

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2022 - 2025



“TERRA DOS PRESIDENTES – CAPITAL DO FANDANGO”
“DOE ÓRGÃOS, SALVE VIDAS”

Apoio: Conselho Municipal de Saúde**Equipe responsável pela elaboração do Plano Municipal de Saúde:****Prefeito**

Eduardo Bonotto

Vice-Prefeito

Roque Langendolff Feltrin

Secretária Municipal de Saúde

Sabrina Dornelles Loureiro

Coordenador da Atenção Integral a Saúde

Emerson Carvalho

Grupo de Trabalho

Manoella Leal Malgarim – Supervisora de Vigilância em Saúde
Débora Vares – Supervisora de Vigilância em Saúde
Janaína da Fontoura Pereira – Supervisora de Vigilância Epidemiológica
Aline Hardt -Supervisora da Farmácia Especializada
Ana Paula Oliveira -Supervisora do Melhor em Casa
Anízio Santos - Diretor administrativo de Saúde
Carem Vidal - Supervisora da Central de Vacinas e Rede de Frio
Mariane Schmitz Donato – Supervisora do MAC
Sandra Poletto - Supervisora do CEMAE
Francine Toller -Supervisora das farmácias básicas
Giovana Bogo -Supervisora de Atenção Básica
Glauber Carneiro Marques -Supervisor SAE
Lenara Friedrich -Supervisora do LAFRON Municipal
Linara Boaz Medeiros -Supervisora do RH da SMS
Luciele Matozo -Supervisora do PIM
Natiele Londero -Supervisora do CAPS I
Letícia Ciscato Barcelos -Supervisora do SAMU
Rogério Burtet -Supervisor do CER
Rosane Tamaki Yawata Fortes -Contadora Responsável
Gustavo Moteiro -Supervisor CEO
Ana Paula Gonçalves da Rosa -Supervisora CAPS AD
Claúdio Caetano Vieira- Diretor Jurídico de projetos convênios orçamentos SMS
Vanessa Polga Rolim – Supervisora CPD

MENSAGEM DA ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL

Planejar é uma prática desafiadora, mas necessária!

Se por um lado a exigência legal do Sistema Único de Saúde (SUS) do uso de instrumentos de planejamento propicia a adesão da prática de planejar, por outro, muitas vezes, também colabora para que esse processo torne-se irreflexivo. Assim, a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) não pode ser reduzida somente ao âmbito legal da mesma, faz-se necessário extrapolar essa dimensão adotando-a como um processo de reflexão sobre a realidade do município. Desse modo, é possível comprometer-se com o alcance dos objetivos desse instrumento, fazendo com que o planejamento possa nortear as ações desenvolvidas, atendendo às necessidades dos usuários/cidadãos, atuando nos problemas de saúde da população e em projetos para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

O Plano Municipal de Saúde de São Borja aqui apresentado é uma das etapas do processo de planejamento e representa para nós um conjunto de responsabilidades expressas em diretrizes, objetivos, metas, e resultados, que nortearão nossas ações no quadriênio 2022 a 2025. Em suma, este documento exprime os compromissos assumidos em busca de uma São Borja com mais saúde.

O Plano de Saúde 2022-2025 deste município foi construído sobre o pilar da participação popular, cujas necessidades de saúde vêm se transformando, seja pelo aumento da expectativa de vida, seja pela crescente exigência por qualidade dos serviços.

A definição de metas para os próximos quatro anos considerou as percepções e as necessidades da população e dos trabalhadores coletadas através do CMS. Também considerou as propostas das Conferências Municipais de Saúde dos anos anteriores e o diagnóstico realizado pelos gestores, baseado nas evidências de indicadores de saúde e de desempenho e na compreensão de que os recursos são finitos.

Importante ressaltar que por motivo da pandemia do Covid-19, o Censo do IBGE não foi realizado, nem a conferência de 2021, causando alguns entraves no acesso às informações necessárias para compor esse plano. As atualizações que foram possíveis de serem buscadas, por meio do TAB Net ou mesmo DATA SUS foram atualizadas, mas aquelas que dependem do Atlas do Desenvolvimento Humano e mesmo do Censo, não foram possíveis, considerando a necessidade de manter a oficialidade dos dados aqui apresentados, com pesquisa em sistemas e bancos de dados oficiais e confiáveis.

SUMÁRIO

“TERRA DOS PRESIDENTES – CAPITAL DO FANDANGO”
“DOE ÓRGÃOS, SALVE VIDAS”

1.	INTRODUÇÃO	5
2.	IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	8
3.	JUSTIFICATIVA	10
4.	OBJETIVOS	11
4.1	Objetivo Geral	11
4.2	Objetivos Específicos	11
5.	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	12
5.1	Histórico	12
5.2	Dados gerais	13
5.3	Aspectos demográficos	14
6.	ORGANIZAÇÃO SOCIAL	39
7.	DIAGNÓSTICO DA SAÚDE MUNICIPAL	40
8.	ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	40
9.	RELAÇÃO DOS SERVIDORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	53
10.	INDICADORES DE SAÚDE	54
10.1	PROPOSTA DE PROGRAMAS E AÇÕES PARA 2022-2025	57
10.1.1	FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	57
10.2	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS	58
10.3	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	58
10.4	FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	58
10.5	GESTÃO ADMINISTRATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	59
11.	RECURSOS FINANCEIROS APLICADOS NA ÁREA DA SAÚDE	59
12.	DIRETRIZES, AÇÕES E METAS A EXECUTAR	59
13.	ESTRATÉGIAS	82
14.	AVALIAÇÃO	82
15.	REVISÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	83
16.	REFERÊNCIAS	83
17.	GRÁFICOS DA CONSULTA POPULAR – PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE	84
18.	ANEXOS	88

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e pode ser considerado como a maior política de inclusão social do Brasil. O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 como um “direito de todos” e “dever do Estado”, sendo regulado pela Lei nº. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde. Este sistema, no decorrer dos anos foi alcançando importantes conquistas para a população, e vem se consolidando como um sistema universal e equânime, capaz de atender às necessidades em saúde de milhões de brasileiros.

Com o advento do SUS, toda a população brasileira passou a ter direito à saúde gratuita, que deve ser fornecida pelos três entes federativos - União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Fazem parte do Sistema Único de Saúde, as unidades de saúde, os centros e os hospitais públicos - incluindo os universitários, os laboratórios e hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica.

A Constituição Federal de 1988 trouxe cidadania à população ao estabelecer o direito universal à saúde como dever do estado, levando a construção de um sistema de saúde universal, descentralizado, participativo com controle social e que atenda a todos os brasileiros sem distinção, utilizando a lógica do cuidado que é um conceito ampliado de saúde, o qual não trata só a doença, mas também busca a promoção, prevenção, recuperação, qualidade de vida e o atendimento integral das necessidades de saúde da população.

A organização e gestão desse sistema é um processo, que se encontra em diferentes estágios, ao se comparar estados, regiões e municípios, ainda heterogêneos, tanto do ponto de vista epidemiológico como da própria estruturação e gestão dos serviços oferecidos aos usuários.

Cada vez mais, se percebe que é imprescindível redefinir as responsabilidades do gestor de cada esfera pública, em função das necessidades de saúde da população, na busca da equidade social.

Além disso, com o desenvolvimento da regionalização da saúde se faz necessário o aprimoramento da gestão, com ênfase no planejamento que tem como ferramenta articular mudanças e aprimorar o desempenho dos sistemas de saúde.

O gestor municipal reconhece a Atenção Básica como prioridade, colocando-a como foco de investimentos e com legitimação técnica e política; apontando diretrizes e estratégias para o fortalecimento da Atenção Básica no município, sempre integrada com a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Esses esforços devem se traduzir na prática, na implementação de processos que permitam a formulação e a aplicação efetiva de instrumentos básicos de planejamento, na conformidade dos princípios e diretrizes que regem o SUS.

O Plano de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão, têm por finalidade apoiar o gestor na condução do SUS, no âmbito do seu território, de modo a alcançar a efetividade esperada na melhoria da qualidade dos níveis de saúde de sua população e no aperfeiçoamento do Sistema, sendo estes instrumentos de gestão que visam o aprimoramento do Sistema de Saúde.

As discussões sobre as estratégias, ações e metas constantes neste Plano de Saúde foram amplamente analisadas e discutidas por toda a equipe de revisão, buscando um envolvimento com todos os seguimentos para que o plano fosse real e condizente com as necessidades dos usuários e da saúde como um todo.

Os problemas existentes entre os gestores de saúde, em cada nível de governo, apontam para que o Plano de Saúde, que é a base de todas as atividades e programações do SUS, deva ser compatível com o Plano Plurianual – PPA, com as anuais: Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA.

Nosso município está comprometido com a atenção básica. Apesar disso, percebemos, ano a ano, que as demandas espontâneas ou judiciais aumentam fazendo com que os gestores, muitas vezes, tenham que realizar “cortes” ou alterar planos, para atender a população.

Diante da quantidade e complexidade das tarefas a serem realizadas, no processo de planejamento, algumas etapas são fundamentais, como a participação no diagnóstico, análise e entendimento do sistema, assim como a avaliação de suas capacidades. Dessa forma é possível definir metas e objetivos, assim como priorizar ações e equacioná-las de acordo com os recursos disponíveis.

Entendemos que a participação dos vários segmentos no processo de planejamento (usuários, profissionais e gestores) não finaliza com a apresentação desse instrumento, mas sim com a proposta de avaliação e monitoramento das ações, com efetiva participação de todos os envolvidos.

Com o olhar voltado para a melhoria da saúde pública, é necessário criar estratégias eficientes de acompanhamento, propiciando o uso correto das políticas públicas de saúde. É necessário assumir novas responsabilidades e o comprometimento com o cuidado aos usuários que a equipe se propõe a assistir.

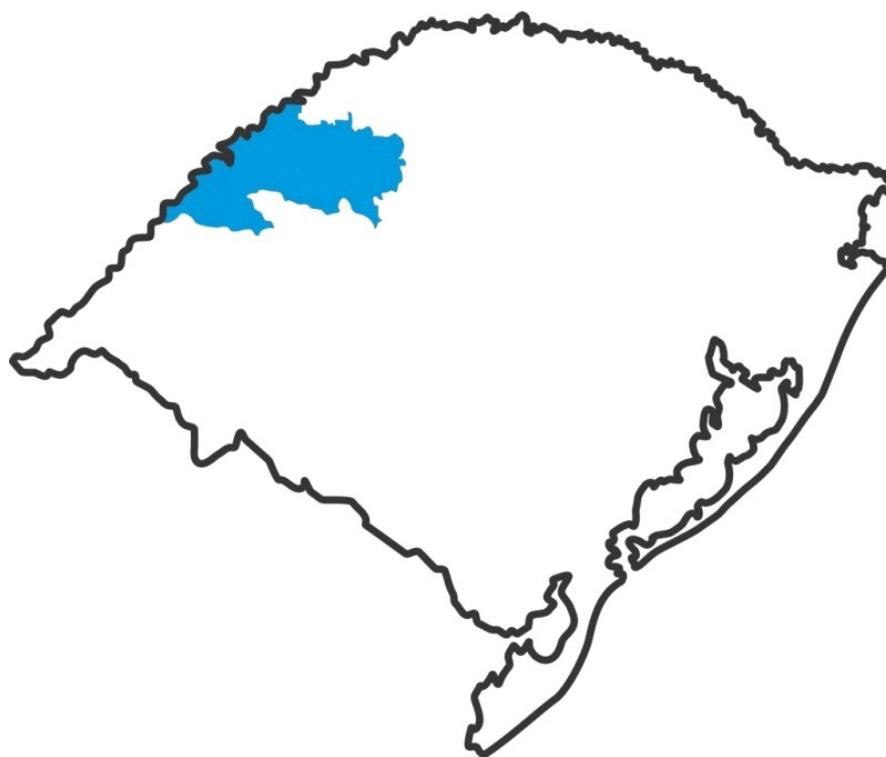
A regionalização é a diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Regiões de Saúde são espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011).

Na área da saúde, o Estado está dividido, político-administrativamente, em 19 CRS, que contém pessoal técnico e administrativo responsável pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde.

O Município de São Borja pertence a Décima Segunda Coordenadoria Regional de Saúde (12ª CRS), que tem sede no município de Santo Ângelo-RS e é composta pelos seguintes 24 municípios: Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões. Abrangendo uma população de 286.248 segundo o censo de 2010.

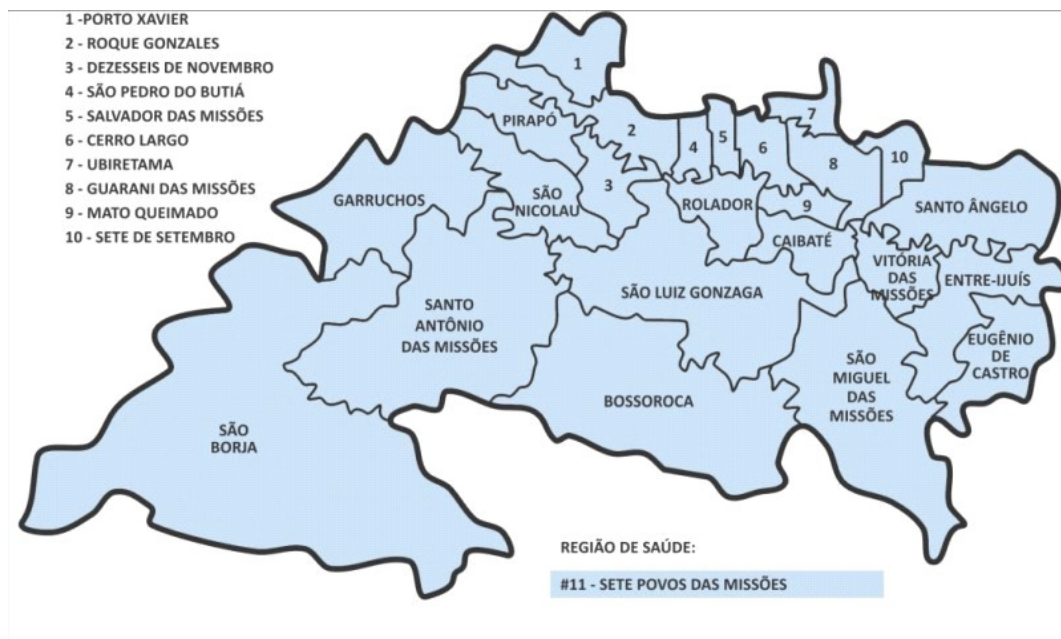
Localização da 12ª CRS no estado do Rio Grande do Sul:



Fonte: Saúde RS/12ª CRS

Municípios que compõem a 12ª CRS:

Fonte: Saúde RS/12ª CRS



2. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Nome do Município: São Borja

Emancipação política: 21 de maio de 1882

Data de fundação: 10 de outubro de 1682

Área (Km²): 3.316.035 Km², divididos em, área urbana de 71 Km² e rural de 3.300,051 Km² - IBGE/2010

População: 61.671 habitantes (Rural = 6.533 hab / urbana = 55.138) IBGE/2010.

“TERRA DOS PRESIDENTES – CAPITAL DO FANDANGO”
 “DOE ÓRGÃOS, SALVE VIDAS”

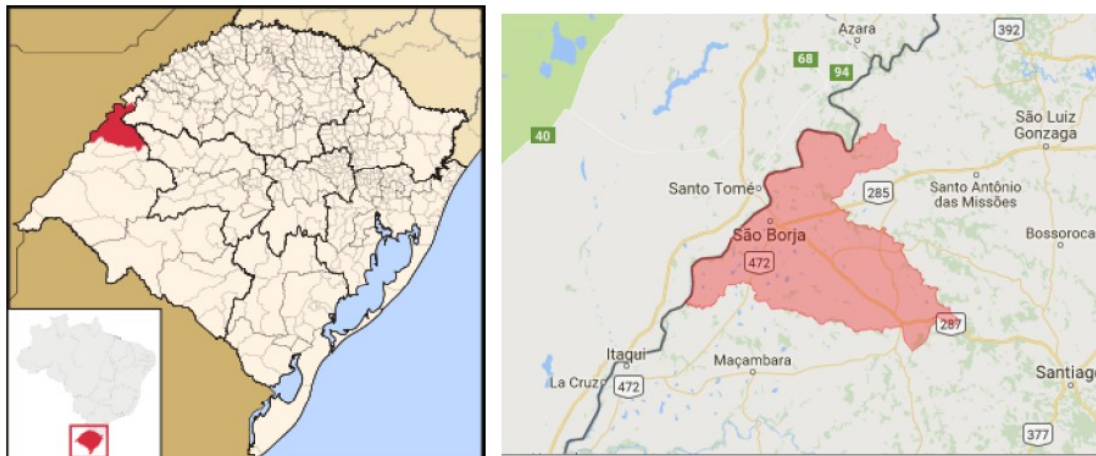
Densidade Demográfica: 16,9 hab/Km²

Coordenadoria Regional de Saúde: 12^a CRS – Santo Ângelo

Distância da 12^a CRS: 189 Km

Distância da Capital do Estado: 595 km

Limites Municipais e Aspectos Geográficos: O Município de São Borja limita-se ao Norte com as cidades de Garruchos e Santo Antônio das Missões (Brasil), ao Sul, faz fronteira com as cidades de Maçambará e Itaqui; a Leste com as cidades de Itacurubi e Unistalda e, a Oeste, com a cidade de Santo Tomé na Argentina (divisa demarcada pelo Rio Uruguai).



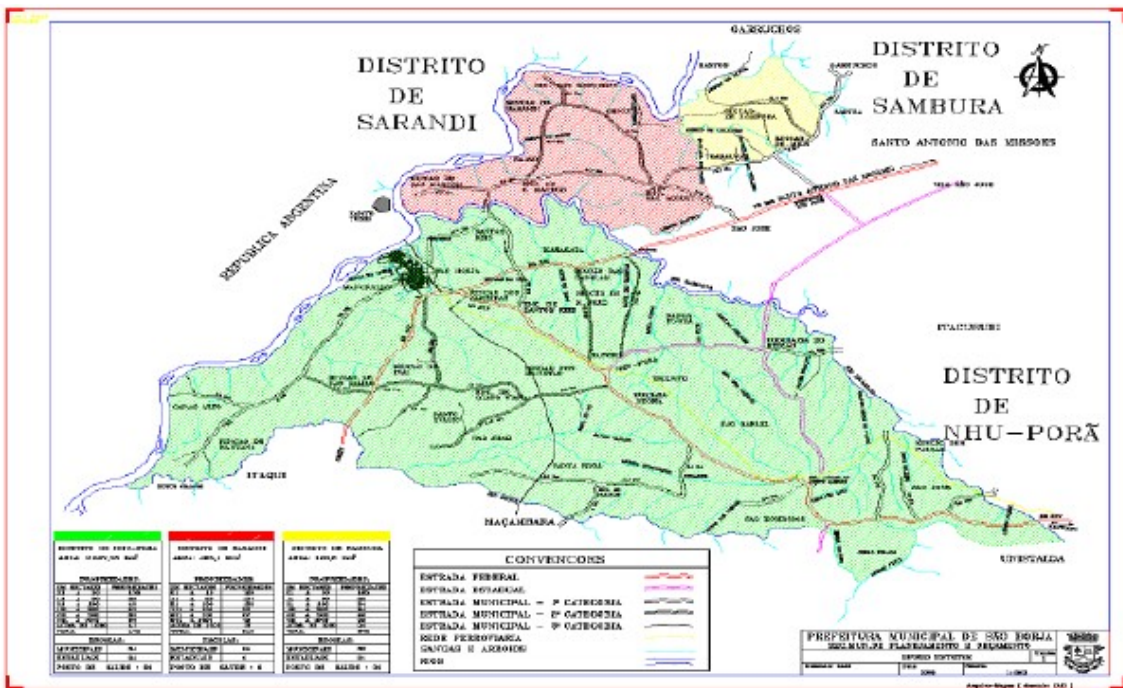
São Borja está dividido em 4 distritos:

1º - Sede São Borja;

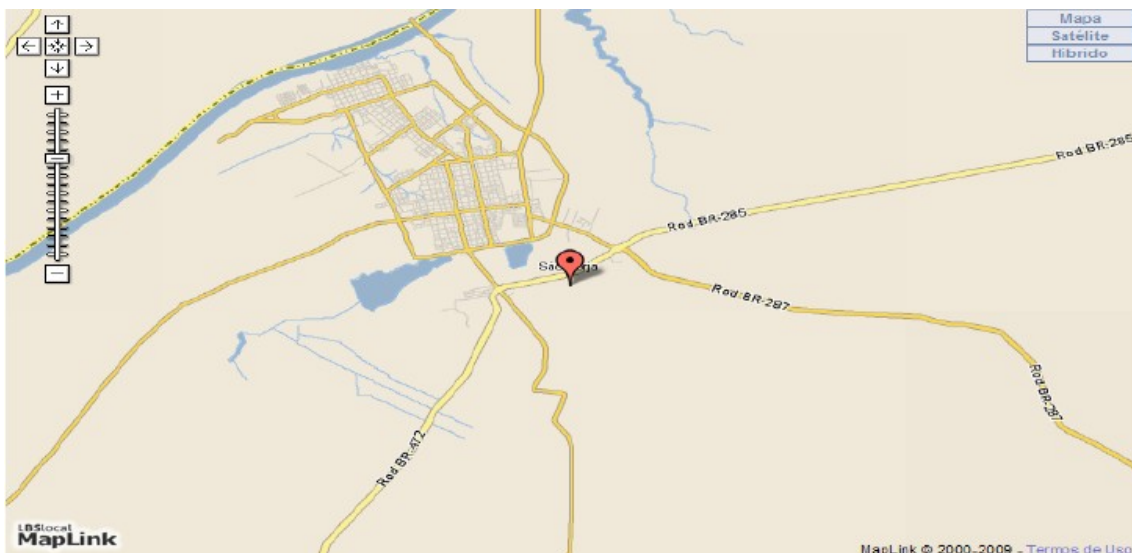
2º – Samburá;

3º - Nhu-Porã;

4º - Sarandi.



