Saúde busca minimizar as deficiências detectadas no cotidiano de trabalho, permitindo o aperfeiçoamento profissional de seus servidores e gestores e a permanente reorganização de seus serviços, buscando cumprir com suas responsabilidades no que se refere a educação em saúde, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo SUS e PMS. Apesar da participação de servidores em eventos relacionados a educação em saúde, observa-se que não existe um processo formal de educação em saúde instituído.

Para a realização das suas atividades, a SMS apresenta uma força de trabalho composta por servidores efetivos (municipais, estaduais e federais), cargos em comissão, servidores com contrato temporário e funcionários celetistas contratados. Conta, ainda, com postos de trabalhos terceirizados e com postos de trabalho gerenciados por prestadores de serviços de saúde contratualizados, tabela 21.

Tabela 21. Profissionais de Saúde trabalhando no SUS, 2017 a 2021.

<b>Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação</b>						
Adm. do Estabelecim	Formas de c	CBOs médicos	CBOs enfer	CBOs (outr	CBOs (outr	CBOs ACS
Pública	Estatutários	7	7	11	19	0
	Autônomos	7	0	0	0	0
	Autônomos	0	0	8	1	0
<b>Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão</b>						
Adm. do Estabelecim	Formas de c	CBOs médicos	CBOs enfer	CBOs (outr	CBOs (outr	CBOs ACS
Pública	Contratos t	16	4	19	45	47
Privada	Contratos t	0	0	7	6	0
<b>Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação</b>						
Adm. do Estabelecim	Formas de c	2017	2018	2019	2020	
Privada	Autônomos	8	8	6	7	
	Celetistas	0	0	0	1	
Pública	Autônomos	9	7	12	8	
	Estatutários	56	79	76	71	
	Residentes	6	4	6	4	
<b>Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão</b>						
Adm. do Estabelecim	Formas de c	2017	2018	2019	2020	
Privada	Contratos t	18	18	18	17	
Pública	Contratos t	147	158	158	161	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

### **Infraestrutura de Apoio e Logística**

Por infraestrutura e logística compreendem-se os componentes estratégicos para o suporte material e administrativo a toda a forma de trabalho em saúde, desde a assistência, vigilância, até o planejamento, a gestão, possibilitando que uma combinação de medidas de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação sejam realizadas. Abrangem os ambientes de apoio, o apoio logístico e, também, o suporte à organização de projetos de investimento em infraestrutura da saúde (novas unidades, serviços e reformas), bem como aqueles provenientes da qualificação dos processos de trabalho, por exemplo, acolhimento e informatização

## **Participação e Controle Social**

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, previstos na Legislação Federal, Estadual e Municipal, que cumprem a função de representação da sociedade no controle da política pública de Saúde. É instância deliberativa no âmbito do planejamento em saúde, bem como tem papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, deve ter assegurada a estrutura e capacidade operacional adequadas ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo. No município são realizadas 12 reuniões ordinárias por ano, podendo ocorrer reuniões extraordinárias se for necessário.

O Conselho Municipal de Saúde atualmente, é formado por 15 membros titulares e respectivos suplentes, composto por representantes dos usuários, representantes do governo, representantes dos profissionais de saúde e representantes dos prestadores de serviços.

Convocada pelo Poder Executivo e com apoio do Conselho Municipal de Saúde, a última Conferência Municipal de Saúde foi realizada em 2019 e teve como Eixo Central - Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS. Após a programação prevista as propostas apresentadas e aprovadas pela plenária foram registradas e ata e serviram como base para o Plano Municipal de Saúde.

No ano de 2021, devido a Pandemia do Covid19, não foi realizada a Conferência de Saúde de forma presencial, mas foi disponibilizado no site da Prefeitura Municipal um link para acesso público para responder a “Enquete sobre os serviços de Saúde de Soledade”. Após compilação das respostas e análise dos resultados, estes serviram de base também para elaboração das diretrizes do PMS.

