

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

# PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018 a 2021

Gestão 2017 a 2020

São Borja, 2017



**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**

Michelly Janner Martins Cherobini

**Coordenadora da Atenção Integral a Saúde**

Sabrina Dornelles Loureiro

**Diretora da Vigilância em Saúde**

Fernanda Bohn

**Grupo de Trabalho**

Janaína da Fontoura Pereira  
Leonardo Fernandes de Oliveira  
Tatiana Lo Pumo Weissmann  
Glauber Carneiro Marques  
Francieli Mion  
Ari Salazar  
Letícia Ciscato Barcelos  
Claudia Adriane Schroper Schmidt  
Linara Boaz Medeiros  
Francine Toller Saraiva  
Zeliane Prestes dos Anjos  
Roselaine Bittencourt Maag

## 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 2018 a 2021. Em suma, este documento exprime os compromissos assumidos em busca de uma São Borja com mais saúde.

O Plano de Saúde 2018-2021 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 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.

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>05</b>
<b>2.</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO</b>	<b>09</b>
<b>3.</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>11</b>
<b>4.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>12</b>
<b>4.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>12</b>
<b>4.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>12</b>
<b>5.</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO</b>	<b>13</b>
<b>5.1</b>	<b>Histórico</b>	<b>13</b>
<b>5.2</b>	<b>Dados gerais</b>	<b>14</b>
<b>5.3</b>	<b>Aspectos demográficos</b>	<b>15</b>
<b>6.</b>	<b>ORGANIZAÇÃO SOCIAL</b>	<b>46</b>
<b>7.</b>	<b>DIAGNÓSTICO DA SAÚDE MUNICIPAL</b>	<b>47</b>
<b>8.</b>	<b>ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE</b>	<b>47</b>
<b>9.</b>	<b>RELAÇÃO DOS SERVIDORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE</b>	<b>54</b>
<b>10.</b>	<b>INDICADORES DE SAÚDE</b>	<b>55</b>
<b>11.</b>	<b>RECURSOS FINANCEIROS APLICADOS NA ÁREA DA SAÚDE</b>	<b>57</b>
<b>12.</b>	<b>DIRETRIZES, AÇÕES E METAS A EXECUTAR</b>	<b>57</b>
<b>13.</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b>	<b>74</b>
<b>14.</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>74</b>
<b>15.</b>	<b>REVISÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>74</b>
<b>16</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>74</b>
<b>17</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>76</b>

## 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.

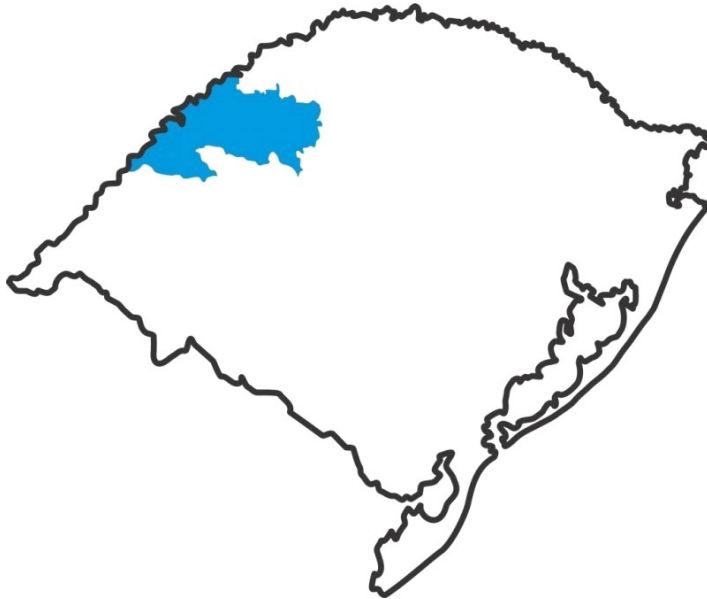
A regionalização é a diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

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 nº7.508 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.