Condições de Acesso ao Município: São Borja é servida de acessos pelas BRs 472, 285 e 287 e outros acessos vicinais.



3. JUSTIFICATIVA

O Plano Municipal de Saúde de São Borja tem a finalidade de detalhar as ações a serem desenvolvidas na área de saúde municipal, no período de 2022 a 2025.

Através do que reza a Constituição Federal de 1988, nos direitos constitucionais da saúde, assim expressa: “Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, a administração municipal deseja viabilizar o SUS Municipal atendendo aos princípios básicos do sistema, ou seja, ofertando serviços de qualidade com universalidade, integralidade, equidade e construindo a política municipal de saúde, a partir da participação de toda a comunidade.

É importante lembrar que a implantação de políticas pública de saúde passa por um constante desafio, que perpassam os princípios do SUS: Universalidade, Gratuidade, Equidade e Integralidade.

As ações e serviços da Atenção Básica à Saúde precisam acontecer desenvolvendo-se e constituindo-se na porta de entrada do sistema para toda a população, resolvendo parte cada vez maior dos seus problemas de saúde e assegurando para os problemas mais complexos, o atendimento nos serviços de média e alta complexidade, os quais precisam ser assumidos definitivamente pela esfera estadual e nacional, não onerando mais o orçamento municipal.

O novo paradigma a ser repensado é que precisamos repensar um novo modelo assistencial. Um modelo que prioriza a atenção básica, a prevenção, a ação qualificada das equipes de saúde, os agentes comunitários de saúde, profissionais das equipes de ESF, agentes de vigilância em saúde, grupos de saúde, investimentos nas unidades básicas de saúde, na formação de uma rede de saúde que ofereça qualidade de vida, integralidade, equidade, gratuidade, resolutividade, acesso e humanização.

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

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

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

4.2 Objetivos Específicos

- Organizar as ações administrativas da Secretaria Municipal de Saúde a fim de atingir os objetivos propostos com economia de energia, tempo e recursos;
- Racionalizar ações para o desenvolvimento de um trabalho harmonioso e de qualidade;

Incentivar os profissionais, funcionários, gestores da área da saúde, a organizarem e desenvolverem campanhas, projetos-atividades e ações permanentes e transformadoras de acordo com a realidade local;

- Adequar a organização do sistema único de saúde – SUS, às mudanças sociais decorrentes dos avanços tecnológicos e científicos que impõem novas formas de pensar, agir e de se relacionar;
- Buscar a consolidação e o desenvolvimento do atendimento às ações básicas de saúde, através de serviços qualificados, visando à satisfação do usuário do SUS e a solução dos problemas de saúde existentes no Município de São Borja;
- Contemplar as ações preconizadas pelo SUS, nas diversas áreas de atuação da saúde municipal, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- Efetivar o Plano Municipal de Saúde precisa ser o eixo norteador de todas as ações no âmbito municipal e contemplar todo o contexto de ação da Secretaria na esfera global do SUS.

5. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

5.1 Histórico

Fundado em 1682, pelo jesuíta espanhol Francisco Garcia de Prada, com a denominação de Redução de São Francisco de Borja, em homenagem a um nobre espanhol que abdicou de seus títulos e riquezas para trabalhar pelos pobres. Entrou para história como o primeiro dos Sete Povos das Missões.

Em 1690 obteve jurisdição própria quando foi instalada como “Povo”. No ano de 1801, passou ao domínio português, quando Borges do Canto, Gabriel Almeida e Manoel dos Santos Pedroso conquistaram o território das missões.

A Comarca foi criada através da Lei 1.020 (Resolução Provincial), assinada pelo Presidente Manoel Antônio Galvão, de 11/03/1833 desmembrado de Rio Pardo. É sem contestação, o núcleo habitacional permanente mais antigo do território rio-grandense do sul. Até a derrocada, em 1756, os Jesuítas incrementaram a pecuária extensiva, o artesanato, o cultivo da terra e deixaram o primeiro plano diretor do município.

Em 21 de maio de 1834 a Freguesia de São Francisco de Borja era elevada a categoria de “Vila”, através de Termo Municipal.

Em 12 de dezembro de 1887, São Borja mereceu a designação de cidade, através da Lei 1.614.

Localizaram a cidade em local alto, afastada da margem do rio, longe das enchentes. Com a saída dos Jesuítas estabeleceram-se grandes estâncias, predominando ainda a pecuária extensiva e a prática das queimadas nos campos nativos. Na última década do século XIX, com a vinda de imigrantes europeus intensificou-se a agricultura e o uso do arado no solo, expandindo a lavoura pelo campo e partes das matas nativas.

Em meados do século XX a lavoura de arroz, então inexpressiva, toma impulso ocupando áreas de várzeas e banhados.

Os primitivos habitantes deste território foram os indígenas, que deixaram um legado na cultura e na formação étnica. São Borja foi o primeiro dos chamados Sete Povos na segunda fase das Missões Orientais do Rio Uruguai.

O histórico do site do IBGE acrescenta importantes informações:

Primitivamente, São Borja foi aldeia de indígenas do grupo tape-guarani. O povoado banhado pelo rio Uruguai foi fundado em 1682 quando do retorno jesuítico às Missões Orientais, sendo o mais antigo dos chamados Sete Povos das Missões. Estruturada parcialmente em moldes de organização comunitária, a que não era estranho o preparo militar do elemento indígena, ministrava a Missão, também, rudimentos de cultura artística, surgindo assim naquela área sob orientação do padre Tomás Bruno, os primeiros índios escultores. A pecuária foi, desde logo, centro de atividades, propiciada pela natureza do terreno.

Em 1750, passou ao domínio português, por força do Tratado de Madrid, situação que prevaleceu até 1761, quando voltou à Coroa espanhola. Quarenta anos depois, Borges do Canto, Santos Pedroso e Ribeiro de Almeida, num golpe de audácia, incorporaram toda a área das Missões ao território português. A partir de 1810, foi sede da Comandaria-Geral das Missões, época em que foram feitas diversas concessões de sesmarias, e em 1834, de guarnição militar.

Na Guerra da Cisplatina, foi teatro de operações contra as forças uruguaio- argentinas (1816/1827). Durante a guerra com o Paraguai, viu seu território invadido por forças de Lopes (1864). Na Revolução Farroupilha participou ativamente.

São Borja declarou extinta a escravatura desde 7 de setembro de 1884. Em 13 de fevereiro de 1813, era aberto ao trânsito o trecho ferroviário para Itaquí.

Nos anos de 1923, 1924 e 1930 foi centro de atividades revolucionárias contra o Governo estadual e o Poder central.

A 3 de janeiro de 1938, foi inaugurada a estrada de ferro para a cidade de Santiago. Formação Administrativa

O Município foi criado por Alvará de 13 de outubro de 1817, com a denominação de São Francisco de Borja e instalado a 21 de abril de 1834. O distrito (paróquia), criou-o a Lei provincial nº 26, de 2 de maio de 1846. A Lei provincial nº 1.614, de 12 de dezembro de 1887, elevou à categoria de cidade a sede municipal. Compõe-se de 2 distritos: São Borja (sede) e Rincão do Meio. É Comarca desde 22 de outubro de 1850, por força da Lei provincial nº 185.

Fonte: IBGE

5.2 Dados Gerais

População Total (2016)	61.940 habitantes
Área (2015)	3.616,0 km ²
Densidade Demográfica (2013)	16,9 hab/km ²
Taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais (2010)	6,51 %
Expectativa de Vida ao Nascer (2010)	76,61 anos
Coefficiente. de Mortalidade Infantil (2015)	11,17 por mil nascidos vivos
<u>PIB (2014)</u>	R\$ 1.504.713,05 (mil)
<u>PIB per capita (2014)</u>	R\$ 23.850,64
Exportações Totais (2014)	US\$ FOB 522.397
Data de criação	11/03/1833 - (Res. Presid. da Província em Conselho)
Município de origem:	<u>Rio Pardo</u>
Taxa de Urbanização	90%

5.3 Aspectos Demográficos

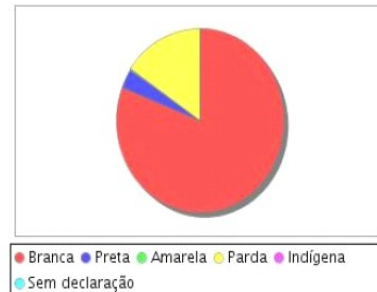
População

População residente por situação do domicílio e sexo, 2010

Área Urbana – 55.138 hab e Área Rural – 6.533 hab

População residente por raça

População do último Censo (ano 2010)	Qte	%
Branca	49.882	81,26%
Preta	2.041	3,24%
Amarela	142	0,23%
Parda	9.572	15,22%
Indígena	34	0,05%
Sem declaração	0	0,00%



População Residente por Faixa Etária e Sexo

Tabela 1 - População Residente por Faixa Etária e Sexo

Tabela 1 - População Residente por Faixa Etária e Sexo			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 9 anos	4130	4050	8.180
10 a 19 anos	5675	5374	11.049
20 a 29 anos	4757	4688	9.445
30 a 39 anos	4155	4550	8.705
40 a 49 anos	4205	4451	8.656
50 a 59 anos	3522	2178	5.700
60 a 69 anos	2184	2475	4.659
70 a 79 anos	1175	1513	2.688
80 a 89 anos	375	591	966
Mais de 90 anos	70	153	223
Total	30.248	30.023	60.271

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Evolução da População do município nos três últimos censos:

População Total, por Gênero, Rural/Urba - São Borja - RS						
População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	60.923	100,00	64.869	100,00	61.671	100,00
População residente masculina	30.076	49,37	32.214	49,66	30.248	49,05
População residente feminina	30.847	50,63	32.655	50,34	31.423	50,95
População urbana	52.059	85,45	57.273	88,29	55.138	89,41
População rural	8.864	14,55	7.596	11,71	6.533	10,59

Fonte:

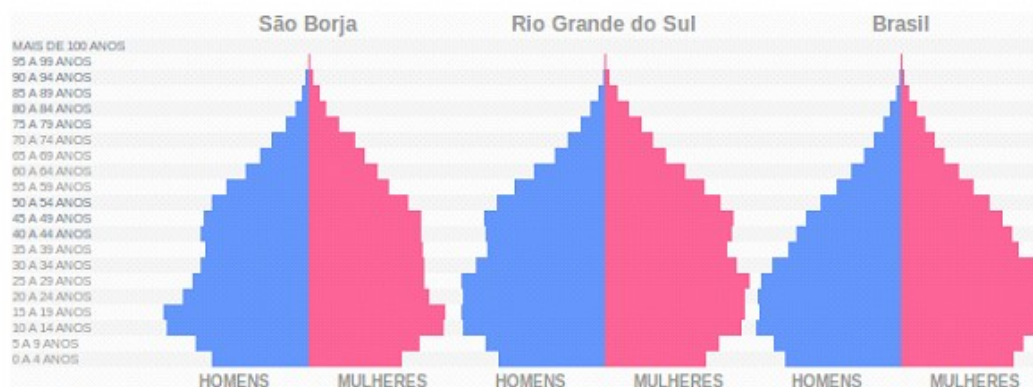
Pnud, Ipea e FJP

Entre 2000 e 2010, a população de São Borja cresceu a uma taxa média anual de -0,50%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 88,29% para 89,41%. Em 2010 viviam, no município, 61.671 pessoas. Importa ressaltar que devido a pandemia Covid-19, não foi realizado o Censo Demográfico presencial, o que ocasiona em diferenças percentuais e por isso, será utilizado ainda o Censo 2010 como referência básica de pesquisa.

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 0,70%. Na UF, esta taxa foi de 1,21%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 85,45% para 88,29%.

A população de São Borja estimada pelo IBGE para o ano de 2017 é de 62.808 habitantes. Segundo o IBGE a tendência ainda é de um crescimento populacional mais acentuado.

Pirâmide Etária do Município de São Borja comparados com o estado do Rio Grande do Sul e Brasil, segundo o censo de 2010.



Na pirâmide etária observamos a redução da natalidade representada pelo estreitamento da base, uma diminuição populacional da população adulta/jovem, a partir dos 20 anos e economicamente ativa, evidenciada por um adelgaçamento na porção central da pirâmide e por fim o envelhecimento da população representado pelo aumento da largura do vértice. Este fenômeno de aumento da expectativa de vida também é observado no estado e no país.



A arte acima mostra que em 1991 já se iniciava a redução da população adulta/jovem, nas faixas de 20 a 24 anos, 25 a 29 anos e 30 a 34 anos muito possivelmente devido a migrações internas para centros regionais em busca de trabalho e acesso à educação. Em 2000 observamos o aumento desta tendência se tornando mais significativa para a população masculina. Diminuição das faixas etárias mais jovens (1-4 e 5-9 anos) que pode ser atribuído à queda da fecundidade e acompanhamento por parte dos filhos ao êxodo dos pais. Também pode já pode ser observado aumento das faixas etárias mais elevadas (60-64, 65-69, 70-74, 75-79 e 80+) possivelmente devido ao aumento da expectativa de vida. Em 2010 vemos a acentuação deste quadro com redução da população economicamente ativa, maior queda na taxa de natalidade e envelhecimento da população.

Estrutura Etária da População - Município - São Borja - RS						
Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	19.968	32,78	18.679	28,79	13.656	22,14
15 a 64 anos	37.454	61,48	41.864	64,54	42.093	68,25
População de 65 anos ou mais	3.501	5,75	4.326	6,67	5.922	9,60
Razão de dependência	62,66	-	54,95	-	46,51	-
Taxa de envelhecimento	5,75	-	6,67	-	9,60	-

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

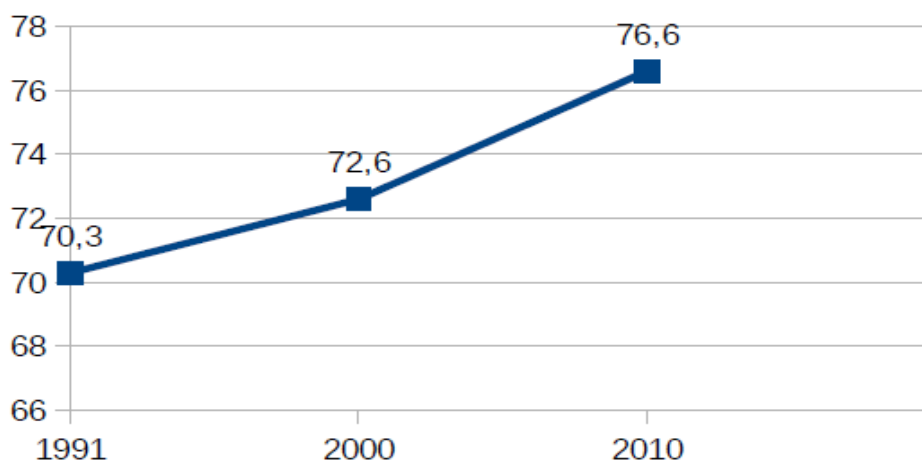
Entre 2000 e 2010, a razão de dependência* no município passou de 54,95% para 46,51% e a taxa de envelhecimento**, de 6,67% para 9,60%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 62,66% e 5,75%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,88% em 2000 e 45,87% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

*Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

**Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

Longevidade e Esperança de Vida ao Nascer

Evolução de São Borja



vida ao

A esperança de nascer é o

indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,0 anos na última década, passando de 72,6 anos, em 2000, para 76,6 anos, em 2010. Em 1991, era de 70,3 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Município - São Borja - RS

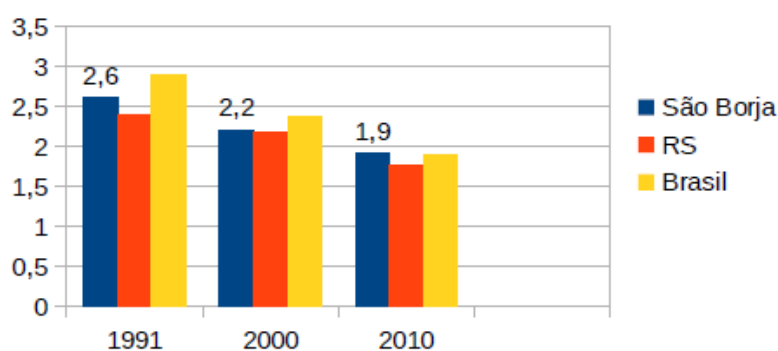
	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	70,3	72,6	76,6
Mortalidade infantil	18,6	17,7	10,7
Mortalidade até 5 anos de idade	21,8	20,6	12,5
Taxa de fecundidade total	2,6	2,2	1,9

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Ranking Municípios da 12ª CRS		
Município		Esperança de vida ao nascer 2010
1	Eugênio de Castro (RS)	78,11
2	Porto Xavier (RS)	77,53
3	Mato Queimado (RS)	77,22
4	Santo Ângelo (RS)	76,78
5	Guarani das Missões (RS)	76,75
6	São Borja (RS)	76,61
7	Caibaté (RS)	76,39
8	São Luiz Gonzaga (RS)	76,31
9	Salvador das Missões (RS)	76,04
10	Cerro Largo (RS)	75,91
11	Roque Gonzales (RS)	75,55
12	São Pedro do Butiá (RS)	75,55
13	Santo Antônio das Missões (RS)	75,1
14	Rolador (RS)	75,06
15	Garruchos (RS)	74,96
16	Entre-Ijuís (RS)	74,74
17	Pirapó (RS)	74,46
18	São Miguel das Missões (RS)	74,26
19	Bossoroca (RS)	74,24
20	Sete de Setembro (RS)	73,57
21	Dezesseis de Novembro (RS)	73,55
22	Ubiretama (RS)	73,55
23	Vitória das Missões (RS)	73,55
24	São Nicolau (RS)	71,69

Fecundidade

Taxa de Fecundidade Total



Dados do Censo 2010 divulgados pelo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) confirmam que a taxa de fecundidade no país (número de filhos por mulher), de 1,89 filhos, no Rio grande do Sul, de 1,76 e em São Borja de 1,9 está abaixo da taxa de reposição da população – de 2,1 filhos por brasileira. O dado consolida a trajetória de queda da fecundidade, que inicia na década de 1970 e influencia o perfil etário da população de que o Brasil tende a se tornar um país de idosos.

No município de São Borja houve, em 2015, 806 nascimentos por mãe residente no município, destes 134 partos vaginais e 672 partos cesáreos.

Relação de Nascimentos em São Borja por Peso ao Nascer (2015)

Peso ao nascer	2015
500 a 999 g	6
1.000 a 1.499g	4
1.500 a 2.499g	52
2.500 a 2.999g	149
3.000 a 3.999	424
4.000 g e mais	37

Relação de Nascimentos

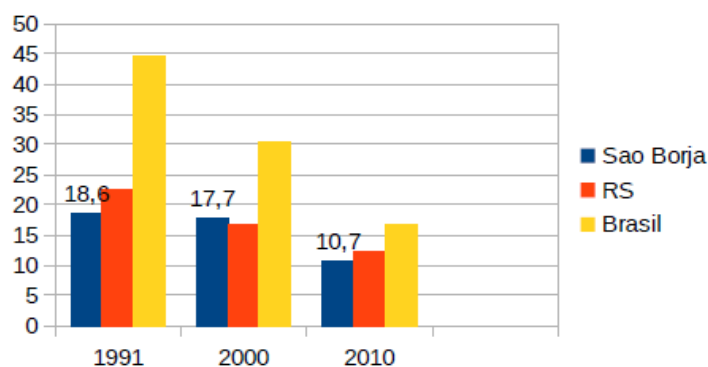
em São Borja com

Pré-Natal (2015)

Consultas	Número de consultas de pré-natal 2015
De 1 a 3 consultas	61
De 4 a 6 consultas	246
7 ou mais	471
Sem histórico de consultas	28

Taxa de
Infantil

Mortalidade



A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 17,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 10,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 18,6. Já na UF, a taxa era de 12,4, em 2010, de 16,7, em 2000 e 22,5, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 óbitos por mil nascidos vivos para 16,7 óbitos por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 óbitos por mil nascidos vivos. O Ranking do município no RS é 113º com taxa de 16,33 em 2014 e 1.792º no Brasil.

Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

Ranking dos Municípios da 12ª CRS		Mortalidade infantil
	Município	2010
1	Eugênio de Castro (RS)	9
2	Porto Xavier (RS)	9,6
3	Mato Queimado (RS)	10
4	Guarani das Missões (RS)	10,5
5	São Borja (RS)	10,7
6	Santo Ângelo (RS)	10,87
7	Caibaté (RS)	11
8	São Luiz Gonzaga (RS)	11,1
9	São Miguel das Missões (RS)	11,1
10	Passo Fundo (RS)	11,1
11	Roque Gonzales (RS)	12
12	São Pedro do Butiá (RS)	12
13	Santo Antônio das Missões (RS)	12,6
14	Rolador (RS)	12,7
15	Garruchos (RS)	12,8
16	Entre-Ijuís (RS)	13,1
17	Pirapó (RS)	13,5
18	Bossoroca (RS)	13,8
19	São Miguel das Missões (RS)	13,8
20	Dezesseis de Novembro (RS)	14,8
21	Sete de Setembro (RS)	14,8
22	Ubiretama (RS)	14,8
23	Vitória das Missões (RS)	14,8
24	São Nicolau (RS)	17,7



Em âmbito global, entre 1990 e 2008, a taxa de mortalidade para crianças menores de cinco anos diminuiu 28%, de 100 para 72 mortes por mil nascidos vivos. Progresso notável, mas insuficiente para que o ODM 4 seja alcançado com redução dessas mortes em dois terços.