## 2. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

<b>DIRETRIZ 1- Qualificação da Rede de Atenção à Saúde</b>
Ampliar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde municipal, articulando os diferentes níveis de atenção, incentivando a integração das ações e dos serviços de saúde a partir da atenção primária, fortalecendo a prevenção e a promoção, aprimorando o acesso e promovendo a equidade.
<b>Objetivo 1 - Fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS).</b>
<b>Meta 1</b> - Atingir cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica-AB/Atenção Primária-AP de 85,2 para 95%.
<b>Meta 2</b> – Reduzir o percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta.
<b>Meta 3</b> – Atingir 100% das equipes de APS utilizando os recursos do TelessaúdeRS-UFRGS.
<b>Meta 4</b> - Ampliar a cobertura vacinal do Calendário Nacional de Vacinação para crianças de 1 ano de idade da Tríplice Viral (1ª dose), para 95%.
<b>Meta 5</b> – Atingir a cobertura vacinal preconizada da Campanha Nacional contra Influenza.
<b>Meta 6</b> – Ampliar a detecção e a cura de casos novos de hanseníase.
<b>Meta 7</b> - Ampliar a detecção e a cura de casos novos de tuberculose.
<b>Meta 8</b> – Ampliar a oferta de testes rápidos de Hepatites B e C e HIV e Sífilis em 30%.
<b>Meta 9</b> – Reduzir casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade para 0.
<b>Meta 10</b> – Manter casos novos de AIDS em menores de 5 anos em 0.
<b>Meta 11</b> – Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família de 73,3 para 80%.
<b>Meta 12</b> – Ampliar a oferta de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos de 0,15 para 0,35.
<b>Meta 13</b> - Ampliar a oferta de exames de mamografia de rastreamento, realizados em mulheres de 50 a 69 anos de 0,16 para 0,35.
<b>Meta 14</b> – Implementar e ampliar a Linha de Cuidado às adolescentes e adolescentes gestantes, nas escolas, UBS e maternidades.
<b>Meta 15</b> – Implementar e ampliar atendimento nutricional na rede básica de saúde para coordenar e desenvolver ações de promoção da alimentação adequada e saudável e o fortalecimento da segurança alimentar e nutricional da população.
<b>Meta 16</b> –Ampliar a proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar de 41,8 para 45%.
<b>Meta 17</b> – Ampliar as ações de matriciamento realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipe de AB em 100%.
<b>Meta 18</b> - Reduzir a 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) de 54 para 58.
<b>Meta 19</b> - Ampliar o número de ações de saúde mental realizadas pelas equipes de AB para 100%.
<b>Meta 20</b> - Implementar e ampliar na Atenção Básica o cuidado em saúde com as Práticas Integrativas e Complementares (PICS).
<b>Meta 21</b> – Implementar a Política de Microeliminação da Hepatite C voltada para população específica/vulneráveis.
<b>Meta 22</b> – Reduzir a gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10-19 anos.
<b>Meta 23</b> – Testar para HIV 95% dos casos de tuberculose notificados no SINAN.
<b>Meta 24</b> – Reduzir em 10% o coeficiente bruto de mortalidade por Aids em relação ao fechamento do ano anterior.