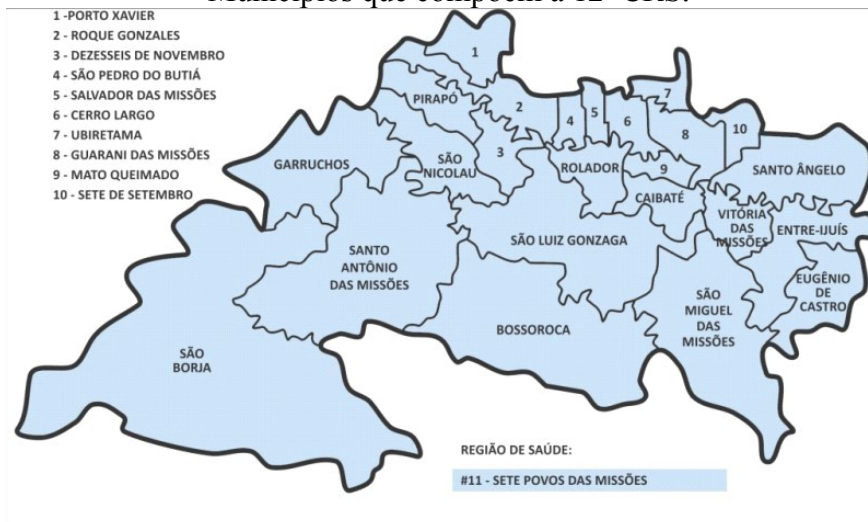
O Município de São Borja pertence a Décima Segunda Coordenadoria Regional de Saúde (12ª CRS), que tem sede no município de Santo Ângelo-RS e é composta pelos seguintes 24 municípios: Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, 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

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



## 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 (Km<sup>2</sup>):** 3.316.035 Km<sup>2</sup>, divididos em, área urbana de 71 Km<sup>2</sup> e rural de 3.300,051 Km<sup>2</sup> - IBGE/2010

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

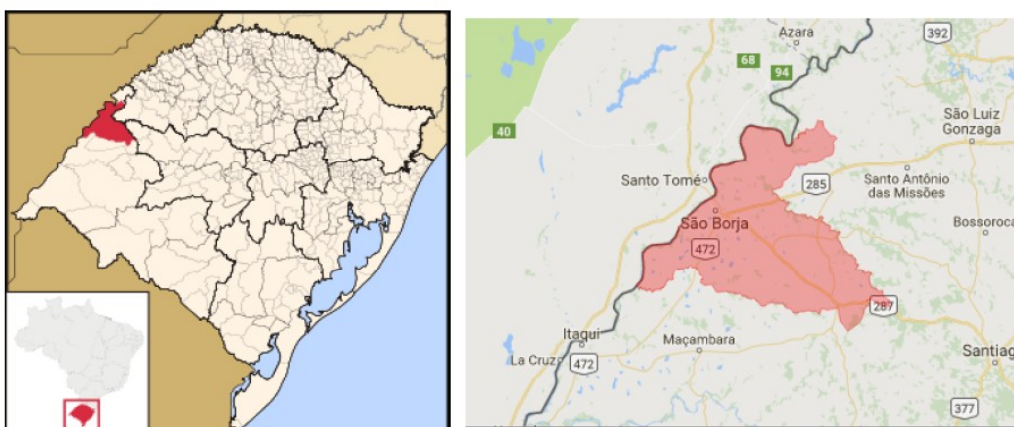
**Densidade Demográfica:** 16,9 hab/Km<sup>2</sup>