Em São Borja a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos passou de 23,6 óbitos a cada mil nascidos vivos em 1995 para 11,2 óbitos a cada mil nascidos vivos em 2015, representando

52,6% da número total de período foi de

Ranking dos Municípios da 12ª CRS		Mortalidade até 5 anos de idade 2010
Município		
1	Eugênio de Castro (RS)	10,46
2	Porto Xavier (RS)	11,21
3	Mato Queimado (RS)	11,64
4	Santo Ângelo (RS)	12,26
5	Guarani das Missões (RS)	12,29
6	São Borja (RS)	12,48
7	Caibaté (RS)	12,8
8	São Luiz Gonzaga (RS)	12,92
9	Salvador das Missões (RS)	13,31
10	Cerro Largo (RS)	13,5
11	Roque Gonzales (RS)	14,04
12	São Pedro do Butiá (RS)	14,04
13	Santo Antônio das Missões (RS)	14,73
14	Rolador (RS)	14,79
15	Garruchos (RS)	14,94
16	Entre-Ijuís (RS)	15,3
17	Pirapó (RS)	15,74
18	São Miguel das Missões (RS)	16,08
19	Bossoroca (RS)	16,1
20	Sete de Setembro (RS)	17,24
21	Dezesseis de Novembro (RS)	17,27
22	Ubiretama (RS)	17,27
23	Vitória das Missões (RS)	17,27
24	São Nicolau (RS)	20,65

uma redução de mortalidade. O óbitos nesse 354.p

A seguir alguns dados do ano de 2019, considerando a ausência do Censo, estipulou-se como o ano a ser analisado, visando atualizar os dados do presente plano.

Ano 2019 – óbitos em São Borja (dados escolhidos, não conferem total)			
Menor de 1 ano	10 – 14 anos	15 – 19 anos	20 – 29 anos
9	3	8	12
Causas mais comuns (dados escolhidos, não conferem total)			
Aparelho Circulatório	Doenças respiratórias	Neoplasias	
162	52	116	

Taxa de Mortalidade Materna

A mortalidade materna refere-se à morte da mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da mesma, independente da duração ou da localização da gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais.

A Taxa de Mortalidade reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher (OPAS, 2002). Em 1992 no Rio Grande do Sul a taxa de mortalidade materna era de 40 óbitos por 100.000 nascidos vivos, abaixo da taxa nacional que era de 51,6. Em 2000 aumentou para 45 sendo que em 2010 atingiu 76,6 ultrapassando os achados nacionais de 62,5. No ano de 2019, houve em São Borja apenas um óbito materno, conforme dados do TAB Net. As principais causas de morte materna continuam sendo a hipertensão, hemorragia, infecção e o aborto, segundo dados do TAB Net.

Mortalidade Geral

A Taxa de Mortalidade Geral é uma das medidas mais utilizadas em saúde pública e expressa número total de óbitos por 1.000 habitantes em um determinado local. Apesar de não ser considerado um bom indicador, possibilita comparações temporais e entre diferentes unidades geográficas.

A Taxa de Mortalidade Geral nos dá o número médio anual de mortes durante um ano por 1000 habitantes, também conhecida como taxa bruta de mortalidade. A taxa de mortalidade, apesar de ser apenas um indicador bruto da situação da mortalidade no país, indica com precisão o impacto da mortalidade atual sobre o crescimento da população. Este indicador é significativamente afetado pela distribuição etária. A maioria dos países vai mostrar um aumento da mortalidade, apesar do contínuo declínio da mortalidade em todas as idades, isso se deve a queda da fecundidade e ao envelhecimento da população.

Ano	Taxa de Mortalidade Geral por 1.000 hab.
1991	8,77
2000	5,88
2010	6,82

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Mortalidade por Grupo de Causas

A partir das últimas décadas do século passado, seguindo tendência mundial, observa-se no Brasil dois processos que tem produzido importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes em sua população. O primeiro, denominado “Transição Demográfica”, com significativa diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida. Como resultado verifica-se progressivo aumento da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários, tendência essa que deverá se ampliar nos próximos 20 anos. O segundo, caracterizado por importante mudança no perfil de morbimortalidade, denominado de “Transição Epidemiológica” que, no Brasil, se apresenta ainda com importantes diversidades regionais decorrentes das diferenças sócio econômicas e de acesso aos serviços de saúde, resultando em um “modelo polarizado de transição”. Nesse modelo de transição temos, em distintas regiões, a ocorrência ainda alta de doenças infecciosas e o crescimento da morbidade de mortalidade por DCNT (BRASIL,2005).

Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se a redução progressiva, sendo que em 2003 essas doenças responderam apenas por cerca de 5%. Por outro lado, as doenças cardiovasculares, que representavam apenas 12% na década de 30, são, atualmente, as principais causas de morte em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço dos óbitos. Em segundo lugar, seguem-se os cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violência.

Nas últimas décadas, o comportamento das doenças infecciosas tem mudado em todo mundo. Por trás das mudanças estão, entre outros aspectos, o próprio progresso científico e tecnológico, transformações econômicas e sociais de caráter mundial que determinam transformações radicais na vida do homem e a influência de tecnologias médicas.

Neste mesmo período o perfil de mortalidade da população brasileira foi substancialmente alterado, sendo um traço marcante das modificações o declínio no peso relativo das doenças infecciosas e parasitárias. Responsáveis por quase metade de todos os óbitos ocorridos nas capitais dos estados brasileiros na primeira metade do século, as causas infecciosas determinaram 35,9% do total de mortes em 1950, 25,9% em 1960, 15,7% em 1970, 11,4% em 1980₁ e apenas 6,0% em 1989.² Entre as causas infecciosas de mortalidade foram as gastroenterites as que apresentaram queda mais acentuada na última década.

Apesar dessa evolução favorável, o Brasil ainda apresentava, na segunda metade da década de 80, coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em torno de 33,0 por 100.000 habitantes, próximo das taxas encontradas na Colômbia e Suriname e bem acima das verificadas em países como o Chile (19,2 por 100.000 habitantes), Costa Rica (11,8 por 100.000 habitantes) e Cuba (9,1 por 100.000 habitantes).

A tendência geral da morbidade por doenças infecciosas e parasitárias nos últimos vinte anos foi igualmente declinante. No entanto, houve, no mesmo período, o ressurgimento de doenças infecciosas há muito consideradas erradicadas e o aparecimento de outras até então desconhecidas. (WALDMAN,1999)

A partir da década de 60, em vários países, incluindo o Brasil, vem ocorrendo modificações relevantes no padrão demográfico, no perfil de doenças e mortalidade da população. As modificações demográficas caracterizam-se por redução significativa de fertilidade, urbanização crescente, aumento de esperança de vida ao nascer e envelhecimento populacional. As mudanças demográficas tiveram reflexo no perfil epidemiológico, com o declínio das doenças infecciosas, aumento das causas externas (violências e acidentes) e predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando um dos grandes desafios a serem enfrentados, tanto no âmbito científico, como no das políticas públicas (BRASIL, 2011).

O grupo das DCNT compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Muitas doenças deste grupo têm fatores de risco comuns, e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população. (ACHUTTI et al, 2004)

Em 2007, esse grupo de doenças representaram cerca de 67% dos óbitos notificados no Brasil. As doenças cardiovasculares foram a principal causa: 29,4% de todos os óbitos declarados, seguidas por câncer (15,1%), doenças respiratórias (5,6%) e diabetes (4,6%). A proporção de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é maior nas faixas etárias mais elevadas, nos indivíduos com maior escolaridade, nos municípios maiores e com melhores indicadores socioeconômicos. A taxa padronizada de mortalidade por DCNT reduziu de 569 óbitos por 100 mil habitantes, em 1996, para 475, em 2007 (queda de 17%). A redução ocorreu em todas as faixas etárias, com queda mais acentuada para a população de 60 anos ou mais de idade, em ambos os sexos.

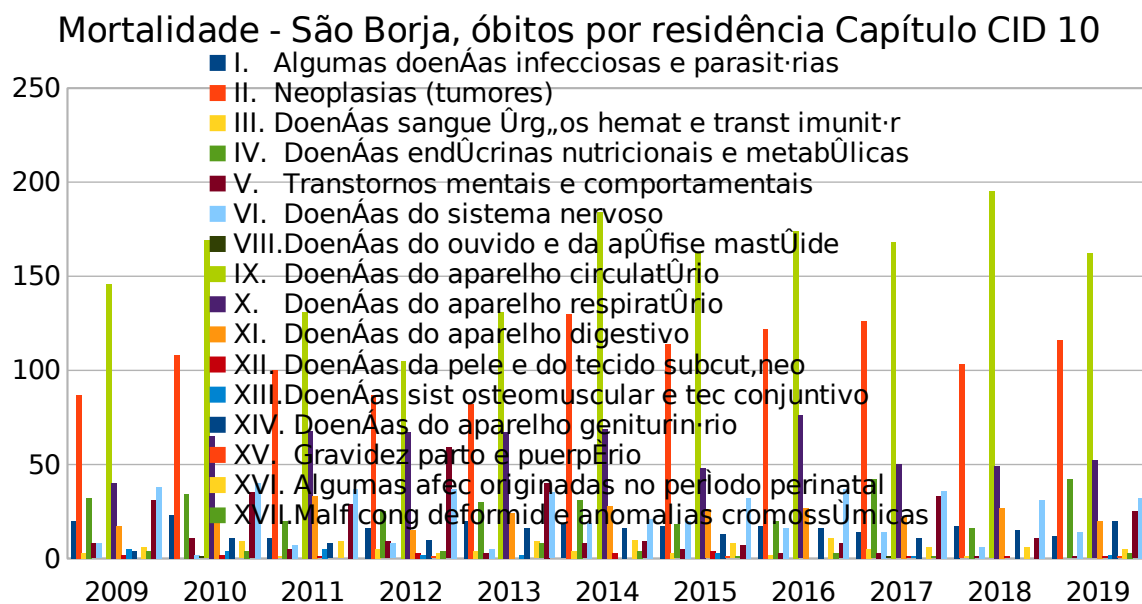
As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 305.466 óbitos em 2007 (29,4% do total de óbitos no País). Nesse mesmo ano, a doença cerebrovascular foi a primeira causa definida de óbito na população brasileira (9,2% da mortalidade geral), seguida das doenças isquêmicas do coração (8,8% da mortalidade geral). Nesse mesmo ano ainda, a doença hipertensiva foi uma causa importante de óbito, representando 3,7% da mortalidade geral. A mortalidade pelas doenças cardiovasculares reduziu-se em 26%, caindo de 284 óbitos por 100 mil habitantes, em 1996, para 209 em 2007.

Segundo Nakashima et al (2011) o câncer, em 1980, era a quinta causa de morte na população brasileira totalizando 10% dos óbitos no país. Já em 2000, a neoplasia maligna ocupou a terceira causa de morte na população geral. Em 2007, tornou-se a segunda causa de óbito mais frequente, ficando abaixo somente de doenças do aparelho circulatório.

As neoplasias malignas mostram-se evidentes neste estudo no estado do RS com um percentual superior às demais causas, totalizando 21,02% dos óbitos. De acordo com o INCA (2011) o câncer vem se tornando cada vez mais com um no mundo todo e para diminuir seu coeficiente de mortalidade, é necessário medidas preventivas como controle do tabagismo, vacinação para hepatite, prática de atividade física, alimentação saudável, entre outras.

Em relação às neoplasias, foram registrados 161.491 óbitos em 2007 (15,1% de todos os óbitos). Os tipos de câncer que causaram mais mortes entre as mulheres foram os de mama (15,2% das mortes por neoplasias, entre as mulheres), seguido pelo câncer da traqueia, brônquios e pulmões (9,7%) e colo de útero (6,4%). Entre os homens, a primeira causa foi o câncer de traqueia, brônquios e pulmões (15%), seguido pelo câncer de próstata (13,4%) e o de estômago (9,8%).

A diabetes foi responsável por 47.718 óbitos no Brasil em 2007 (4,6% de todos os óbitos). A taxa de mortalidade elevou-se de 30 óbitos por 100 mil habitantes, em 1996, para 33 em 2007 (aumento de 10%). O aumento foi maior entre os homens (22%) do que entre as mulheres (2,5%) (BRASIL, 2011).



Fonte: TAB Net.

O gráfico na página anterior mostra uma série histórica de óbitos de 10 anos de óbitos por grupo do CID-10 no município de São Borja. Vemos a predominância, em número de casos, das DCNT sobre as doenças infecciosas e parasitárias. As doenças do aparelho circulatório lideram em número de casos, seguido pelas neoplasias que em 2014 ultrapassam as mortes por causas externas.

Acompanham após as doenças do aparelho respiratório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho digestivo e finalmente as doenças infecciosas e parasitárias estáveis em número absolutos de casos não acompanhando o crescimento populacional.

No Rio Grande do Sul, atualmente, os grupos de causas principais da mortalidade geral para ambos os sexos são: as doenças do aparelho circulatório (30%); neoplasias ou tumores (21,27%); doenças do aparelho respiratório (11,76%); causas externas de morbidade e mortalidade (9,19%); doenças do aparelho digestivo (4,76%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (5,50%) e algumas doenças infecciosas e parasitárias (4,25%).

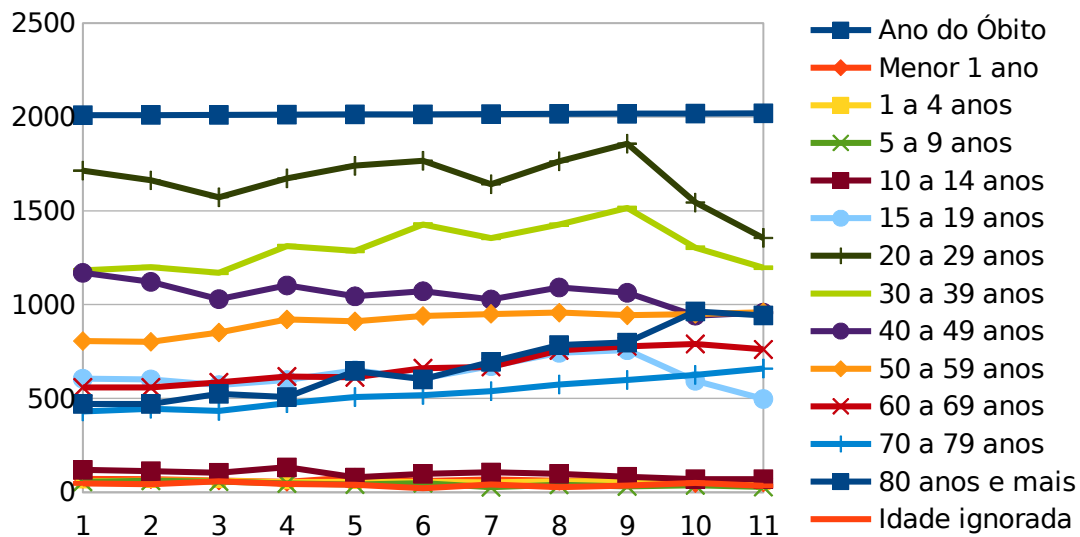
E, entre as 10 categorias de doenças que mais levam ao óbito estão: o infarto agudo do miocárdio; outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas; a neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões; o Diabetes Mellitus; o Acidente Vascular Cerebral; a pneumonia; a insuficiência cardíaca; as causas desconhecidas de morte sem assistência médica; a doença isquêmica do coração e as outras doenças cerebrovasculares (RIO GRANDE DO SUL, sd).

Mortalidade por causas externas

Segundo a definição internacional da OMS as chamadas "causas externas" ou, como preferem alguns, "causas não naturais" ou "causas violentas", englobam os acidentes e as violências propriamente ditas - auto e hetero infligidas. Chamam a atenção por serem eventos súbitos e inesperados, bem como pelo fato de incidirem particularmente em jovens.

Atualmente, as causas externas representam importante parcela da mortalidade em, praticamente, todos os países do mundo. Quase sempre estão entre as dez primeiras e, em muitos, entre as primeiras cinco. Observa-se a seguir, no Rio Grande do Sul, uma análise histórica de 10 anos, entre 2009 e 2019, por faixa etária.

Mortalidade por causas externas de 2009 a 2019 por faixa etária



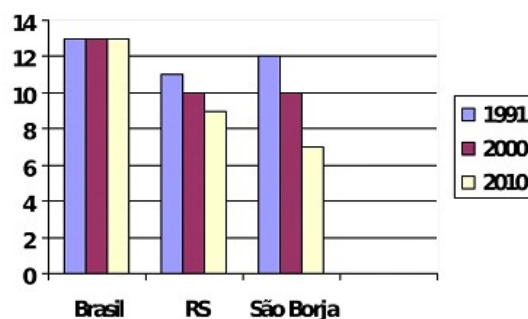
Fonte: TAB Net.

As causas externas são traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo, incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação).

A era industrial, a alta tecnologia, o aumento da velocidade dos veículos, as condições socioeconômicas, a pobreza e a própria natureza humana são fatores que contribuíram para o crescimento progressivo dos diferentes tipos de traumas. Estes têm se configurado como problema de saúde pública pela alta mortalidade, morbidade, custos, anos potenciais de vida perdidos e impacto para o indivíduo, sua família e sociedade. (GONZAGA,2012)

Em 2015 as causas externas representaram 12 % dos óbitos no Brasil, uma leve queda sendo que o Rio Grande do Sul manteve 9%. Em São Borja também houve uma leve queda, onde os óbitos por causas externas representaram 6% dos óbitos.

Percentual de Óbitos por Causas Externas



Fonte: Datasus

Enquanto o Brasil permaneceu estável na proporção de 13% de óbitos por causas externas presença deste grupo no total de óbitos no período. Em 1991 os óbitos por causas externas correspondiam a 11% no RS, e 12% em São Borja. Em 2000 apresentavam 10% da mortalidade em ambos. Já em 2010, 9% no RS e 7% em São Borja.

Ano	SÃO BORJA RS	MÉDIA NACIONAL
2013	7,91 óbitos/100 mil pessoas	5,01 óbitos/100 mil pessoas
2012	4,90 óbitos/100 mil pessoas	5,32 óbitos/100 mil pessoas
2011	3,26 óbitos/100 mil pessoas	5,12 óbitos/100 mil pessoas
2010	9,73 óbitos/100 mil pessoas	4,95 óbitos/100 mil pessoas
2009	12,69 óbitos/100 mil pessoas	4,90 óbitos/100 mil pessoas

Observando o gráfico acima constatamos leve um aumento da taxa de suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul. A taxa de suicídio no Brasil é baixa e em 2009 foi de 4,78. No Rio Grande do Sul temos taxas moderadas de suicídio (10,18). Em São Borja observamos uma queda significava de 2009 a 2012 passando de 12,69 para 3,26 e um posterior aumento em 2013 com uma taxa de 7,91, um pouco acima da média nacional que foi 5,01 nesse período.

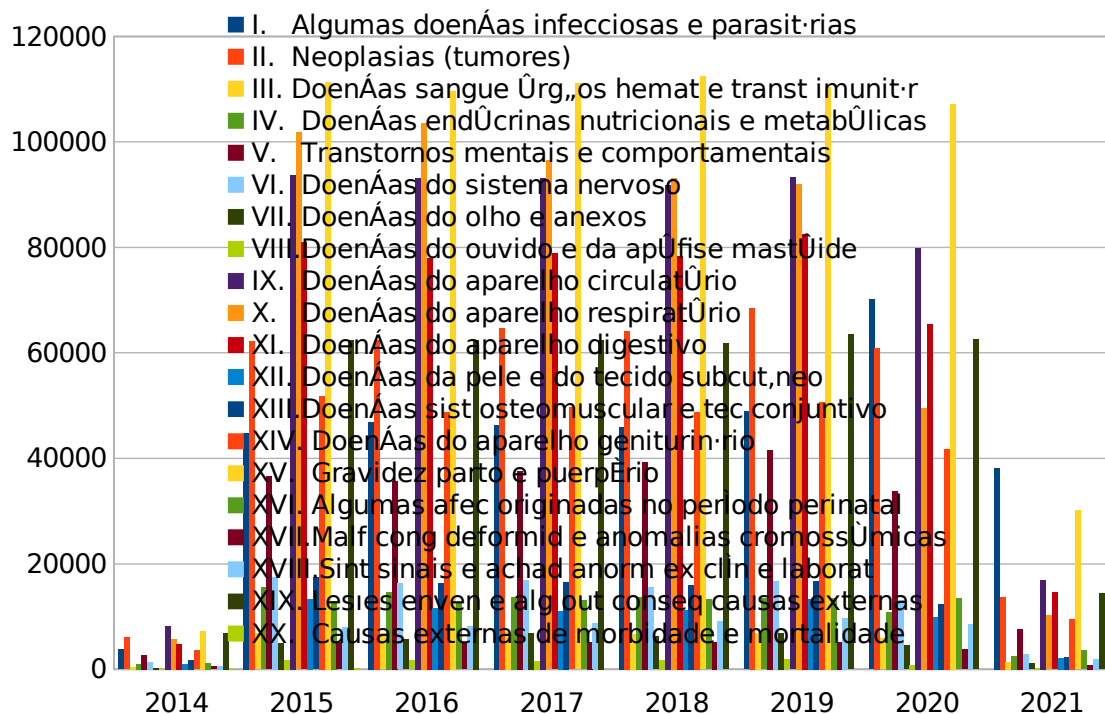
Morbidade Hospitalar

Morbidade é uma variável característica das comunidades de seres vivos e refere-se ao conjunto de indivíduos, dentro da mesma população, que adquirem doenças (ou uma doença específica) num dado intervalo de tempo. A morbidade serve para mostrar o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população.