<b>Meta 25</b> - Reduzir o índice de internações por Transtornos Mentais e Comportamentais.
<b>Meta 26</b> - Ampliar em 20% o percentual de idosos com registro do procedimento Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa.
<b>Objetivo 2 - Fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica Municipal.</b>
<b>Meta 1</b> - Dispor de pelo menos 01 Farmacêutico, durante todo o tempo de funcionamento da farmácia, conforme estabelece a Legislação vigente.
<b>Meta 2</b> - Garantir um espaço físico reservado para atendimento farmacêutico nas Unidades de atendimento.
<b>Meta 3</b> – Instituir e revisar permanentemente, através de comissão multidisciplinar, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME.
<b>Meta 4</b> - Implantar o Programa Municipal de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
<b>Meta 5</b> - Promover a integração dos profissionais da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde.
<b>Objetivo 3 - Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde</b>
<b>Meta 1</b> – Investigar 100% dos óbitos infantis e fetais.
<b>Meta 2</b> – Investigar 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).
<b>Meta 3</b> – Reduzir a mortalidade infantil 4 para 1.
<b>Meta 4</b> – Reduzir o número de óbitos maternos para 0.
<b>Meta 5</b> – Realizar no mínimo 4 ciclos de visitas, com 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
<b>Meta 6</b> – Manter coletas de amostras por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG.
<b>Meta 7</b> – Notificar no SINAN 100% dos casos de intoxicação por agrotóxicos atendidos nas unidades de saúde do município.
<b>Meta 8</b> – Notificar no SINAN 100% dos casos de violências atendidos nas unidades de saúde do município.
<b>Meta 9</b> – Atender a taxa mínima de 40 notificações de agravos relacionados ao trabalho (acidentes e doenças) para cada 10mil habitantes (taxa de 40/10mil).
<b>Meta 10</b> – Investigar 100% dos óbitos relacionados ao trabalho.
<b>Meta 11</b> – Preencher o campo “ocupação” em pelo menos 95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho registradas no SINAN.
<b>Meta 12</b> – Implementar e desenvolver a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) mantendo no mínimo um responsável técnico por esta vigilância no município.
<b>Meta 13</b> – Ampliar o percentual de população abastecida por SAC- Solução Alternativa Coletiva com tratamento em relação a população abastecida por SAC.
<b>Meta 14</b> – Manter, no mínimo, 95% de registro de óbitos com causa básica definida.
<b>Meta 15</b> – Realizar o atendimento e monitoramento de todos os protocolos e normativas relacionados à Covid-19.
<b>Meta 16</b> – Vacinar e monitorar a cobertura vacinal da vacina contra a COVID-19, segundo as diretrizes vigentes.
<b>Meta 17</b> – Implementar e alimentar o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul (SIVISA/RS) como ferramenta de trabalho para qualificar a gestão da vigilância sanitária municipal.
<b>Meta 18</b> – Atender no mínimo 90% das denúncias recebidas na VISA municipal.
<b>Meta 19</b> – Dispor de no mínimo 01 profissional de nível superior como apoio técnico à Equipe de

VISA conforme determinado em legislação específica vigente.
<b>Meta 20</b> – Realizar anualmente o mínimo de 80% de inspeções nos estabelecimentos sujeitos à VISA.
<b>Meta 21</b> – Reduzir o índice de infestação predial abaixo de 1% nos Levantamento de Índice Rápido de <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA), conforme legislação vigente.
<b>DIRETRIZ 2 - Aprimorar os mecanismos de governança do SUS municipal</b>
Aprimorar a gestão municipal em saúde, consolidando o papel do (a) secretário (a) de saúde, das equipes de saúde e do CMS no compartilhamento do processo de tomada de decisão e garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS no município.
<b>Objetivo 4 - Qualificar as instâncias de planejamento e gestão</b>
<b>Meta 1</b> – Cumprir os 15% orçamentários conforme LC 141/2012.
<b>Meta 2</b> – Manter 100% de servidores concursados como responsáveis pela alimentação dos sistemas de informação sob responsabilidade do município.
<b>Meta 3</b> – Alimentar de forma adequada e constante 100% dos sistemas de informação sob responsabilidade do município.
<b>Meta 4</b> – Realizar no mínimo 11 reuniões ordinárias anuais do CMS.
<b>Meta 5</b> - Participar de 100% das reuniões de CIR através da presença do titular ou suplente.
<b>Meta 6</b> – Designar formalmente 01 servidor para a função de Interlocutor Municipal da Ouvidoria do SUS.
<b>Meta 7</b> – Ampliar a taxa de resposta da Ouvidoria do SUS dentro do prazo legal em 100%.
<b>Meta 8</b> – Monitorar e avaliar os instrumentos de planejamento e gestão (PMS, PPA, 4 RAGs, 12 RDQAs) e peças orçamentárias (4 PASs, 4 LDOs e 4 LOAs).
<b>Meta 9</b> – Revisar o Plano de Carreira, Cargos e Salários na SMS.
<b>Meta 10</b> – Implantar mecanismos para monitorar e reduzir as despesas financeiras com a judicialização em saúde.
<b>Meta 11</b> – Utilizar previamente o TelessaúdeRS-UFRGS em 100% dos encaminhamentos para Atenção Especializada.
<b>DIRETRIZ 3: Fortalecimento das Ações de Educação em Saúde</b>
Incentivar a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde no município.
<b>Objetivo 5 – Promover ações de Educação em Saúde</b>
<b>Meta 1</b> – Implantar 1 Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva com vistas à gestão dos processos educativos e de trabalho municipais.
<b>Meta 2</b> - Dispor de no mínimo 01 profissional de nível superior como referência à Política de Educação Permanente em Saúde.
<b>Meta 3</b> - Promover 24 reuniões anuais de equipe com a participação dos profissionais e gestores municipais de saúde.
<b>Meta 4</b> – Incentivar e apoiar a participação dos trabalhadores do SUS, gestores municipais e conselheiros de saúde, em no mínimo 1 curso por ano de Educação à Distância.
<b>Meta 5</b> – Promover ações de Educação Permanente em Saúde, destinadas aos trabalhadores do SUS, gestores municipais e controle social.