**Coordenadoria Regional de Saúde:** 12<sup>a</sup> CRS – Santo Ângelo

**Distância da 12<sup>a</sup> 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).



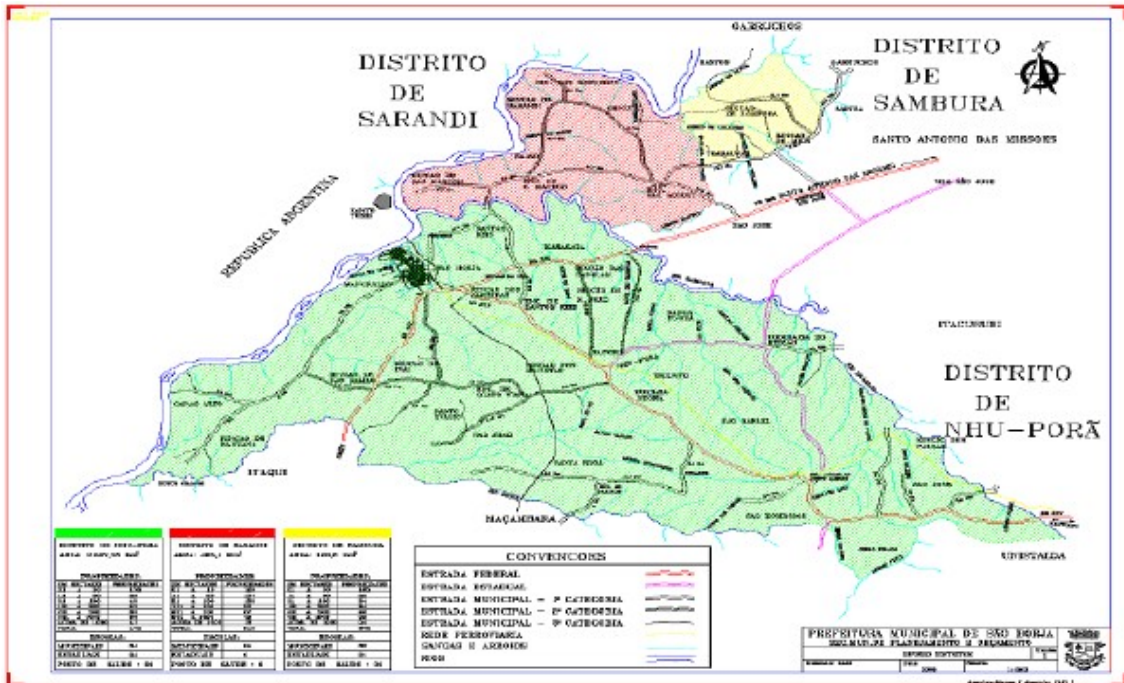
São Borja está dividido em 4 distritos:

1º - Sede São Borja;

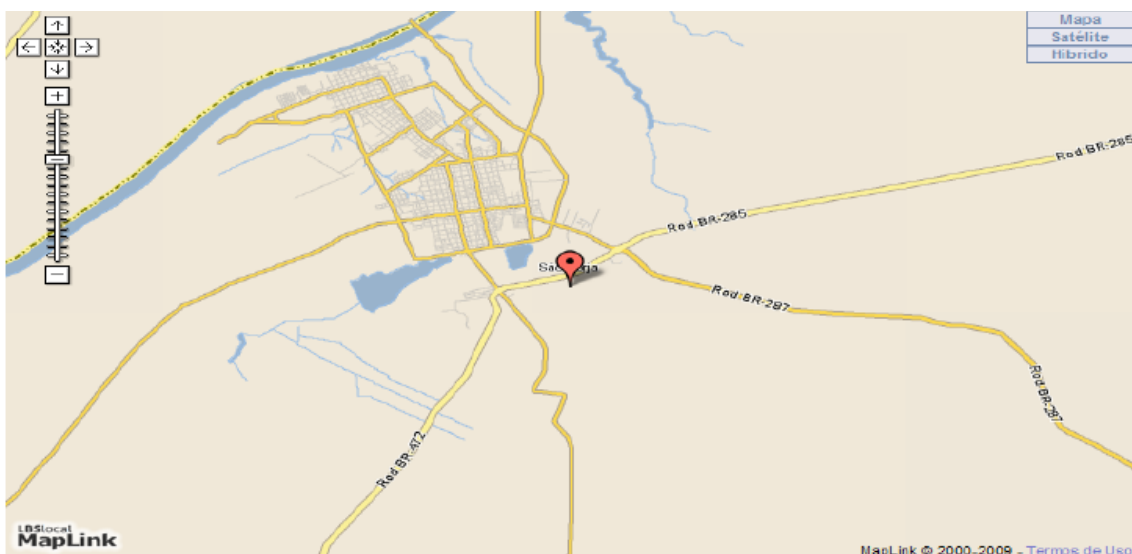
2° – Samburá;

3° - Nhu-Porã;

4° - Sarandi.