“TERRA DOS PRESIDENTES – CAPITAL DO FANDANGO”
 “DOE ÓRGÃOS, SALVE VIDAS”

Podemos ter uma ideia da morbidade de uma população específica estudando as suas internações hospitalares. Conforme a seguir, apresenta-se um gráfico para ilustrar as internações no Estado do Rio Grande do Sul.

Internações no Rio Grande do Sul por ano de atendimento Cap. CID 10



Fonte: TAB Net.

Podemos notar no gráfico acima que predominam significativamente as internações por partos, foram 4.672.224 internações no período de 2014 a abril de 2021. Em segundo lugar ficam as doenças do aparelho respiratório, seguido das doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo e causas externas.

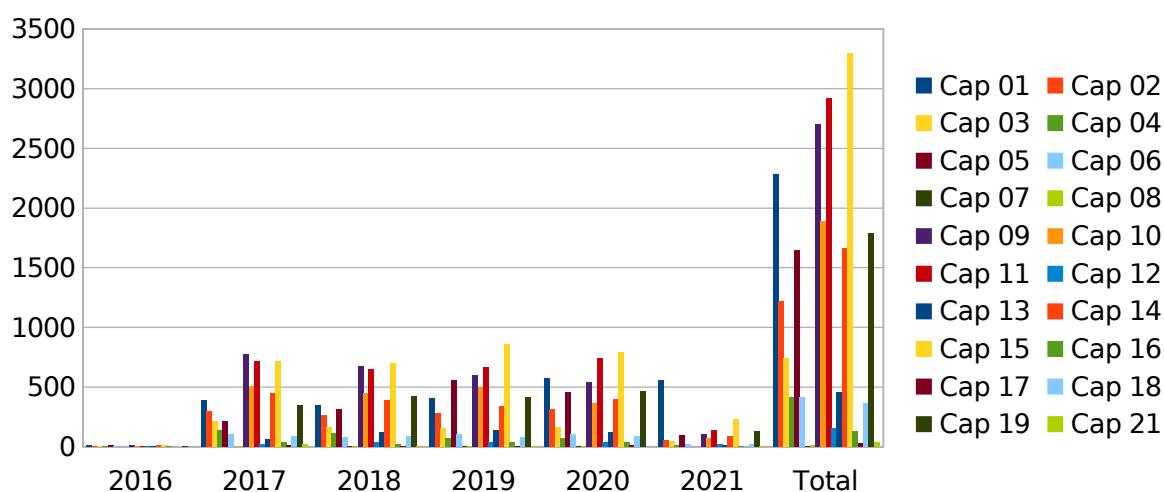
Chama a atenção as internações por doenças infecciosas que superam as neoplasias, nesse número, temos o impacto da infestação do país pelo mosquito *Aedes aegypti* e a circulação em território nacional dos vírus da Dengue, Chikungunya e Zika que correspondem por mais de 11% das internações por doenças infecciosas e parasitárias deste período no Brasil.

Aqui no Estado é possível observar uma variação no perfil das internações em comparação ao ano de 2016. Com a queda da natalidade no estado o número de internações por infecções respiratórias ultrapassa o de partos. Segue o número de internações por doenças do aparelho circulatório, doenças do Aparelho digestivo, e neoplasias que superam causas externas e doenças infecciosas e parasitárias no estado.

Morbidade no ano de 2016 – São Borja				
Diabetes	Doenças do aparelho circulatório	Doenças respiratórias crônicas	Neoplasias malignas	Sífilis congênita
87	926	719	391	2

Fonte: [Tabnet](#) As

internações do município de São Borja não seguem a tendência do Rio Grande do Sul predominando as internações por doenças do aparelho circulatório (Cap. 3), que superam o número de internações por doenças no aparelho respiratório e partos. Logo após vem as internações por doenças no aparelho digestivo que sobressaem sob as internações por neoplasias e superam em muito as internações por Causas Externas. Doenças infecciosas e parasitárias apresentam um grau significativo das hospitalizações.



Migrações

A população são-borjense é composta pelas Etnias: Indígena, espanhola, portuguesa, africana, germânica, italiana, polonesa, árabe e outras.

Aspectos Sócio-Econômicos

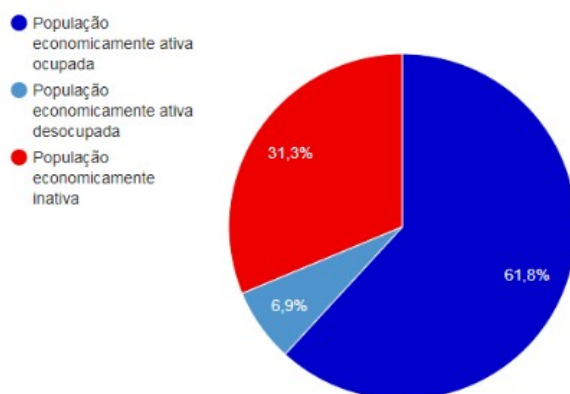
A economia do município envolve o agronegócio com destaque da produção de arroz, soja e milho e da pecuária bovina e ovina.

A renda per capita média de São Borja cresceu 72,34% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 409,49, em 1991, para R\$ 496,09, em 2000, e para R\$ 705,72, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 2,91%. A taxa média anual de crescimento foi de 2,15%, entre 1991 e 2000, e 3,59%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 41,08%, em 1991, para 24,37%, em 2000, e para 8,98%, em 2010.

A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini (instrumento usado para medir o grau de concentração de renda, ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos, numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda), que passou de 0,64, em 1991, para 0,59, em 2000, e para 0,55, em 2010.

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 63,02% em 2000 para 61,80% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 16,49% em 2000 para 6,90% em 2010.

Composição da população de 18 anos ou mais de idade – 2010



Fonte: IBGE, 2010.

Aspectos Educacionais

Na área de educação, a proporção de crianças e jovens frequentando ou que tenha completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 88,07%, em 2010.

No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 91,87%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 62,35%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 41,53%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 53,44 pontos percentuais, 34,26 pontos percentuais, 31,47 pontos percentuais e 28,10 pontos percentuais.

O número de matrículas no Ensino Fundamental foi de 7.678 em 2015 e no Ensino Médio foi de 2.391, conforme tabela abaixo:

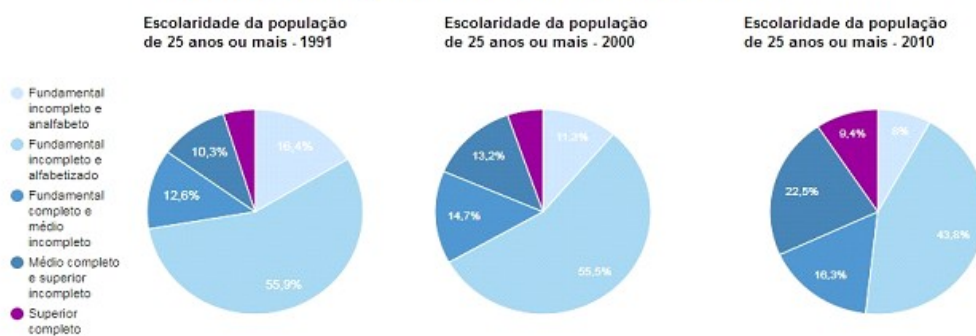
Ano 2015 – São Borja		
Escola pública municipal	3.267	0
Escola pública estadual	4.004	1.967
Escola pública federal	0	320
Escola privada	407	140

Fonte: IBGE, 2015

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5.4 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.7. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 266 de 497. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 271 de 497. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97.5 em 2010. Isso posicionava o município na posição 330 de 497 dentre as cidades do estado e na posição 2904 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE 2010).

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade: 97,5%.

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade: 97,5%



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

O

município dispõe de estabelecimentos de ensino públicos e privados, que incluem 47 escolas de educação infantil, ensino fundamental e ensino médio. Conta também com ensino superior no seguintes estabelecimentos:

UNIPAMPA – Universidade do Pampa (pública);

UERGS – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (pública);

Instituto Federal Farroupilha - Escola Técnica Federal;

E outras diversas instituições com EAD (particulares).

Lazer e Cultura

Na área de lazer e cultura, São Borja possui duas praças na área central, sendo uma delas, com lagos artificiais, e outras em bairros da cidade, ambas espaçosas e arborizadas. Junto à praça do bairro do Passo, está localizado o Ginásio Municipal, e na área central Parque General Vargas, ambos destinados à prática de várias modalidades esportivas e eventos culturais. Além desses, há ginásios de esportes nas escolas de ensino médio e fundamental.

No Cais do Porto há estrutura para realização de eventos artísticos e culturais, com infraestrutura para lazer e recreação.

O Rio Uruguai oferece área para banho e para a prática de alguns esportes aquáticos.

A cidade possui, também um parque com via para pedestres praticarem caminhadas e três academias ao ar livre, para estimular vida ativa e saudável, um parque de exposições com capacidade para grandes eventos ao ar livre, um espaço para práticas poliesportivas, com quadras de futebol de salão e quadra de skate.

Renda

Renda, Pobreza e Desigualdade Município São Borja RS			
	1991	2000	2010
Renda per capita	409,49	496,09	705,72
% de extremamente pobres	15,60	7,59	2,72
% de pobres	41,08	24,37	8,98
Índice de Gini	0,64	0,59	0,55

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Ocupação da população de 18 anos ou mais - Município - São Borja - RS

	2000	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	63,02	61,80
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	16,49	6,90

Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	56,08	57,72
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	47,34	60,46
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	26,96	41,43
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	47,33	23,10
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	76,55	73,45
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou mais	92,44	92,12

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Em

2010, das

pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 15,22% trabalhavam no setor agropecuário, 0,05% na indústria extrativa, 6,01% na indústria de transformação, 7,15% no setor de construção, 1,02% nos setores de utilidade pública, 17,18% no comércio e 45,96% no setor de serviços.

Habitação

Indicadores de Habitação Munic			
Vulnerabilidade Social - Município - São Borja - RS			
Crianças e Jovens			
	1991	2000	2010
Mortalidade infantil	18,60	17,70	10,70
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	89,84	67,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	16,49	3,22	2,48
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	18,91	12,38
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	1,93	4,04	4,24
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	7,42	6,08
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	12,31	15,26	18,82
% de vulneráveis e dependentes de idosos	4,14	4,19	2,94
% de crianças extremamente pobres	23,47	11,49	4,91
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	64,20	52,31	30,95
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	48,34	37,39
Condição de Moradia			
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	70,68	87,32	93,78

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Índice de Desenvolvimento Humano

O conceito de desenvolvimento humano nasceu definido como um processo de ampliação das escolhas das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades para serem aquilo que desejam ser. Diferentemente da perspectiva do crescimento econômico, que vê o bem-estar de uma sociedade apenas pelos recursos ou pela renda que ela pode gerar, a abordagem de desenvolvimento humano procura olhar diretamente para as pessoas, suas oportunidades e capacidades.

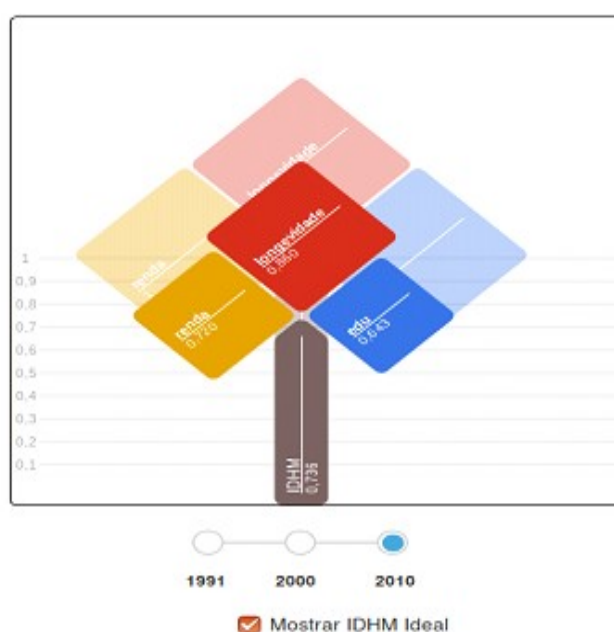
A renda é importante, mas como um dos meios do desenvolvimento e não como seu fim. É uma mudança de perspectiva: com o desenvolvimento humano, o foco é transferido do crescimento econômico, ou da renda, para o ser humano. O conceito de Desenvolvimento Humano também parte do pressuposto de que para aferir o avanço na qualidade de vida de uma população é preciso ir além do viés puramente econômico e considerar outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. O objetivo da criação do IDH foi o de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Criado por Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral e sintética que, apesar de ampliar a perspectiva sobre o desenvolvimento humano, não abrange nem esgota todos os aspectos de desenvolvimento.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

O IDHM brasileiro segue as mesmas três dimensões do IDH Global - longevidade, educação e renda, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros. Assim, o IDHM - incluindo seus três componentes, IDHM Longevidade, IDHM Educação e IDHM Renda - conta um pouco da história dos municípios em três importantes dimensões do desenvolvimento humano durante duas décadas da história brasileira.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - São Borja é 0,736, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,860, seguida de Renda, com índice de 0,720, e de Educação, com índice de 0,643. Importa ressaltar que a última atualização constante no Atlas do ano de 2010, pois devido a houberam novas pesquisas e alterações.



IDHM e seus componentes	Valores
IDHM	0,736
IDHM Renda	0,720
IDHM Longevidade	0,860
IDHM Educação	0,643

atualização constante no Atlas do ano de 2010, pois devido a houberam novas pesquisas e

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

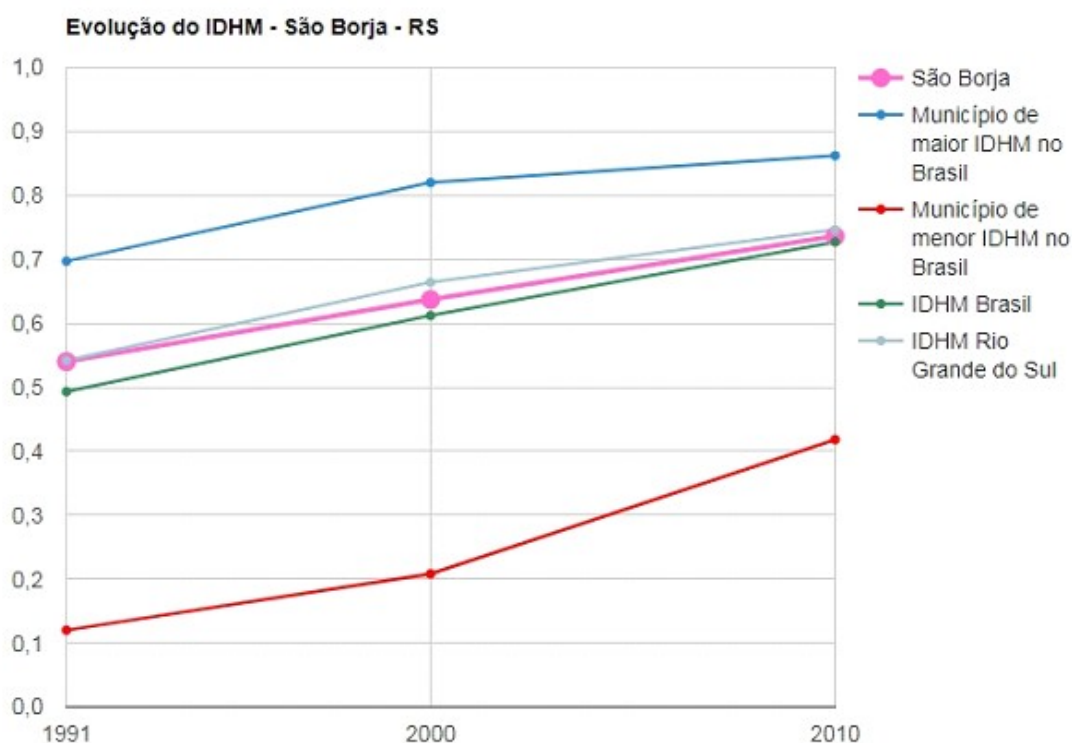
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes Município São Borja – RS			
IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,331	0,490	0,643
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	31,10	38,67	52,66
% de 5 a 6 anos na escola	34,63	58,97	88,07
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	57,61	81,22	91,87
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	30,88	50,70	62,35
% de 18 a 20 anos com médio completo	13,43	29,53	41,53
IDHM Longevidade	0,754	0,794	0,860
Esperança de vida ao nascer	70,26	72,62	76,61
IDHM Renda	0,632	0,663	0,720
Renda per capita	409,49	496,09	705,72

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Entre 2000 e 2010 o IDHM passou de 0,637 em 2000 para 0,736 em 2010 - uma taxa de crescimento de 15,54%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 72,73% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,153), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2000 o IDHM passou de 0,540 em 1991 para 0,637 em 2000 - uma taxa de crescimento de 17,96%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 78,91% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,159), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2010 de 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,540, em 1991, para 0,736, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 36,30% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 57,39% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,312), seguida por Longevidade e por Renda. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.



Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Classificação do IDHM de São Borja no Brasil

Posição	Lugares	IDHM	IDHM Renda	IDHM Longevidade	IDHM Educação
876 º	São Borja (RS)	0.736	0.720	0.860	0.643

De um total de 5.566 municípios avaliados.

“TERRA DOS PRESIDENTES – CAPITAL DO FANDANGO”
 “DOE ÓRGÃOS, SALVE VIDAS”

Classificação do IDHM de São Borja no Rio Grande do Sul

Posição	Lugares	IDHM	IDHM Renda	IDHM Longevidade	IDHM Educação
179 °	São Borja (RS)	● 0.736	0.720	0.860	0.643

De

um

Ranking do IDHM de 2010 dos Municípios pertencentes a 12º CRS

	Município	IDHM 2010
1	Santo Ângelo (RS)	0,772
2	Cerro Largo (RS)	0,764
3	São Pedro do Butiá (RS)	0,763
4	Salvador das Missões (RS)	0,753
5	São Luiz Gonzaga (RS)	0,741
6	Guarani das Missões (RS)	0,737
7	São Borja (RS)	0,736
8	Porto Xavier (RS)	0,723
9	Caibaté (RS)	0,719
10	Mato Queimado (RS)	0,717
11	Eugênio de Castro (RS)	0,712
12	Ubiretama (RS)	0,7
13	Bossoroca (RS)	0,692
14	Rolador (RS)	0,689
15	Roque Gonzales (RS)	0,688
16	Santo Antônio das Missões (RS)	0,686
17	Sete de Setembro (RS)	0,683
18	Entre-Ijuís (RS)	0,68
19	Garruchos (RS)	0,671
20	Pirapó (RS)	0,669
21	São Miguel das Missões (RS)	0,667
22	Vitória das Missões (RS)	0,655
23	Dezesseis de Novembro (RS)	0,654
24	São Nicolau (RS)	0,645

Fonte: Pnud

Situação do Meio Ambiente

“TERRA DOS PRESIDENTES – CAPITAL DO FANDANGO”
“DOE ÓRGÃOS, SALVE VIDAS”

Em nosso Município o clima é subtropical úmido e pela classificação de Koeppen é do tipo fundamental Cfa 12 (33). A temperatura média anual varia de 19,6°C a 20,0°C.

Regime pluviométrico varia de 1.537 a 1.659 mm.

Temperatura média anual 20°C, apresentando temperatura máxima absoluta de 41,8°C (janeiro de 1944) e a temperatura mínima absoluta (-)5°C em julho de 1975. No mês de janeiro ocorrem as médias mais altas 26,9°C enquanto que no mês de julho ocorrem as médias mais baixas 15,6°C (fonte Fepagro Cereais). A direção predominante dos ventos é SE/S com pequena variante.

O Município de São Borja é banhado por 3 (três) importantes rios:

a) Rio Uruguai: no limite do Brasil com a Argentina recebem no Município os rios Icamaquã e Butuí, os arroios Manuã, Urucutai, Salso, Estiva e Santa Luzia;

b) Rio Icamaquã: nasce na localidade Coxilha ou Serra Geral, no Município de Santiago e banha São Borja a partir da foz do Rio Iguariaçá, Itacurubi, Piauí e Sanga Funda, todos na margem esquerda e;

c) Rio Butuí: nasce na localidade de Encruzilhada, divisa de São Borja com Maçambará e serve também de divisa com o Município de Itaqui, ao Sul. Seus principais afluentes são o Butuizinho e o Capeati.

Ocorrem áreas alagadas como o Banhado Grande, Estiva, Caçacã e outros.

6. ORGANIZAÇÃO SOCIAL

O município de São Borja apresenta as seguintes instituições que configuram a organização social:

Conselhos Municipais: 14

Sindicatos de trabalhadores: 09

Sindicatos patronais: 03

Sindicatos de Classes: 04

Clubes de Serviços: 04

Associações de Classe: 15

Associações de Moradores: 44

Lojas Maçônicas: 03

Organizações Religiosas: Católica, Evangélica, Adventista, Metodista, Mórmons, Testemunha de Jeová, Cultos afro-brasileiros;

Grupos de auto-ajuda: Alcoólicos Anônimos, Escola de Pais, Grupo Libertação – Amor Exigente e Vôo Livre;

Unidade Terapêutica Chico Xavier.