### **3 – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O monitoramento compreende o acompanhamento regular das metas e indicadores, que expressam as diretrizes e os objetivos em um determinado período.

A avaliação envolve a apreciação dos resultados obtidos, considerando um conjunto amplo de fatores, consiste na emissão de juízo de valor sobre as características, a dinâmica e o resultado de programas e políticas.

As principais normas relacionadas ao planejamento no SUS ressaltam que a avaliação deve apreciar em que medida as políticas, programas, ações e serviços de saúde implementados no período considerado promoveram a melhoria das condições de saúde da população.

O monitoramento consiste no acompanhamento contínuo das políticas públicas através da coleta e análise sistemática de dados a fim de verificar se sua execução está de acordo com as metas estabelecidas. Será realizado através do RDQA - Relatório Detalhado Quadrimestre Anterior e informará ao Controle Social e ao Poder Legislativo o desenrolar da execução da PAS - Programação Anual de Saúde, permitindo a análise e intervenções para revisão dos projetos estabelecidos.

Como forma de avaliação anual do desempenho das metas propostas e do emprego dos recursos orçados, o Plano Municipal de Saúde contará com o RAG - Relatório Anual de Gestão, que será submetido a deliberação do Conselho Municipal de Saúde.

O processo de prestação de contas dos recursos federais será através do preenchimento de dados no SIOPS -Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde e dos recursos estaduais através do sistema de MGS- Monitoramento da Gestão em Saúde.

## REFERENCIAS DE PESQUISA

Site da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul: <http://www.saude.rs.gov.br/>  
<https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>  
<https://saude.rs.gov.br/plano-estadual-de-saude>  
<https://ti.saude.rs.gov.br/covid19>  
<http://200.198.173.165/tabnet/>  
<http://200.198.173.165/scripts/deftohtm.exe?NASC/NASCIDO.DEF>  
<http://200.198.173.165/scripts/deftohtm.exe?SIM/Obito>  
<http://200.198.173.165/scripts/deftohtm.exe?snet/notindivinet>  
Site Conasems: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual\\_do\\_gestor\\_2021\\_F02.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02.pdf)  
Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas>  
Informações Atensão Básica E-Gestor: <https://egestorab.saude.gov.br/>  
<https://auxiliobrasil.saude.gov.br/>  
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/reHistoricoCobertura.xhtml>  
<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>  
Site Datasus: <https://datasus.saude.gov.br/>  
<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>  
<https://datasus.saude.gov.br/cnes-estabelecimentos>  
<https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/>  
<http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf>  
<https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>  
<https://datasus.saude.gov.br/nascidos-vivos-desde-1994>  
<https://siops-asp.datasus.gov.br/>  
Site IBGE: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/soledade>  
<https://www.ibge.gov.br/>  
Site Prefeitura Municipal de Soledade: <http://soledade.rs.gov.br/>  
Site Fundo Nacional de Saúde: <https://consultafns.saude.gov.br/#/detalhada>  
Site DigiSUS: <https://digisusgmp.saude.gov.br/>