Asilo São Vicente de Paula

APAE

CRAISM

7. DIAGNÓSTICO DA SAÚDE MUNICIPAL

Considerando que o relatório anual de gestão, de acordo com as Portarias nº 3.085/GM e nº 3.332/GM, é o instrumento de planejamento que apresenta os resultados alcançados com a execução da programação anual de saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores pactuados e que nele consta os dados absolutos dos serviços de saúde do município prestado diretamente aos usuários na promoção de saúde e prevenção de agravos esse foi utilizado para obtenção do diagnóstico de saúde do município e segue em anexo (ANEXO 1).

8. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde objetiva desenvolver ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde para toda a população através do Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade no atendimento ao usuário, reconhecendo a saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso à atenção e assistência, buscando a diminuição das desigualdades.

O Órgão de Administração dos serviços de saúde é a Secretaria Municipal de Saúde. Conforme a Emenda Constitucional nº 29, referente aos recursos que devem ser aplicados em saúde, o município destinou 19,86% do orçamento municipal para saúde, desta forma cumprindo a emenda.

(Fonte SIOPS 2020 6ªBIM)

Em 2009 foi firmado contrato entre o município, Estado e União, de acordo com a TRIPARTITE, levando-se em consideração todas as portarias do Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Vida, o município de São Borja passou a ter um modelo de gestão plena.

A rede de Atenção Básica no município se estrutura em 14 equipes de ESF, sendo que, 10,59% população reside na área rural e 89,41% reside na área urbana. As equipes estão distribuídas por micro-áreas com todas as famílias já cadastradas. Todas as equipes estão constituídas por Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Dentistas, Auxiliar de Saúde Bucal, Agente Operacional e Serviços Gerais.

Possui também duas equipes de apoio multiprofissional (antigo NASF I e NASF IA) que são compostas por Nutricionistas, Fisioterapeutas, Educadores Físico, Psicólogos e Assistentes Sociais.

As 14 equipes de ESF atendem a 76,79% do território do município. O município também possui adesão ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo que dispõe de 4 agentes realizando acompanhamento de 593 famílias que não possuem cobertura de Estratégia Saúde da Família, totalizando assim 89,59% de cobertura destes profissionais

Relação das Unidades de Saúde e Estratégias de Saúde da Família

Quadro 01 - Área geográfica de atuação	Equipes de Saúde da Família	População estimada
Vilas - Ernesto Dornelles, Arnaldo Matter I,II, Arno Andres e Progresso, sito à Rua Patrício Petit Jean, 3610	4067185 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 01 – Posto Ernesto Dornelles	3565 usuários 593 famílias
Vila Tiradentes e Porto do Angico, sito à rua Itajaí, 1157	4067193 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 02 – Posto Dr Airton Carneiro	3508 usuários 513 famílias
Vila Santa Rosa e Promorar III, sito à rua Cristóvão Colombo,1800	4067207 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 03 – Santa Rosa	2396 usuários 544 famílias
Bairro Itacherê, Aeroporto e Vila Umbu IV, sito à rua Sarandi S/N	4067215 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 04 - Posto Ovídio Loureiro, também chamado Centro Social Urbano	1861 usuários 363 famílias
Bairro Passo, Porto do Angico I, Vila da Praia e Promorar I,II, sito à Rua Ângelo Proença Vicenti, 1062	4067223 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 05 – Posto Ricardo Pinheiro	3879 usuários 873 famílias
Bairros Maria do Carmo, São João Batista, Boa Vista e Florêncio Aquino Guimarães, sito à Rua General Osório, 3213	4067231 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 06 – Posto Emílio Trois da Motta	2912 usuários 240 famílias
Bairros Paraboi e Florêncio Aquino Guimarães II, sito à Rua Moreira Cezar, 60	4067258 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 07 – Posto Pedro Marchesan	4715 usuários 736 famílias
Bairro Pirahy II, Vilas Goulart, Kilka, Santos Reis e Pontes, sito à Rua América Goulart Teixeira SN	4067266 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 08 - Posto Goulart	3849 usuários 780 famílias
Bairro Bettim, Vila Ester e parte Bairro Pirahy, sito à Rua Cabo Pedroso SN	4067274 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 09 - Posto Bettim	3963 usuários 967 famílias
Vilas Cabeleira e Umbú I, II e III, sito à Rua Gaspar Ferreira,30	4067282 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 10 – Posto Cônego Wiro Rauber	2664 usuários 405 famílias
Vilas Jaguari, São Francisco e Aparício Sampaio, sito à Rua Andradas, 640	3033511 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 11 - Posto Jaguari	4397 usuários 1008 famílias

Vila Várzea, sito à Rua Venâncio Aires 319	3033546 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 12 – Posto Ana Ester Correa Pinto	2965 usuários 566 famílias
Bairro do Tiro e Menegusso, sito à Rua João Palmeiro, 572	6586430 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 15 – Posto Cristina Vargas Pereira	4337 usuários 976 famílias
Interior – samburá, Vila Brites, Cabanha Corticeira, Rincão dos Paulas, Caçacã, Rincão do Meio, Timbauva, Sarandi, Mercedes, Molina Weber, Assentamento Combuchi, Mercedes, Rincão das Pedras, Parlemo, São Miguel, São Roque, Ivaí, São Ramão e Santa Luiza.	3176673 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 13 – Equipe Móvel	2616 usuários 649 famílias
Centro urbano, Rua Coronel Lago, 1844	2247631 – Equipe de Agentes Comunitários de Saúde	1446 usuários 300 famílias
Área central	2247631 –CEMAE	
TOTAIS		49073 usuários 9513 famílias

Além dessas unidades que prestam atendimentos voltados para Atenção Básica, o município ainda conta com: Central de Imunização, Vigilância em Saúde, Farmácia Básica, Farmácia Especializada, Serviço de Atendimento Especializado (SAE), Laboratório de Fronteira (LaFron), PIM, Samu, Centro de Especialidades Odontológicas, Clínica de Fisioterapia e CER, CAPS AD III, CAPS I, CASA, transporte, SAMU, PSE, Programa Melhor em Casa e MAC.

Demais Programas e Organização do Atendimento

O Programa Saúde da Mulher é realizado pelos enfermeiros das ESFs, tanto na área rural como na urbana, em média de 3.124 exames citopatológicos por ano na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde. A referência do município para esse programa é a Fundação Ivan Goulart, onde são realizados em torno de 250 exames de mamografia/mês pelo SUS.

O acompanhamento do pré natal é realizado pelo Hospital Ivan Goulart, após o primeiro trimestre que foi realizado na ESF referência da gestante. Em 2019 foram 93 partos vaginais e 719 cesários, totalizando um número de 812 atendimentos de partos no Hospital Ivan Goulart.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Borja/RS possui duas Farmácias Básicas, uma localizada no bairro do Centro e outra no bairro do Passo, além de medicamentos para uso ambulatorial em todos ambulatórios da SMS inclusive no PAM e SAMU; dispensários de medicamentos nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) 6, 7, 8, 9 e na Unidade Básica de Saúde de Nhu-Porã, e, ainda dispensação de alguns medicamentos estratégicos no Centro de Triagem ao Covid-19.

São dispensados medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica através da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) a qual é composta de 161 medicamentos (entre eles as seguintes formas farmacêuticas: líquidas, suspensões, xaropes, comprimidos, drágeas, cápsulas, pomadas, sprays aerossóis e ampolas de injeções) mais 5 insumos para pacientes insulino-dependentes (aparelho glicosímetro, tiras de medir glicemia capilar, lancetas, seringas para aplicação de insulinas e agulhas para canetas de insulinas). É possível consultar a lista de medicamentos disponíveis sempre atualizada no site da Prefeitura através do link www.saoborja.rs.gov.br Além destes, é dispensado mensalmente a hormonioterapia para os pacientes atendidos pelo Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) de Uruguaiana/RS.

Anualmente a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF/almojarifado de medicamentos) distribui cerca de R\$1.700.000,00 para às Farmácias Básicas e unidades de saúde de nosso município, além de alguns medicamentos que são recebidos gratuitamente pelo governo Federal, como: Saúde da Mulher (contraceptivos), Insulinas, Oseltamivir, tratamento de ISTs e medicamentos para o tabagismo. Também, desde o ano passado são adquiridos com recursos específicos medicamentos para o tratamento do novo coronavírus (Covid-19). Ao total são 19 servidores entre as duas Farmácias Básicas, sendo: 4 Farmacêuticos-Bioquímicos, 13 Agentes Operacionais de Saúde, 1 estagiário e 1 serviço-geral.

As Farmácias Básicas do Centro e do Passo, realizam aproximadamente mil atendimentos por dia. Ao mês, em média quarenta mil pessoas são atendidas.

Os pacientes que são atendidos pelas ESFs 1, 2, 3, 5 e 12 retiram seus medicamentos somente na Farmácia Básica do Passo e os que são atendidos nas ESFs 10, 11 e 15, no CEMAE, na UBS Maria Cristina, no interior, ASILO, Presídio Estadual de São Borja, Comunidade Chico Xavier, CAPS AD e CAPS I, CER e CEO retiram seus medicamentos na Farmácia Básica do Centro. Os pacientes que são atendidos pela ESF 4 podem retirar seus medicamentos na Farmácia Básica do PASSO e CENTRO! A população que pertence às ESFs 6, 7, 8 e 9 pode fazer a retirada do seu medicamento nas suas unidades de saúde.

Para a retirada de medicamentos é necessário ter sempre em mãos o Cartão do SUS do paciente e quando medicação controlada ou antibiótico também deve apresentar o RG. A equipe informa que as receitas de medicamentos contínuos permanece sem validade devido a pandemia.

A SMS utiliza um sistema chamado Hórus que integra CAF, ESFs e Farmácias Básicas para o gerenciamento e controle de retirada de medicação e estoque disponível. Assim, é possível verificar quais medicamentos, em quais locais e datas foram dispensados para cada paciente.

Com relação ao Centro de Triagem ao Covid-19, informamos que alguns medicamentos ainda estão sendo disponíveis neste local e o que não estiver disponível o paciente deve retirar nas Farmácias Básicas, onde terá atendimento preferencial apresentando receituário identificado com carimbo do Centro de Triagem ao Covid-19.

A Farmácia Básica do Centro, localizada no antigo Hospital São Francisco funciona de segunda à sexta-feira das 07:30h às 12:00h e das 13:00h às 16:00h (com exceção das quartas-feiras que o atendimento é das 07:30h às 12:00h e à tarde é fechada para expediente interno). A Farmácia Básica do Passo, atende no mesmo horário e está situada na Rua Tiradentes, 292.

Haverá a construção de uma nova Farmácia Básica para atender a zona sul de nosso município. Será junto ao CRAS da Paraboi e já está em andamento o projeto para a realização de licitação para execução da obra.

O município dispõe ainda de uma farmácia especializada onde são dispensadas medicações via processos, fraldas e oxigênio. São dispensadas os medicamentos via processo administrativo e judicial, tratamentos para toxoplasmose, hanseníase, hepatites, Hiv e oxigenoterapia domiciliar (133 pacientes) e dispensados os tratamentos para Clínica Renal. Sendo atendidos cerca de 1200 pacientes/ mês atualmente.

O município conta com uma Unidade Hospitalar, Fundação Ivan Goulart, com 115 leitos destinados ao SUS para atendimento de clínica médica, cirurgia, pediatria, obstetrícia, psiquiatria, Centro de Terapia Intensiva (CTI) e um Pronto Socorro com exames complementares, radiografias, ecografias, e análises clínicas. A seguir alguns dados informativos sobre os últimos anos na Fundação Ivan Goulart, com referência aos atendimentos do SUS.

Tabela de Dados da Fundação Ivan Goulart – 115 Leitos SUS

Pronto Socorro - Ano 2020		
Competência	Quantidade	Média Anual
Janeiro/2020	3216	
Fevereiro/2020	3028	
Março/2020	3237	
Abril/2020	2437	
Maior/2020	2437	
Junho/2020	1964	
Julho/2020	2284	
Agosto/2020	2669	
Setembro/2020	2155	
Outubro/2020	3080	
Novembro/2020	2885	
Dezembro/2020	2826	
Total	32218	2684

Tabela de Dados da Fundação Ivan Goulart – Pronto Socorro 2020

Competência	Quantidade	Média 4 meses
Janeiro/2021	3080	
Fevereiro/2021	2682	
Março/2021	2401	
Abril/2021	2107	
Total	10270	2567

Tabela de Dados da Fundação Ivan Goulart – Internações 2020

Competência	Quantidade	Média Anual
Janeiro/2020	515	
Fevereiro/2020	450	
Março/2020	423	
Abril/2020	412	
Mai/2020	409	
Junho/2020	384	
Julho/2020	455	
Agosto/2020	469	
Setembro/2020	406	
Outubro/2020	465	
Novembro/2020	460	
Dezembro/2020	449	
Total	5297	441

Tabela de Dados da Fundação Ivan Goulart – Internações 2021

Internações - Ano 2021		
Competência	Quantidade	Média Anual
Janeiro/2021	422	
Fevereiro/2021	492	
Março/2021	513	
Abril/2021	423	
Total	1850	462

Total de casos confirmados de doenças infecto-contagiosas transmissíveis em ambiente de trabalho que requeiram isolamento 2016													
UNIDADE		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
CTI	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Nº de casos confirmados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dias de internação	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
Unidade III	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nº de casos confirmados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dias de internação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRAISM	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nº de casos confirmados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dias de internação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unidade I	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
	Nº de casos confirmados	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
	Dias de internação	0	9	0	0	0	0	0	5	0	7	20	0
Unidade II	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
	Nº de casos confirmados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dias de internação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0
TOTAL	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0
	Nº de casos confirmados	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
	Dias de internação	0	9	0	0	4	0	0	5	0	16	20	0

Total de casos confirmados de doenças infecto-contagiosas transmissíveis em ambiente de trabalho que requeriam isolamento 2021													
UNIDADE	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
CTI	Nº de casos suspeitos	3	0	0	0	0	0	0	0				
	Nº de casos confirmados	15	10	33	19	26	13	4	1				
	Dias de internação	63	112	441	301	291	228	22	1				
Unidade 200	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0	0	0	0	0				
	Nº de casos confirmados	0	7	60	29	23	24	0	0				
	Dias de internação	0	769	490	265	151	195	0	0				
Unidade 300	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0	0	0	0	4				
	Nº de casos confirmados	0	10	33	17	53	8	0	4				
	Dias de internação	0	7	14	10	14	7	0	25				
CRAISM	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0	0	0	0	0				
	Nº de casos confirmados	0	0	0	0	0	0	0	0				
	Dias de internação	0	0	0	0	0	0	0	0				
0													
Unidade 400	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0	0	0	0	0				
	Nº de casos confirmados	0	62	107	99	144	84	15	0				
	Dias de internação	0	471	950	747	953	609	71	0				
Unidade 600/700	Nº de casos suspeitos	3	3	0									
	Nº de casos confirmados	86	25	21									
	Dias de internação	257	116	138									
FECHAMENTO DA UNIDADE EXTRA													
Unidade 800	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0								
	Nº de casos confirmados	0	24	55	3								
	Dias de internação	0	222	389	18								
ECHADA													
Unidade 900	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0		0	0					
	Nº de casos confirmados	0	0	22	1		2	7					
	Dias de internação	0	0	311	1		47	47					
Pronto Socorro	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0	0	0	0	0				
	Nº de casos confirmados	0	2	4	0	0	0	0	0				
	Dias de internação	0	4	8	0	0	0	0	0				
TOTAL	Nº de casos suspeitos	6	3	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
	Nº de casos confirmados	101	114	254	164	246	129	19	5	0	0	0	0
	Dias de internação	320	1475	2033	1323	1409	1039	93	26	0	0	0	0

Total de casos confirmados de SIFILIS GESTACIONAL E/OU HIV 2021													
UNIDADE	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
MATERNO-INFANTIL	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nº de casos confirmados	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nº de dias de internação	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	Nº de casos suspeitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nº de casos confirmados	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dias de internação	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

OBS: A MÉDIA DE PERMANÊNCIA NO SETOR MATERNO-INFANTIL É 24HORAS

O município conta com 02 ambulâncias para o deslocamento de casos mais graves para centros especializados através de Boletim de Referência e Contra-Referência (atendimento SUS), 32 viaturas para transporte sanitário de pacientes e para profissionais desenvolverem suas atividades, um micro-ônibus e uma van para viagens intermunicipais de pacientes. Ainda a possibilidade de locação, via contrato de licitação de 15 carros locados em decorrência da demanda apresentada a cada mês.

O município possui 02 ambulâncias para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma para o serviço avançado e outra de suporte básico. O serviço avançado realiza em média 45 atendimentos mensais, e o serviço básico realiza em média 90 atendimentos mensais.

O cuidado em saúde mental se dá através do CAPS I e CAPS AD III. O CAPS I atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, tais como: Transtorno Afetivo Bipolar com sintomas psicóticos, Esquizofrenia, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Depressivo Grave, Transtorno Boderline. O funcionamento do serviço ocorre de segunda-feira a sexta-feira, no horário 7h 30min às 17h 30 min sem fechar ao meio dia. Atualmente conta com um total de 60 pacientes, sendo realizados aproximadamente 155 atendimentos por mês, com 30 visitas domiciliares. No mês de maio de 2021, houveram 03 internações. Os atendimentos de pquiatria são 32 por mês, número também aproximado, atendimento clínico, por volta de 180 por mês.

O CAPS AD III atende pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esse serviço presta uma média de 260 atendimentos mensais entre psicologia, psiquiatria e clínica, também desenvolve grupos terapêuticos, de atividade física, de terapia ocupacional, visitas domiciliares e atendimentos sociais, além dos atendimentos ambulatoriais (870 procedimentos/mês) e acolhimentos (50 usuários/mês). O serviço possui doze leitos para internação/ monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, com um fluxo de 15 internações mensais por até 14 dias.

O Centro Regional de Atenção Integral em Saúde Mental – CRAISM foi inaugurado no ano 2018 com 30 leitos do SUS os quais atendem sujeitos acometidos por transtornos mentioas agudos ou persisistentes ocasion ados ou não por álcool e outras drogas de São Borja e região perrtencente a 12ª CRS. A equipe é composta por médica psiquiatra, clínico geral, enfermagem, serviço social e psicologia, realizando trabalho multiprofissional que atende as singularidades dos pacientes.

O CRAISM tem como pressuposto proporcionair atendimento/assistência integral visando a promoção de saúde, preservação da vida, tratamento e redução dos riscos e danos aos pacientes de saúde mental, estabiliazando o quadro para a Rede de Atenção Psicossocial individualmente analisada por equipe multiprofissional.

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) atende as especialidades de endodontia (160/mês), periodontia (120/mês), cirurgia (190/mês) e procedimentos básicos em média 20 por mês (atendimentos realizados no CEMAE), conta também com o Laboratório Regional de Próteses que produz uma média de 55 próteses/mês, e com o serviço de radiografia peripical e interproximal (130/mês).

O Serviço De Atendimento Especializado (SAE), realiza suas ações voltadas ao suporte matricial à rede de saúde do município atuando no enfrentamento a patologias como HIV/AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Hepatites Virais e no cuidado dos pacientes ostomizados. Atualmente, possui em acompanhamento 499 pessoas vivendo com HIV, 24 usuários em tratamento para Tuberculose, 15 pacientes em tratamento para Hanseníase, 45 pessoas com Hepatites Virais e 43 usuários ostomizados cadastrados no Gerenciamento de Usuários com Deficiência – GUD. Realiza em torno de 280 consultas médicas e 330 atendimentos de enfermagem ao mês, incluindo testagens rápidas, consultas de adesão, investigações de contatos e busca ativa. Possui uma composição de redução de danos que atua em conjunto com a Rede de AB no atendimento de usuários de Álcool e outras drogas, bem como desenvolvendo atividades de educação em saúde permanentemente em universidades, escolas, empresas e locais de grande circulação.

O município possui um Laboratório de Fronteira (Lafron) que realiza coleta e análise de hemograma, glicose, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicerídeos, uréia, creatinina, ácido úrico, TGO/AST, TGP/ALT, GGT, bilirrubina total, bilirrubina direta e bilirrubina indireta, HIV, VDRL, HCV, HbsAg, grupo sanguíneo e fator Rh, EQU, urocultura com antibiograma, baciloscopia para tuberculose, baciloscopia de linfa para hanseníase, beta HCG, quantificação viral (carga viral) para HIV, quantificação viral (carga viral) para HCV, contagem de linfócitos TCD4 e, também, realiza pesquisa de Leishmaniose canina.

Além disto, são feitas as coletas e encaminhamentos de exames para o LACEN de doenças de investigação e de notificação compulsória, como pesquisa de toxoplasmose, chagas, leptospirose, dengue, zika, chikungunya e doenças exantemáticas, leishmaniose canina e humana, hepatites, entre outras menos frequentes.

No LAFRON são realizadas ainda, coletas de teste do pezinho para triagem neonatal e encaminhamento, cadastro e envio de resultados de todas as coletas do município.

O LAFRON também é o responsável pelo recebimento, cadastro, protocolo e distribuição dos citopatológicos e anatomopatológicos coletados e contratados para análise através da SMS.

Em média, de pacientes com diagnóstico diretamente realizados no LAFRON, tem acontecido em torno de 300 atendimentos ao mês, ao longo de 2021, atendendo a demanda de análises coletadas e realizadas no próprio laboratório, ultrapassando 1600 exames mensais, além das quantificações de carga viral de HIV e HCV e contagem de linfócitos TCD4 que passam de 40 coletas mensais sendo a maioria executada no próprio LAFRON e, somente enviadas para HUSM/LACEN as que demandam complemento de genotipagem.

A demanda mensal de anatomopatológicos recebidos gira em torno de 70 mensais, enquanto citopatológicos ultrapassa 120 coletas recebidas ao mês. Há um recebimento médio mensal de 50 testes do pezinho.

Em média, de pacientes com diagnóstico diretamente realizados no LAFRON, tem acontecido em torno de 300 atendimentos ao mês, ao longo de 2021, atendendo a demanda de análises coletadas e realizadas no próprio laboratório, ultrapassando 1600 exames mensais, além das quantificações de carga viral de HIV e HCV que passam de 40 coletas mensais sendo a maioria executada no próprio LAFRON e, somente enviadas para HUSM/LACEN as que demandam complemento de linfócitos TCD4/CD8 ou genotipagem. A demanda mensal de anatomopatológicos recebidos gira em torno de 70 mensais, enquanto citopatológicos ultrapassa 120 coletas recebidas ao mês. Há um recebimento médio mensal de 50 testes do pezinho.

O antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) está inserido na modalidade NASF I e NASF IA que realiza em média 620 atendimentos individuais, 20 visitas domiciliares, 100 grupos mensais contando com os profissionais da área de Educação Física, Fisioterapia, Assistência Social, Psicologia e Nutrição. Esses profissionais estão vinculados através de suas equipes à Estratégia Saúde da Família realizando matriciamento.

O Melhor em Casa é um programa criado pelo Governo Federal e tem como objetivo ampliar o atendimento domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa Melhor em Casa tem suas atribuições baseadas na Atenção Domiciliar, sendo uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e que tem como característica um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, além de promover um contato mais próximo com a família dentro de seu lar, fator relevante para recuperação do paciente que se sente “acolhido”. Tem-se como objetivo levar o atendimento médico às casas de pessoas impossibilitadas de se locomover, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica. Hoje o programa tem uma média de 700 atendimentos mensais divididos entre: curativos de grau III e IV, sondagens, atendimentos pós alta hospitalar por Covid-19, vacinação de acamados e consultas médicas.

O Centro Especializado em Reabilitação Física e Auditiva, tem a finalidade de promover a prevenção, recuperação e reintegração de pessoas com deficiências físicas e auditivas, temporárias ou definitivas, através de técnicas e métodos específicos do programa do CER. É um ponto de atenção ambulatorial especializado, que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistida.

Contando com Fisioterapeutas, fonoaudiólogas, traumatologista, Otorrinolaringologista, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga, Assistente Social, Nutricionista e Enfermagem. Sendo que abrange todos os municípios da 12ª Coordenadoria de Saúde (Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões.)

Atendendo mais de 250 pacientes/mês. O município possui uma clínica de fisioterapia para reabilitação que presta em torno de 1.000 atendimentos mensais.

O cuidado à pessoa com deficiência no âmbito do SUS se dá através do Centro Especializado em Reabilitação – CER II Física e Auditiva, São Borja, o qual é um ponto de atenção especializado com a finalidade de promover a prevenção, recuperação e reintegração de pessoas com deficiências físicas e auditivas, temporárias ou definitivas, através de técnicas e métodos específicos do programa. Com equipe multiprofissional, atende, em média, 250 pacientes/mês provenientes dos municípios da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde.

O Município pertence à 12ª CRS, e esta regula alguns serviços de média e alta complexidade, tais como de traumatologia, oncologia, cirurgia bariátrica, neurologia, cardiologia, cirurgia vascular e exames de cintilografia, ressonância magnética e espirometria. As vagas variam conforme a oferta dos hospitais para a região. São 24 municípios referenciados na 12ª CRS, essa divisão de cotas é feita pela coordenadoria conforme necessidade de cada município.

Ainda conta com o convênio CSMISSÕES (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Missões do Estado do RS) para as especialidades anesthesiologia, cancerologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia vascular, clínica geral, dermatologista, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, ginecologia e obstétrica, nefrologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, pediatria, psiquiatria e urologia.

Alguns encaminhamentos para Porto Alegre acontecem pela central de regulação do Estado em diversas especialidades para os seguintes hospitais: Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital de Clínicas, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital São Lucas da PUC, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Hospital Banco de Olhos, Instituto de Cardiologia, entre outros. A média de pacientes encaminhados para esses serviços varia entre 8 a 10 pacientes/mês, o que também varia de acordo com as vagas disponibilizadas mensalmente pelos hospitais.

O projeto CIEVS realiza importante papel nas investigações de eventos de saúde pública de importância no município tendo como principal objetivo nesse período assegurar a população certo controle e resposta rápida em eventos de importância ao coletivo.

Considerando a Portaria nº 992, de 13 de maio de 2003, que estabelece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; considerando a Portaria nº 1678, de 13 de agosto de 2004, que institui o Comitê Técnico de Saúde da População Negra; considerando a Resolução nº 636/13 - CIB/RS, que institui o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica do Rio Grande do Sul e cria o incentivo financeiro estadual para implantação do programa nos Municípios com ESF, ESFQ ou que foram contemplados com o Programa Mais Médicos do Governo Federal. Ainda, considerando os indicadores de saúde do município de São Borja, retirados do IBGE - CENSO, 2010 e do DATASUS (SINAN, SIM e SINASC), 2014/2015/2016, fica estabelecido que a Secretaria Municipal de Saúde de São Borja/RS cria o Comitê Técnico que subsidia o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra para implantação e implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em nosso município, através da assinatura do termo de compromisso que firmam entre si desde o ano de 2019, a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul e a Secretaria Municipal da Saúde de São Borja, demonstrando o compromisso em manter uma agenda contínua visando a implantação e implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra no Município, por meio da adesão ao Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica (PCRI-AB).

Ainda, atualmente a SMS trabalha com foco no enfrentamento ao Coronavírus, bem como seu monitoramento através de indicadores e curvas epidemiológicas, em acompanhamento com intuito de mensurar cepas, imunizações e eventos adversos pós Pandemia desde sequelas clínicas a achados epidemiológicos. O CIEVS fronteira no município de São Borja, tem por objetivo principal a ampliação das ações de vigilância em saúde no âmbito municipal e fronteiro. Descrever as ações e as estratégias de preparação, precaução, prevenção, proteção e prontidão, a fim de conter o novo coronavírus (COVID-19) assim como outras potenciais emergências em saúde pública, obtendo resultados rápidos e eficientes.

A Central de Vacinas atua com foco em atingir 95% das imunizações no total de todas as vacinas disponibilizadas para crianças menores de 1 ano de idade. Quanto aos grupos de campanha contra a gripe a meta é atingir 90% da população a ser vacinada, e 100% da população que deve ser vacinada contra o Covid-19, em conformidade com os protocolos do SUS.

As atividades de implementação do CIEVS no município tiveram início em Abril de 2021 através da elaboração do Plano de Ação pela equipe técnica, e encontra-se no processo de mapeamento e planejamento específico, para que ocorra atuação rápida e capacitada nas ações de vigilância em saúde. Os custos referentes as ações essenciais para o fortalecimento do CIEVS no município foram estabelecidas conforme a portaria nº 2.358, de 4 setembro de 2020, são subsidiados pela rede CIEVS, SVS, do Ministério da Saúde.

Conselho Municipal de Saúde

Em 24 de abril de 1995 é instituído o Conselho Municipal de Saúde, através da Lei de criação 2.296.

O Conselho Municipal de Saúde – CMS é um órgão colegiado, com caráter deliberativo e permanente, que tem como objetivo orientar a administração da política municipal de saúde. Competem ao Conselho Municipal de Saúde também o acompanhamento, avaliação, fiscalização e normatização da política e do sistema municipal de saúde.

Como objetivo principal, a atuação do Conselho Municipal de Saúde visa a melhoria das condições de saúde da população, nos aspectos de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para isso o conselho deve: planejar, gerir e fiscalizar a alocação dos recursos aplicados no setor de saúde e a nível municipal; organizar os serviços de saúde locais, capacitando-os a responder a demanda assistencial local, com eficiência e efetividade, garantindo a universalização da assistência à saúde; fiscalizar os órgãos públicos de prestação de serviços de saúde no sentido de que proporcionem uma atenção integral à sua saúde e um desempenho com resolutividade satisfatória; integrar os esforços de entidades afins com o intuito de evitar a diluição de recursos e trabalho na área de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde terá um plenário com caráter deliberativo, composto de membros que serão distribuídos em dois grupos: Governo e prestadores de serviços e outro grupo de representantes de usuários. Cada grupo terá obrigatoriamente a representatividade de 50% (cinquenta por cento) dos membros.

Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde possui contas bancárias próprias no CNPJ do Fundo e são geridas exclusivamente pelo Secretário(a) da Saúde juntamente pelo Diretor do Conselho Administrativo do Fundo Municipal de Saúde. As despesas são executadas de acordo com o previsto analisadas e aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde através dos instrumentos Plano Plurianual de Saúde (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei do Orçamento Anual (LOA).

O orçamento anual estimado em R\$57.000.000,00 (cinquenta e sete milhões de reais), sendo composto de recursos ASPS R\$22.911.000,00 (vinte milhões, novecentos e onze mil reais), recursos livres R\$261.200.000,00 (duzentos e sessenta e um milhões e duzentos mil reais), recursos estaduais R\$6.365.000,00 (seis milhões e trezentos e sessenta e cinco mil reais), e recursos federais R\$27.276.000,00 (vinte e sete milhões e duzentos e setenta e seis mil reais), de acordo com a projeção de receitas realizadas no ano de 2020 até maio de 2021, que deve ser atualizada anualmente.

Os recursos serão utilizados na manutenção dos programas, diretrizes definidas pelo Plano Municipal de Saúde e no PPA em despesas como:

- ✓ Pagamento de salários com contratos e efetivos;
- ✓ Pagamento de encargos da folha e auxílio alimentação;
- ✓ Pagamento de diárias e passagens;
- ✓ Aquisição de combustível, material de expediente, material de limpeza, material ambulatorial, EPIs e uniformes;
- ✓ Doação de oxigênio, medicamentos, fraldas, passagens, suplementos alimentares, óculos e transporte de pacientes;
- ✓ Serviços hospitalares, laboratoriais, consultas médicas;
- ✓ Serviços de internet, vigilância, abastecimento de água e luz, locação de veículos;
- ✓ Aquisição de equipamentos de informática e equipamentos médicos, bem como outras despesas que fizerem necessárias para a manutenção dos programas.

9. RELAÇÃO DOS SERVIDORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

São Borja conta com 520 funcionários lotados na Secretaria Municipal de Saúde, através do vínculo estatutário, contrato e emprego público em regime de trabalho de 20, 30 ou 40 horas semanais.

CARGO	QUANTIDADE	
Agente Comunitário de Saúde	107	
Veterinário	2	
Atendente Consul. Dentário	20	
Fisioterapeuta	13	
Técnico em Enfermagem	53	
Odontólogo	13	
Condutor Samu	10	
Agente Combate as Endemias	19	
Cozinheiro	3	
Monitor PIM	4	
Cirurgião Dentista	10	
Assistente Social	6	

Agente Operacional de Saúde	62	
Enfermeiro	52	
Farmacêutico Bioquímico	7	
Fiscal Sanitário	4	
Servente	10	
Educador Físico	2	
Serviços Gerais	32	
Psicólogo	9	
Agente Adm. Auxiliar	1	
Fonoaudiólogo	3	
Motorista	30	
Técnico Informática	2	
Monitor CAPs	1	
Escriturário	3	
Redutor de Danos	2	
Terapeuta Ocupacional	4	
Biomédico	2	
Atendente	1	
Telefonista	1	
Nutricionista	2	
Técnico Prótese Dentária	2	
Médicos	29	
Técnico em Contabilidade	1	
Contador	1	
Eletricista	1	
Médicos Mais Médicos	10	

10. INDICADORES DE SAÚDE**INDICADORES PARA O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021****Taxa de incidência de doenças transmissíveis****AIDS**

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	87%	88%	68%	25%

*Fonte de referência SINAN NET e IBGE

TUBERCULOSE

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	48%	68%	65%	27%

*Fonte de referência SINAN NET e IBGE

DENGUE

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	0%	1,7%	0%	1,7%

*Fonte de referência SINAN NET e IBGE

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	0%	0%	0%	0%

*Fonte de referência SINAN NET e IBGE

LEISHMANIOSE VISCERAL

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	15%	0%	3%	3%

*Fonte de referência SINAN NET e IBGE

HANSENÍASE

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	10%	1,7%	6,7%	20%

*Fonte de referência SINAN NET e IBGE

ÍNDICE PARASITÁRIO ANUAL DE MALÁRIA

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	0%	0%	0%	0%

*Fonte de referência SINAN NET e IBGE

**TAXA DE INCIDÊNCIA DE ACIDENTES E DOENÇAS DO TRABALHO EM
SEGURADOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	6%	6%	1%	1%

*Fonte de referência SINAN NET, BI SAÚDE e IBGE

PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR ACIDENTE DE TRABALHO INVESTIGADO

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	NA	NA	100%	100%

*Fonte de referência SINAN NET, BI SAÚDE e IBG

PROPORÇÃO DE CASOS DE AIDS POR CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL MASC.	69%	64%	68%	67%
TOTAL FEM.	31%	36%	32%	33%

SITUAÇÃO DE MORTALIDADE GERAL, INFANTIL E MATERNA**TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR AFECÇÕES ORIGINADAS NO
PERÍODO PERINATAL E INFANTIL****MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE**

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	8,15%	6,44%	2,86%	8,79%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL TARDIA

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	0%	1,28%	1,43%	0%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

TAXA DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	0%	3,86%	0%	0%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

TAXA DE MORTALIDADE NA INFÂNCIA

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	8%	12%	4%	9%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	0%	129%	0%	586%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

CAUSAS DE MORTALIDADE MATERNA

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	0%	HAS GESTACIONAL	0%	COVID-19

MORTALIDADE PROPORCIONAL POR GRUPOS DE CAUSAS**PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS MAL DEFINIDAS**

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	1%	2%	2%	1%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR DOENÇA DIARREICA AGUDA EM MENORES DE 05 ANOS DE IDADE

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	0%	0%	0%	0%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA EM MENORES DE 05 ANOS DE IDADE

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	0%	0%	0%	0%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

**TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR DOENÇAS DO APARELHO
CIRCULATORIO**

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	325%	270%	301%	153%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR CAUSAS EXTERNAS

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	52%	53%	48%	23%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR NEOPLASIAS MALIGNAS

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	172%	193%	208%	77%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR ACIDENTES DE TRABALHO EM SEGURADOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	0%	0%	0%	0%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR DIABETE MELITUS

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	8%	23%	10%	2%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR AIDS

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	2%	8%	7%	%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	33%	35%	87%	77%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

PROPORÇÃO DE PARTOS NORMAIS HOSPITALARES

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	14%	11%	13%	14%

*Fonte de referência SIM/SINASC e IBGE

PROPOÇÃO DE PARTOS CESÁREOS

ANO	2018	2019	2020	2021
TOTAL	86%	89%	88%	31%

10.1 PROPOSTA DE PROGRAMAS E AÇÕES PPA 2022-2025

10.1.1 FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Justificativa: oferecer atendimento humanizado, fortalecendo ações de promoção e de prevenção à saúde para a melhoria da qualidade de vida da população.

Objetivo: Facilitar o acesso da população à atenção primária da saúde com qualidade e humanização, com profissionais de saúde qualificados e exames complementares laboratoriais básicos além de equipamentos médico-hospitalares essenciais, convergindo em um modelo de atenção resolutivo com as políticas de promoção e de prevenção.

10.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS

Justificativa: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada.

Objetivo: Ser resolutiva, identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de acompanhar e organizar a gestão compartilhada da atenção integral.

10.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Justificativa: Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica no município, com estratégia fundamental para a ampliação, descentralização e a qualificação do acesso da população e a promoção do uso racional aos medicamentos.

Objetivo: Qualificar a assistência farmacêutica no Município, garantindo o abastecimento, dispensação, informação e acompanhamento para uso correto de medicamentos.

10.4 FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Justificativa: planejar e implementar medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Objetivo: observar e analisar de forma permanente a situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantir a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Realizar ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde em âmbito municipal que possibilitam análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse à saúde.

Através do CIEVS realizar investigações de eventos de saúde pública de importância no município tendo como principal objetivo nesse período assegurar a população certo controle e resposta rápida em eventos de importância ao coletivo no enfrentamento ao Coronavírus, bem como seu monitoramento através de indicadores e curvas epidemiológicas, em acompanhamento com intuito de mensurar cepas, imunizações e eventos adversos pós Pandemia desde sequelas clínicas a achados epidemiológicos.

10.5 GESTÃO ADMINISTRATIVA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Justificativa: atender às necessidades da Secretaria, na manutenção, acompanhamento, avaliação e execução das atividades, de controle e de gestão orçamentária e financeira, acompanhamento da execução orçamentária e financeira da SMS.

Objetivo: Manter as atividades com padrões de qualidade e eficiência, garantindo as despesas com manutenção e com pessoal necessárias aos serviços públicos. Desenvolver e manter atividades de caráter legal e administrativo, garantindo o apoio necessário para a execução de diversas ações, bem como o desenvolvimento da capacitação técnica dos servidores e agentes políticos.

11. RECURSOS FINANCEIROS APLICADOS NA ÁREA DA SAÚDE

-RELATÓRIO DE GESTÃO (ANEXO 1)

- SIOPS DO ÚLTIMO BIMESTRE (ANEXO 2)

12. DIRETRIZES, AÇÕES E METAS A EXECUTAR

Diretriz 1. Unidade de Saúde em acolhida

Objetivo 1.1 - Reorganizar as Unidades de Saúde para atender a população em todos os ciclos de vida, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde com cuidado adequado, no tempo, lugar e na qualidade necessária a cada situação.

Ações	Indicador	Meta 2022 2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
1.1.1 Reorganizar o processo de trabalho das equipes das Unidades de Saúde ampliando o acesso da população ao serviço.	Percentual de Unidades de Saúde com processo de trabalho reorganizado/ano	100% das Unidades de Saúde com processo de trabalho reorganizado – Implantação de Cronograma, POPs, Protocolos de atendimento, Fluxogramas definidos e prontuário da família com classificação de risco	50%	75%	90%	100%
1.1.2 Adequar a estrutura física e reestruturar os equipamentos das Unidades de Saúde existentes.	Número de Unidades de Saúde reformadas/reestruturadas/ano.	13 Unidades de Saúde Reformadas/reestruturadas	4	3	3	3
1.1.3 Ampliar as Unidades Básicas de Saúde	Ampliar o número de Unidades Básicas de Saúde	2 Unidades Básicas de Saúde em funcionamento	2	-	-	-
1.1.4 Continuação do Programa Saúde Prisional	Ampliar o Programa Saúde Prisional	Programa Saúde Prisional em funcionamento	-	-	1	-
1.1.5 Ampliar o número de Equipes de Estratégia de Saúde da Família	Número de equipes de Estratégia de Saúde da Família implantadas	Projeção de até 5 novas Equipes de Estratégia de Saúde da Família	1	1	1	2

1.1.6 Redefinir as competências dos ACS segundo a necessidade dos serviços de APS (esta ação pode ser estendida para demais profissionais da AB)	Competências desenvolvidas para 100% dos ACS	100% dos ACS capacitados em: - definição da atuação no território - escuta, vinculação e acesso dos usuários aos serviços de saúde - definição da co-gestão - definição de indicadores prioritários com vistas a equidade e coordenação do cuidado pela ESF	definição	Implantação	Implantação e monitoramento	monitoramento
1.1.7 Incrementar o Programa de Controle do Tabagismo e ampliar a abrangência	Número de Unidades de Saúde com o Programa de Controle do Tabagismo/ano implantado	14 Unidades de Saúde com o Programa implantado.	8	2	2	2
1.1.8 Estimular a implementação de práticas integrativas e complementares na Rede Municipal de Saúde	Número de Unidades de Saúde que realizam alguma atividade de práticas integrativas e complementares/ano.	13 Unidades de Saúde realizando atividades	3	3	3	4
1.1.9 Manter equipes estratégicas da Atenção Primária à Saúde (APS) (Estratégia de Saúde da Família – ESF, Estratégia de Saúde Bucal – ESB e antigo Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF)	Equipes estratégicas da APS mantidas	Equipes estratégicas da APS mantidas	100%	100%	100%	100%
1.1.10 Aprimorar as ações relacionadas à saúde visual no Programa de Saúde Escolar – PSE e realizar outras ações.	Percentual de Unidades com material disponível para utilização referente ao PSE com ações relacionadas à saúde visual e outras ações.	100% das Unidades com material disponível e devidamente treinadas	100%	100%	100%	100%
1.1.11	ESF com segundo	60% das ESF com o	70%	80%	100%	100%

Qualificar as Estratégias de Saúde da Família através da inserção do segundo Enfermeiro nas Unidades cuja demanda exige	enfermeiro inserido na equipe	segundo enfermeiro inserido na equipe				
1.1.12 Implantar o Terceiro turno de atendimento Odontológico em Estratégia Saúde da Família	Terceiro Turno Odontológico	Terceiro Turno Odontológico em funcionamento	-	1	-	-
1.1.13 Manter atualizada as informações da Farmácia Básica no que diz respeito a medicamentos, prescrição, fluxos e distribuição com a finalidade de melhorar a qualidade da Assistência Farmacêutica e otimização dos recursos.	Manter a Farmácia Básica atualizada.	Farmácia Básica atualizada.	1			
1.1.14 Realizar campanha sobre o Uso Racional de Medicamentos.	Número de campanhas realizadas.	Realizar 4 campanhas.	1	1	1	1
1.1.15 Ampliar o número de Farmácia Básica de referência.	Abertura de Farmácia Básica de referência.	Farmácia Básica de referência aberta. Implantação da 3ª Farmácia Básica.	1	-	-	-
1.1.16 Realizar reuniões com a Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT).	Atualização da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e promoção do Uso Racional de Medicamentos na Atenção Primária em Saúde (APS).	Reuniões com a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).	1	1	1	1
1.1.17	Remapeamento da	1 Remapeamento	1	-	-	-

Dimensionar as necessidades da população através do remapeamento das áreas com cobertura de ESF e áreas descobertas	área urbana	concluído				
1.1.18 Fortalecer o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), visando qualificar as ações desenvolvidas, através do aumento do número de visitantes, possibilitando maior cobertura no município e integrando suas ações as atividades da Atenção Básica.	Número de visitantes vinculados a Atenção Básica	Projeção de até 15 visitantes vinculados a 50% das equipes de ESF	05	10	12	15
1.1.19 Aprimorar as ações de promoção da saúde na Atenção Básica através do Funcionamento das Academias de Saúde	Academias de Saúde concluídas	2 Academias de Saúde concluídas	-	1	1	-
1.1.20 Treinamento das equipes das Farmácias Básicas para qualificação da Assistência Farmacêutica.	Manter em treinamento as equipes das Farmácias Básicas.	Equipes das Farmácias Básicas treinadas.	1	1	1	1
1.1.21 Implantação da Atenção Farmacêutica com consultórios farmacêuticos.	Consultórios Farmacêuticos implantados.	Implantar Atenção Farmacêutica e Consultórios Farmacêuticos.	1 e 3	1	1	1
1.1.22 Realizar campanha de	Número de campanhas	Realizar campanhas de doação de medicamentos e	1	1	1	1

doação e Medicamentos e descarte correto.	derealizadas.	de descarte correto, juntamente ao DECOM.				
1.1.23 Implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).	Criar o Comitê Técnico que subsidiará o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra.	Implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).	1	1	1	1
1.1.24 Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).	Qualificar a coleta quanto raça/cor em todos os serviços da SMS e do HIG.	Capacitar 80% dos profissionais com o quesito raça-cor.	1	1	1	1
1.1.25 Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).	Instrumentalizar os profissionais da rede para acompanhar questões de saúde mental atentando para o racismo.	Realizar quatro capacitações por ano para capacitar 80% dos profissionais de saúde com relação à saúde mental da população negra.	1	1	1	1
1.1.26 Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).	Garantir assistência adequada ao pré-natal de gestantes negras.	Realizar busca ativa para o pré-natal de gestantes mulheres negras.	1	1	1	1

Diretriz 2. Reestruturar as redes de atenção prioritárias (Atenção Materno-Infantil, Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde do Adolescente, Saúde do Idoso) com foco na Atenção Básica.

Objetivo 2.1 – Reestruturar/Reorganizar a Rede de Cuidado à Saúde da Mulher garantindo o cuidado no pré-natal, parto e puerpério.

Ações	Indicador	Meta 2022-2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
2.1.1 Reestruturar e manter a Rede de cuidado no pré-natal, parto e puerpério, com fluxogramas estabelecidos.	Rede de Cuidado a Saúde da Mulher.	Rede de Cuidado a Saúde da Mulher.	1	1	1	1
2.1.2 Ampliar e reorganizar o incentivo ao parto normal e aleitamento materno desde o pré-natal	Protocolo de atendimento ao pré-natal	Protocolo de atendimento ao pré-natal	1	1	1	1
2.1.3 Intensificar a coleta de preventivo de Câncer de colo uterino nas mulheres cadastradas nas Unidades de Saúde, de 25 anos a 64 anos.	Razão de exames citopatológicos de colo de útero realizada /ano.	Exame citopatológico realizado conforme pactuação em 100% da população alvo.	0,59	0,59	0,59	0,59
2.1.4 Intensificar a realização de mamografia de rastreamento bienal nas mulheres de 50 anos a 69 anos cadastradas nas Unidades de Saúde.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizada/ano.	Mamografia de Rastreamento realizada conforme pactuação em 100% da população alvo.	0,40	0,45	0,46	0,47

Objetivo 2.2 - Fortalecer a Rede de Saúde Mental

Ações	Indicador	Meta 2022 2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
2.2.1 Manter a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) analisando melhoria na estrutura física.	Rede de Atenção Psicossocial	Rede de Atenção Psicossocial	1	1	1	1
2.2.2 Criar a Política Municipal de Saúde Mental como forma de articulação entre os serviços que fazem parte da RAPS	Política Municipal de Saúde Mental	Política Municipal de Saúde Mental	-	1	-	-
2.2.3 Implementar sistema e-saúde nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.	Número de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS com sistema e- saúde implantado/ano.	2 Centros de Atenção Psicossocial -CAPS com sistema e-saúde implantado.	-	-	1	1
2.2.4 Mapear ações de atendimento em saúde aos adolescentes em medida socioeducativa	Número de relatórios anuais	4 relatórios elaborados	1	1	1	1
2.2.5 Fortalecer a RAPS através de reuniões intersetoriais periódicas, garantindo a integralidade do cuidado	Reuniões intersetoriais/ano	8 reuniões intersetoriais da RAPS	2	2	2	2
2.2.6 Ampliar o CAPS I para CAPS II visando a melhoria no atendimento aos usuários	CAPS II implantado	1 CAPS II implantado	-	1	-	-

2.2.7 Implantar estratégias de desinstitucionalização através de serviços residenciais terapêuticos e o programa de volta para casa.	Programa implantado	2 programas implantados no município	-	1	-	1
2.2.8 Implantar estratégias de reabilitação psicossocial	Iniciativas desenvolvidas	2 Iniciativas desenvolvidas	-	1	1	-

Objetivo 2.3 – Incluir a rede de cuidado integral da saúde do adolescente

Ações	Indicador	Meta 2022-2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
2.3.1 Implementar nas Unidades de Saúde o programa de prevenção de DSTs e uso de álcool/drogas e planejamento familiar para adolescentes.	Percentual de Unidades de Saúde com o programa implantado/ano	100% das Unidades de Saúde	100%	100%	100%	100%
2.3.2 Organizar a Rede de Atenção ao Adolescente em situação de vulnerabilidade social	Rede implantada	Rede implantada e mantida	1	1	1	1

Objetivo 2.4 - Reorganizar a atenção à saúde do portador de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e idoso no cuidado integrado em rede desenvolvendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.

Ações	Indicador	Meta2022-2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
2.4.1 Reorganizar a atenção ao portadores Hipertensão arterial sistêmica de acordo com os estratos de risco ampliando os encontros no grupo do HIPERDIA.	Proporção de portadores de Hipertensão arterial sistêmica cadastrados conforme risco.	100% dos pacientes cadastrados conforme risco	10%	100%	100%	100%
2.4.2 Reorganizar a atenção aos portadores de Diabetes de acordo com os estratos de risco.	Proporção de portadores de diabete cadastrados conforme risco.	100% dos pacientes cadastrados conforme risco	100%	100%	100%	100%
2.4.3 Reestruturar a rede de atenção à pessoa idosa.	Rede da pessoa idosa reestruturada	Rede da pessoa idosa reestruturada	-	-	1	1

Objetivo 2.5: Reorganizar a atenção à Saúde Bucal, visando cuidado integrado em rede, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.

Ações	Indicador	Meta 2022-2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
2.5.1 Manter a rede de Saúde Bucal nas ESFs com foco especial nos grupos de risco. 2.5.1..1 Ampliar o horário de atendimento no Pronto Atendimento Municipal (PAM)	Rede de saúde bucal mantida	Rede de saúde bucal mantida em 100% dos ESFs	1	1	1	1
2.5.2. Manter o número de Centro de Especialidade Odontológica (CEO) com estrutura física própria e ampliar suas especialidades	Número de Centro de Especialidade Odontológica(CEO) mantidos	01Centro de Especialidade odontológica (CEO) mantidos	1	1	1	1
2.5.3 Manter as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca na Atenção Primária Saúde – APS	Percentual de Unidades de Saúde que realizam ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca	100% das Unidades de Saúde	100%	100%	100%	100%
2.5.4 Manter/Ampliar a oferta de próteses totais e parciais prestada pelo Laboratório Regional de Próteses	Laboratório Regional de Prótese	1 Laboratório Regional de Prótese	1	1	1	1
2.5.5 Ampliar a oferta de atendimento odontológico no interior do município através da aquisição de consultórios odontológicos portáteis 2.5.5.1 Unidade móvel de atendimento odontológico	Consultórios odontológicos portáteis	3 Consultórios odontológicos portáteis adquiridos	1	1	1	-

2.5.6 Criação do Núcleo de apoio ao paciente do Interior (CNAPI), que de maneira piloto iniciaria com a Equipe de Saúde Bucal e após crescendo gradativamente as demais atividades de saúde, tal ato visa a diminuição/eliminação das demandas alocadas ao CEMAE;	Criação do Núcleo de apoio ao paciente do Interior (CNAPI)	Manter	1	1	1	-
---	--	--------	---	---	---	---

Diretriz 3 - Rede de atenção a atenção especializada

Objetivo 3.1 - Desenvolver a rede de atenção as urgências e emergências para atender a população, desenvolvendo ações de assistência com cuidado adequado, no tempo e lugar e na qualidade necessária a cada situação.

Ações	Indicador	Meta 2022-2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
3.1.1 Capacitar as equipes das Unidades de Saúde para atender as pequenas urgências.	Percentual de Unidades de Saúde com equipes capacitadas.	Unidades de Saúde com equipes capacitadas	70%	80%	90%	100%

3.1.2 Continuar os atendimentos da CASA de São Borja	Unidade em funcionamento	1 unidade em funcionamento	1	1	1	1
3.1.3 Elaborar protocolo de integração dos pontos de atenção e dos processos operacionais da rede	1 protocolo elaborado	1 protocolo elaborado	1	-	-	-
3.1.4 Elaborar e implantar um plano de manejo de desastres e catástrofes.	Plano de manejo de desastres e catástrofes elaborado.	1 plano elaborado	-	-	1	-
3.1.5 Divulgar no Portal da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, nos Conselhos de Saúde, nas Unidades de Saúde e em outros meios de comunicação em quais situações as pessoas devem procurar a CASA	Informação divulgada	Informação divulgada	1	1	1	1
3.1.6 Manter a realização de diagnósticos, tratamentos, concessão, adaptação e a manutenção de tecnologia assistiva aos usuários do SUS regulados pelas 12º CRS.	Centro Especializado em Reabilitação (CER)	Fortalecer o vínculo com a rede de atenção básica de saúde municipal;	1	-	-	-

3.1.7 ampliar a estrutura física visando a construção de um almoxarifado e sala específica para reparos de OPMs	Centro Especializado em Reabilitação (CER)	1 Centro Especializado em Reabilitação (CER)	1	-	-	-
3.1.8 capacitar a equipe multiprofissional de acordo com as diretrizes e objetivos do programa CER;	Centro Especializado em Reabilitação (CER)	1 Centro Especializado em Reabilitação (CER)	1	-	-	-
3.1.9 ampliar a prestação de serviços, horário de funcionamento.	Aumentar o número de atendimentos qualificando profissionais através de capacitação.	Realizar exame BERA	1	-	-	-

Diretriz 4. Organização da atenção ambulatorial e hospitalar especializada

Objetivo 4.1 - Assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a Atenção Primária à Saúde e fornecer aos usuários do SUS uma resposta adequada e tempo oportuno de acordo com as suas necessidades.

Ações	Indicador	Meta 2022-2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
4.1.1 Publicizar os Protocolos de encaminhamento para a atenção especializada no Sistema Único de Saúde	Disponibilizar os protocolos no Portal da SMS.	100% dos protocolos divulgados e atualizados no Portal da SMS.	100%	100%	100%	100%
4.1.2 Promover a integração dos diferentes pontos de atenção à saúde para realização de referência e contra-especializada.	Percentual de serviços da rede de atenção com fluxo de comunicação de referência e contra-referência implantado/ ano.	100% dos serviços da rede de atenção com fluxo de comunicação de referência e contra-referência implantado.	50%	70%	90%	100%
4.1.3 Monitorar informações de absenteísmo nos serviços ambulatoriais especializados através de relatório específico, divulgando-as junto aos Conselhos de Saúde	Número de relatórios elaborados/ano.	12 relatórios elaborados e divulgados.	3	3	3	3
4.1.4 Manter o Programa Melhor em Casa com objetivo de monitoramento e continuidade da assistência em domicílio.	Programa Melhor em Casa Implantado	1 Programa Melhor em Casa implantado	-	1	-	-

4.1.5 Implementar nos Centros de Especialidades e Programa Melhor em Casa, novo modelo de atendimento multiprofissional para o cuidado interdisciplinar do paciente em condição crônica referenciado pela Atenção Primária à Saúde após a estratificação de risco e com critérios de encaminhamento e internações de longa permanência	Número de Centro de Especialidades e Programa Melhor em Casa, com novo modelo de atendimento implantado/ano.	Priorizar o atendimento integral utilizando os profissionais da rede multiprofissional.	-	1	1	1
--	--	---	---	---	---	---

Diretriz 5. Regulação do Sistema Municipal de Saúde

Objetivo 5.1 -Atender as necessidades de saúde dos usuários, de forma eficiente, efetiva e oportuna, otimizando a capacidade operacional dos serviços, com lógica de priorização e enfrentamento de iniquidades.

Ações	Indicador	Meta 2022-2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
5.1.1 Avaliar e monitorar continuamente a oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares, conforme definido nos contratos dos prestadores de serviços do SUS	Percentual de avaliações realizadas em relação ao número total de estabelecimentos com contrato	Acompanhamento realizado continuamente em no mínimo 90% dos estabelecimentos de saúde contratados	90%	90%	90%	90%
5.1.2 Definir e implantar indicadores conforme parâmetros assistenciais através da informatização do sistema, estabelecidos para monitoramento dos serviços de saúde por perfil de atendimento	Indicadores e parâmetros assistenciais definidos e implantados nos serviços de saúde priorizados pelo gestor municipal	Indicadores e parâmetros assistenciais definidos e implantados em 100% dos serviços de saúde priorizados.	100%	100%	100%	100%
5.1.3 Monitorar os indicadores dos serviços de saúde priorizados pela gestão	Percentual de serviços priorizados monitorados	100% dos serviços priorizados monitorados	100%	100%	100%	100%
5.1.4 Auditar serviços de saúde conforme necessidade apontada nos relatórios de avaliação dos serviços.	Percentual de serviços auditados	Desencadeamento de processos de auditoria em 100% dos serviços apontados	100%	100%	100%	100%
5.1.5 Realizar a instrução e o acompanhamento dos processos de habilitação de serviços no SUS.	Percentual de processos instruídos	100% dos processos demandados instruídos e encaminhados	100%	100%	100%	100%

5.1.6 Realizar, anualmente, estudos avaliativos quanto à compatibilidade entre capacidade instalada, programação e a produção dos estabelecimentos de saúde que integram o Sistema Municipal de Saúde, priorizados pelo gestor municipal.	Número de estudos realizados conforme priorizado pelo gestor municipal	4 estudos realizados	1	1	1	1
5.1.7 Manter as atividades com qualidade e eficiência garantindo as despesas com manutenção e pessoal necessários aos serviços públicos de saúde de média e alta complexidade. MAC	Realizar capacitações trimestrais com equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF's)	100%	100%	100%	100%	100%
5.1.8 Divulgar a oferta de exames e facilitar o acesso do público-alvo das campanhas, facilitando o diagnóstico precoce da doença no setor MAC	Participar das campanhas de prevenção em saúde.	100	100%	100%	100%	100%

Diretriz 6. Vigilância em Saúde – vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, zoonoses e saúde do trabalhador

Objetivo 6.1 - Organizar as ações de controle do *Aedes aegypti* para reduzir o risco de epidemia pelos agravos transmitidos pelo mosquito.

Ações	Indicador	Meta 2022-2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
6.1.1 Realizar dois LIRAA (Levantamento Rápido do Índice de Infestação por <i>Aedes aegypti</i>) ao ano.	Número de LIRAA (Levantamento Rápido do Índice de Infestação por <i>Aedes aegypti</i>) realizados ao ano.	8 LIRAA (Levantamento Rápido do Índice de Infestação por <i>Aedes aegypti</i>) realizados.	2	2	2	2
6.1.2 Realizar ações controle do vetor <i>Aedes aegypti</i> para alcançar e manter a infestação menor que 1%.	Percentual de infestação do <i>Aedes aegypti</i> no município	Infestação menor que 1%.	<3%	<2%	<1%	<1%
6.1.3 Reestruturar e efetivar o Comitê de Enfrentamento as doenças transmitidas pelo <i>Aedes aegypti</i> .	Comitê de Enfrentamento as doenças transmitidas pelo <i>Aedes aegypti</i>	1 Comitê de Enfrentamento as doenças transmitidas pelo <i>Aedes aegypti</i>	1	-	-	-
6.1.4 Reestruturar a equipe de Agentes de Combate as Endemias, de 25 para 32 Agentes, conforme art. 2º do Decreto nº 8.478 de 22 de junho de 2015 para que sejam cumpridos 6 ciclos bimestrais de acordo com o Programa Nacional de Controle da Dengue	Reestruturar a equipe de Agentes de Combate as Endemias	32 Agentes de Combate as Endemias	-	32	32	32

Objetivo 6.2 - Estabelecer ações buscando qualidade dos serviços de Vigilância em Saúde.

Ações	Indicador	Meta 2022- 2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
6.11 Adequar infraestrutura e qualificar o sistema de informática	Melhorar mobiliário, instalações grade de segurança, conclusão de pinturas, adequação de espaço para atividades específicas revisão e ativação de gerador de energia e rede. Instalar rede de informática para recepção. Agendamento via informatizado.	Melhorar mobiliário, instalações grade de segurança, conclusão de pinturas, adequação de espaço para atividades específicas revisão e ativação de gerador de energia e rede. Instalar rede de informática para recepção. Agendamento via informatizado.	1	1	1	1
6.2.2 Implementar a oferta de serviços de diagnóstico e acompanhamento prestados pelo Lafron São Borja	Implementa a oferta de serviços de diagnóstico	Implementa a oferta de serviços de diagnóstico pelo Lafron São Borja	-	1	-	-
6.2.3 Ampliar a descentralização de imunobiológicos	Salas de Vacina abertas e/ou ativas em ESFs	13 salas de vacinas em ESFs	1	2	1	1
6.2.4 Manter a Central de Vacinas como referência para as ESFs	Manter a Central de Vacinas	Manter a Central de Vacinas	100%	100%	100%	100%
6.2.5 Realizar as inspeções conforme pactuado na Programação Anual da Vigilância Sanitária (PAVS)	Percentual de inspeções realizadas	Inspeções realizadas conforme meta pactuada na PAVS	100%	100%	100%	100%

6.2.6 Encaminhar ao Laboratório Central do Estado (LACEN) as amostras biológicas dos animais que apresentam sintomatologia suspeita para a febre amarela e raiva no animal no município	Percentual de amostras encaminhadas	100% das amostras encaminhadas	100%	100%	100%	100%
6.2.7 Realizar atividades da vigilância ambiental nas áreas consideradas de risco para a transmissão de leptospirose e acidentes com animais peçonhentos	Número de atividades realizadas/ano	8 atividades realizadas	2	2	2	2
6.2.8 Realizar o monitoramento da qualidade da água para consumo humano conforme a Diretriz Nacional do Programa de Vigilância da Água de Consumo	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	80% das amostras preconizadas na pactuação	80%	80%	80%	80%
6.2.9 Realizar inspeções sanitárias anuais nas Estações de Tratamento de Água (ETA)	Número de inspeções realizadas	Inspeções em 100% das Estações de Tratamento de Água	100%	100%	100%	100%
6.2.10 Reestruturar a política de Saúde do Trabalhador	Elaboração de Protocolo de Saúde do Trabalhador	1 Protocolo elaborado	-	1	-	-
6.2.11 Investigar os agravos notificados referentes à saúde do trabalhador	Percentual de agravos notificados e investigados.	100% dos acidentes graves investigados	100%	100%	100%	100%
6.2.12 Divulgar orientações e informações sobre as ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária através do site www.saaborja.rs.gov.br	Manter as informações sobre as ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária atualizadas	Informações atualizadas	100%	100%	100%	100%
6.2.13 Realizar atividades em parceria com as unidades de saúde para que todos os agravos referente a	Número de Atividades/ ano	4 atividades realizadas	1	1	1	1

Saúde do Trabalhador sejam notificados.						
--	--	--	--	--	--	--

Objetivo 6.3 -Ação contínua da vigilância à saúde.

Ações	Indicador	Meta 2022-2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
6.3.1 Classificar recém nascidos com fatores de risco de morbimortalidade, através da análise das Declarações de Nascidos Vivos.	Percentual de recém nascidos com risco classificados.	100% dos nascidos vivos classificados de acordo com fatores de risco.	100%	100%	100%	100%
6.3.2 Inserir as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e as Declarações de Óbito (DO) e em seus respectivos bancos de informação nacionais (SINASC e SIM).	Percentual das Declarações de óbitos e Declarações de Nascidos Vivos (DNV) ocorridos, inseridas nos Bancos de informações nacionais.	100% das DNV e DO inseridas nos bancos de informações nacionais.	100%	100%	100%	100%
6.3.3 Realizar vigilância, investigação e análise dos óbitos infantis, fetais, maternos e de mulheres em idade fértil.	Percentual dos óbitos investigados e analisados	100% dos óbitos Investigados e analisados	100%	100%	100%	100%
6.3.4 Realizar a busca ativa e vigilância dos contatos intra-domiciliares dos casos novos de tuberculose.	Percentual de contatos intra-domiciliares dos casos novos de tuberculose. investigados	100% de contatos intra-domiciliares dos casos novos de tuberculose investigados.	100%	100%	100%	100%
6.3.5 Realizar a busca ativa e vigilância dos contatos intra-domiciliares dos casos novos de hanseníase.	Percentual de contatos intra-domiciliares dos casos novos de hanseníase investigados.	100% de contatos intra-domiciliares dos casos novos de hanseníase investigados.	100%	100%	100%	100%

6.3.6 Manter coberturas vacinais do calendário básico de vacinação de crianças menores de 1 ano	Percentual de cobertura vacinal Alcançada, de acordo com a meta pactuada.	100% da meta pactuada.	100%	100%	100%	100%
6.3.7 Realizar tratamento antirretroviral as pessoas com diagnóstico de HIV	Percentual de Pessoas com diagnóstico de HIV em tratamento	90% das pessoas com diagnóstico	70%	80%	90%	90%
6.3.8 Manter os pacientes em tratamento antirretroviral com carga viral indetectável (< que 50 cópias/ml)	Percentual de pacientes em tratamento antirretroviral com carga viral indetectável	90% pacientes em tratamento antirretroviral com carga viral indetectável	75%	80%	90%	90%
6.3.9 Realizar captação, cadastro, armazenamento e processamento de informações para incidência de câncer.	Elaborar relatório anual de incidência de base populacional	4 relatórios elaborados	1	1	1	1
6.3.10 Realizar o monitoramento do estado nutricional infantil.	Número de relatórios elaborados/ ano.	8 relatórios elaborados	2	2	2	2
6.3.11 Realizar vigilância e análise dos óbitos relacionados a acidentes de Trabalho	Analisar 100% dos acidentes de trabalho com óbito	100% dos acidentes de trabalho com óbito analisados	100%	100%	100%	100%
6.3.12 Manter a oferta de testes rápido de HIV e Sífilis nas Unidades de Saúde já implementados.	Unidades Básicas de Saúde que realizam testes rápidos	100% das Unidades Básicas de Saúde	100%	100%	100%	100%
6.3.13 Manter ações	Ações de prevenção as	Ações de prevenção as	100%	100%	100%	100%

<p>contínuas de prevenção as IST/HIV/AIDS principalmente junto a jovens, população em situação de rua, profissionais do sexo, utilizando</p> <p>novas estratégias de comunicação, conforme plano de ação</p>	DST/HIV/AIDS mantidas	DST/HIV/AIDS mantidas		%		
--	-----------------------	-----------------------	--	---	--	--

Diretriz 7. Gestão de Pessoas e Educação Permanente em Saúde

Objetivo 7.1 - Gestão de Pessoas e Educação Permanente em Saúde em consonância com a missão, visão e valores da Secretaria Municipal de Saúde, e assim garantir qualidade e excelência na assistência em saúde aos cidadãos.

Ações	Indicador	Meta 2022-2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
7.1.1 Implementar Instrumento de avaliação Funcional dos Profissionais da Rede Municipal de Saúde, com apreciação do Conselho Municipal de Saúde	Instrumento instituído e mantido	Instrumento instituído e mantido	1	1	1	1
7.1.2 Promover evento de prevenção de saúde para os servidores organizadas por cada coordenador	Atividades dirigidas aos profissionais da Rede Municipal de Saúde (promoção em saúde)	1 atividade ao ano	1	1	1	1
7.1.3 Ampliar Política Municipal de Educação Permanente com ênfase no cuidado integralizado.	Política Municipal de Educação Permanente implementada	Política Municipal de Educação Permanente implementada	1	1	1	1
7.1.4 Implantar programa de capacitação continuada para as equipes da Rede Municipal de Saúde em diferentes temas/desempenhos, com Vistas a melhoria da resolutividade e qualidade do cuidado em saúde.	Número de temas/desempenhos incluídos no programa de capacitação continuada / ano	12 diferentes temas/ano	12	12	12	12
7.1.5 Avaliar a necessidade da Realização de concurso e/ou seleção pública para diversas categorias profissionais da SMS, para reposição dos déficits.	Concurso e/ou seleção pública realizado	Concurso e/ou seleção pública realizado	1	-	1	-

7.1.6 Realizar o dimensionamento da Atenção Primária à Saúde de acordo com o modelo de gestão implantado.	Um estudo de dimensionamento da Atenção Primária à Saúde	Um estudo de dimensionamento da Atenção Primária à Saúde	1	-	-	-
---	--	--	---	---	---	---

Diretriz 8.Participação da Sociedade e Controle Social**Objetivo 8.1** - Fortalecer os mecanismos de controle social.

Ações	Indicador	Meta 2022-2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
8.1.1 Manter a estrutura de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS), através de apoio à reestruturação de sua secretaria executiva.	Manter a estrutura do CMS	Manter a estrutura do CMS	1	1	1	1
8.1.2 Acompanhar e facilitar a execução da rubrica orçamentária específica para o Conselho Municipal de Saúde - CMS dentro do orçamento geral da Secretaria Municipal de Saúde - SMS.	Execução orçamentária da rubrica específica do CMS acompanhada e facilitada.	Acompanhar anualmente a execução orçamentária da rubrica específica do CMS	1	1	1	1
8.1.3 Investir na formação dos conselheiros de saúde com a construção e implementação de cronograma de educação permanente voltado a este público.	Cronograma anual de formação dos Conselheiros de saúde construído e implementado sendo apreciado no relatório quadrimestral.	Cronograma anual de formação de conselheiros de saúde construído implementado	1	1	1	1
8.1.4 Garantir caixas de sugestões, críticas e elogios em todos as unidades municipais de saúde.	Percentual de Unidades Municipais de Saúde com caixas de sugestões mantidas.	Manter caixas de sugestões, críticas e elogios em todos as unidades municipais de saúde.	100%	100%	100%	100%
8.1.5 Criar o jornal do Conselho Municipal de Saúde.	1 edição por ano	4 edições	1	1	1	1

8.1.6 Garantir e apoiar a participação dos Conselheiros de Saúde em atividades que estejam relacionadas ao Controle Social promovidas por Conselhos de Saúde (Local, Distrital, Municipal, Estadual e Nacional) e outras entidades que contribuam para formação e exercício das funções de conselheiro.	Apoio realizado	Apoio realizado de Acordo com disponibilidade financeira.	100%	100%	100%	100%
8.1.7 Apoiar a realização das Conferências de Saúde.	Número de Conferências realizadas	2 Conferências realizadas	-	1	-	1

Objetivo 8.2 - Ampliar e qualificar a participação da sociedade na construção da política de saúde.

Ações	Indicador	Meta 2022-2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
8.2.1 Manter a Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, com base na legislação vigente, mediante instrumento normativo	Instrumento normativo para o funcionamento da Ouvidoria da SMS.	Ouvidoria da SMS regulamentada e em pleno funcionamento	1	1	1	1
8.2.2 Implementar relatórios da Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde - SMS com disponibilização de informações quantitativas e qualitativas para gestão	Produzir relatórios gerenciais com informações estratégicas elaborados.	Produzir 12 relatórios gerenciais.	3	3	3	3
8.2.3 Seguir dando acolhimento, analisar e responder as manifestações demandadas da Ouvidoria dentro do prazo estabelecido.	Percentual de respostas dentro do prazo estabelecido/ano.	Responder no mínimo 95% das manifestações.	80%	85%	90%	95%

Diretriz 9.Qualificação da Gestão e do Financiamento em Saúde

Objetivo 9.1 - Estabelecer ações para que os projetos assistenciais desenvolvidos pela Secretaria Municipal da Saúde sejam viáveis e estejam em consonância à realidade orçamentária e financeira, objetivando que os resultados destas ações seja eficiente, efetivo e oportuno.

Ações	Indicador	Meta 2022- 2025	Meta Anual			
			2022	2023	2024	2025
9.1.1 Monitorar os custos de cada ponto de atenção apresentando os resultados ao Conselho Municipal de Saúde.	Relatórios apresentados para o CMS.	12 Relatórios apresentados para o CMS.	3	3	3	3
9.1.3 Criar o Portal da Secretaria Municipal de Saúde - SMS melhorando o acesso as informações atualizadas e vigentes de fluxos e processos, de interesse do cidadão, conselheiro, prestador e servidores.	Portal da SMS atualizado	Portal da SMS atualizado	1	1	1	1
9.1.4 Manter atualizada as informações da Farmácia Básica no que diz respeito a medicamentos, prescrição, fluxos e distribuição com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência e otimização dos Recursos	Manter a Farmácia Básica atualizada	Farmácia Básica atualizada	1	1	1	1
9.1.5 Realizar campanhas de combate ao desperdício de material para sensibilizar equipes e usuários	Número de campanhas realizadas	4 campanhas realizadas	1	1	1	1

9.1.6 Criar mecanismos para gestão de manutenção preventivas e corretivas, através da implantação de rotinas e definição de critérios de priorização de manutenção, tanto com a frota de veículos como com equipamentos	Protocolo de rotinas de manutenção para frotas e para equipamentos	2 Protocolos de rotinas de manutenção implantados	1	1	-	-
9.1.7 Realizar a gestão de transporte de forma eficaz buscando atender as necessidades da SMS e dos cidadãos.	Normatização do transporte sanitário e aquisição de veículos	Aquisição de 3 veículos leves, 3 ambulâncias e 1 van	3	3	1	-
9.1.8 Manutenção dos veículos	Manutenção preventiva e corretiva dos veículos em oficina própria	Criar 1 oficina própria	-	1	-	-

13. ESTRATÉGIAS

Para alcançar o pleno desenvolvimento das metas propostas, várias ações serão utilizadas, tais como: campanhas, planejamento, acompanhamento periódico ou sistemático, consultas, ações educativas, visitas domiciliares, agendamento e cadastramento, reuniões, divulgação, encaminhamentos e qualificação.

14. AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada pela SMS e CMS, através do Relatório de Gestão Municipal de Saúde.

15. REVISÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A revisão do Plano Municipal de Saúde de acontecerá, com a participação dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e a participação do Conselho Municipal de Saúde, a fim de serem revisadas as ações e metas do referido plano que representa a Política Municipal de Saúde do Município de São Borja.

16. REFERÊNCIAS

ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 4, Dec. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro** / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015** / Ministério da Saúde. Secretaria-

Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 114 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS-Departamento de Informática do SUS.**

BRASIL. **IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. www.ibge.gov.br.
GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira et al . Avaliação da mortalidade por causas externas.
Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 39, n. 4, Aug. 2012

NAKASHIMA, Juliano de Pádua; KOIFMAN, Sérgio; KOIFMAN, Rosalina Jorge. Tendência da mortalidade por neoplasias malignas selecionadas em Rio Branco, Acre, Brasil, 1980-2006. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 27, p.1165-1174, jun. 2011

PNUD BRASIL. *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento*. www.pnud.org.br. RIO GRANDE DO SUL. **Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul**.

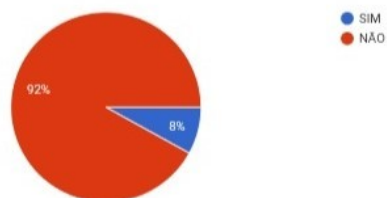
DATASUS

- Portal Presidência da República Federativa do Brasil: <https://www.presidencia.gov.br>
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – IBGE: <http://www.ibge.com.br/>
- Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br>
- Secretaria Estadual de Saúde: <http://www.saude.rs.gov.br/ces/>

17. GRÁFICOS DA CONSULTA POPULAR

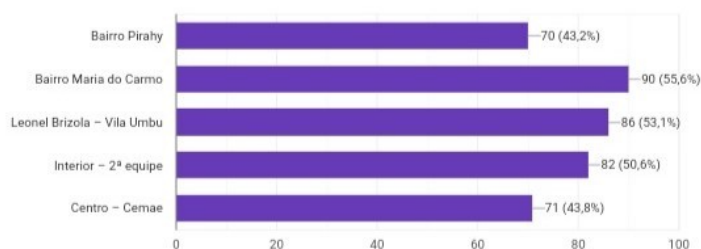
Você é membro do Conselho Municipal de Saúde?

162 respostas



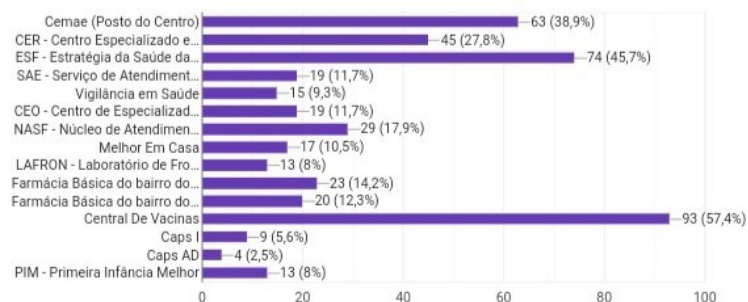
Nossa cidade possui 14 Estratégias da Saúde da Família (ESFs). Havendo ampliação deste serviço com implantação de novas Unidades, para você, quais os locais prioritários? Por ordem, selecione até 3 opções.

162 respostas



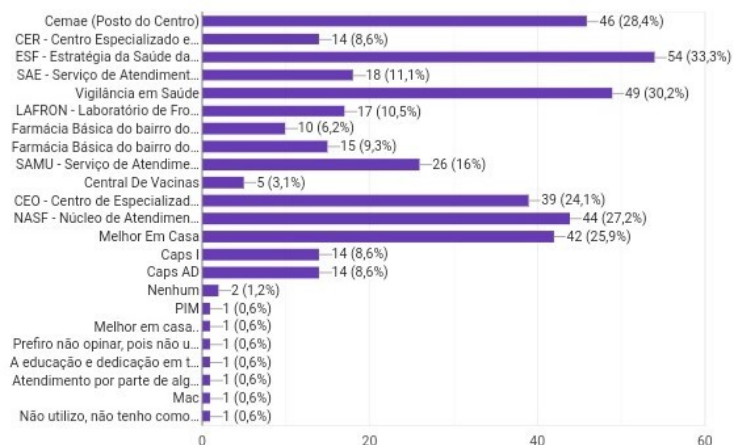
Avaliando os Serviços de Saúde do nosso Município, escolha até três que possuem melhores desempenhos.

162 respostas



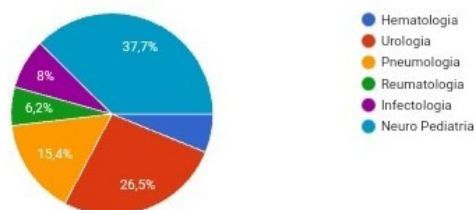
Na sua opinião, quais os Serviços de Saúde que precisam melhorar os seus desempenhos? Marque até três (3).

162 respostas



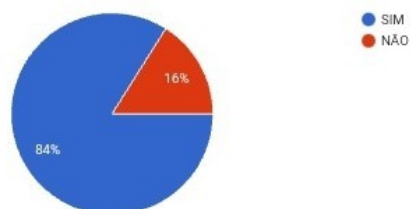
Na sua opinião, entre as especialidades médicas que não temos credenciadas pelo Sus, qual é considerada a mais prioritária?

162 respostas



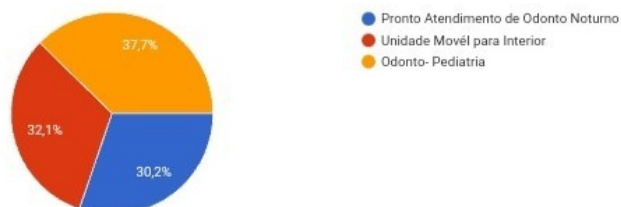
Você considera uma importante alternativa a implantação da Telemedicina para essas especialidades médicas ausentes em nosso Município?

162 respostas



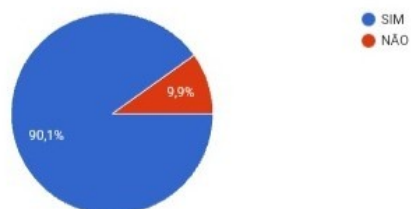
Com relação aos atendimentos odontológicos do Município, quais os serviços abaixo você considera mais importante a ser implantado?

162 respostas



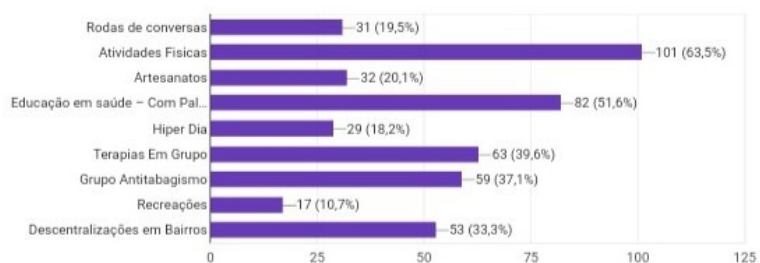
Tendo em vista o avanço das vacinações, você concordaria com o retorno das atividades coletivas nos serviços de saúde como ESF, NASF e CAPS.

162 respostas



Se sua resposta for sim, marque até três alternativas que você considera prioritárias.

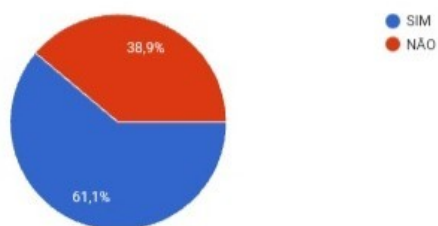
159 respostas



“TERRA DOS PRESIDENTES – CAPITAL DO FANDANGO”
“DOE ÓRGÃOS, SALVE VIDAS”

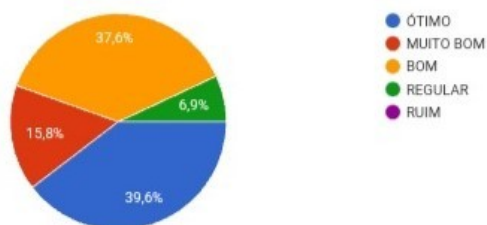
Você conhece o CER (Centro Especializado em Reabilitação Física e Auditiva)?

162 respostas



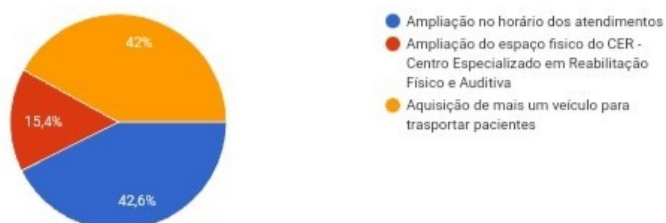
Se conhece e já foi atendido pelo CER, classifique-o.

101 respostas



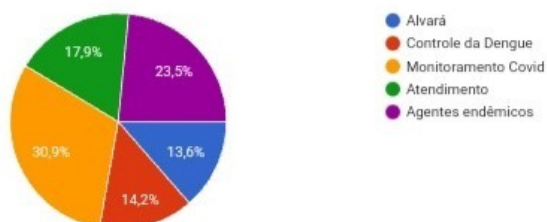
Na sua opinião, dos itens abaixo, qual seria a prioridade para melhoria do serviço?

162 respostas



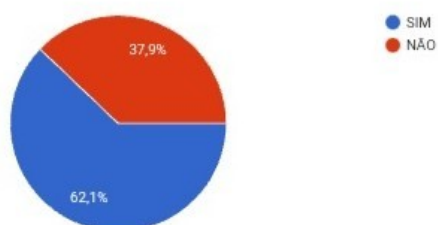
Em relação aos serviços da Vigilância Sanitária, qual deveria receber melhorias

162 respostas



Você conhece o Serviço Melhor em Casa?

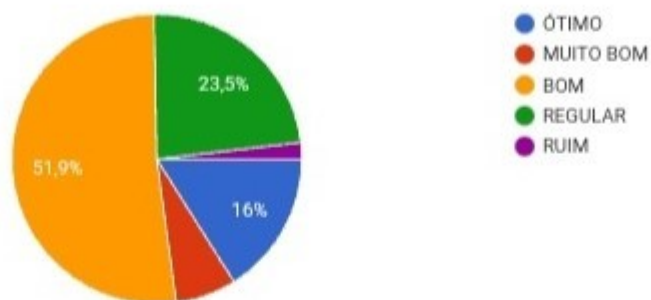
161 respostas



“TERRA DOS PRESIDENTES – CAPITAL DO FANDANGO”
“DOE ÓRGÃOS, SALVE VIDAS”

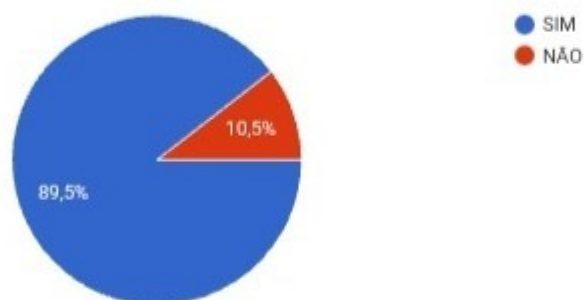
Se conhece e já foi atendido pelo Melhor em Casa, classifique-o.

162 respostas



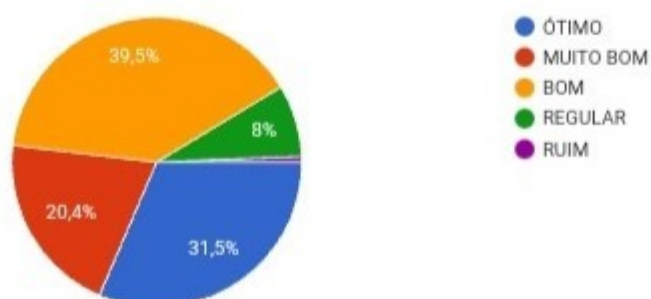
Você acha necessário a implantação de mais uma unidade da Farmácia Básica?

162 respostas



Numa avaliação global dos Serviços da Secretaria da Saúde, você considera?

162 respostas



ANEXOS