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



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

### 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 2018 a 2020.

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 Itaqui.

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 <sup>2</sup>

Densidade Demográfica (2013)	16,9 hab/km <sup>2</sup>
Taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais (2010)	6,51 %
Expectativa de Vida ao Nascer (2010)	76,61 anos
Coeficiente. 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%

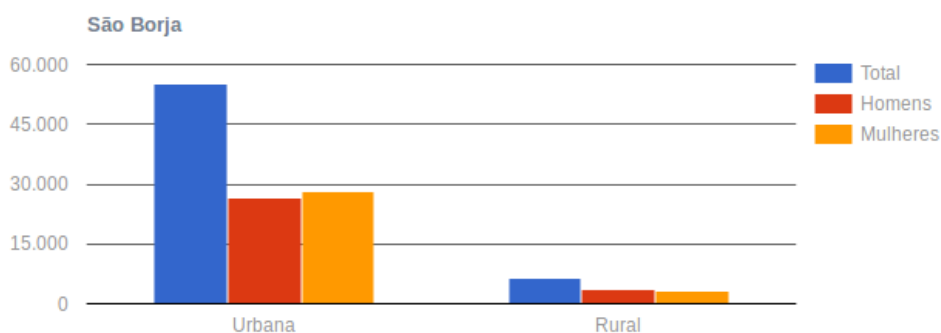
Fonte: www.fee.tche.br

### 5.3 Aspectos Demográficos

#### População

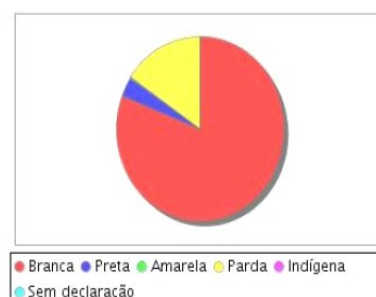
População residente por situação do domicílio e sexo, 2010

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
<b>Total</b>	<b>30.248</b>	<b>30.023</b>	<b>60.271</b>

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Evolução da População do município nos três últimos censos:

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

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

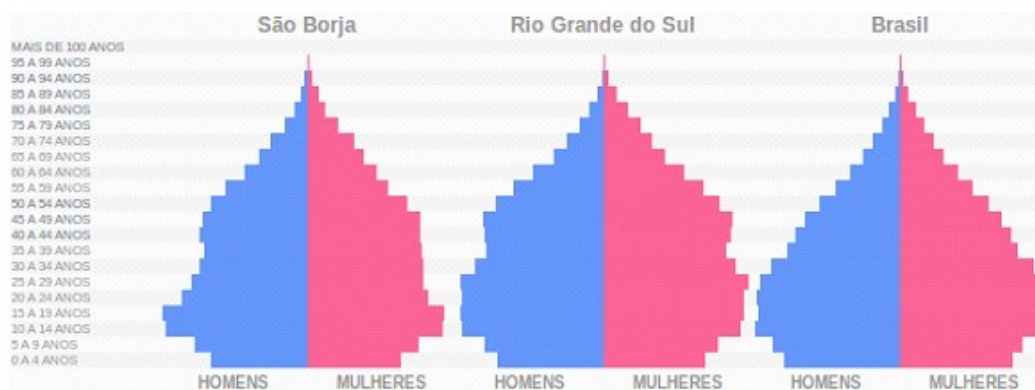


Entre 2000 e 2010, a população de São Borja cresceu a uma taxa média anual de -0,50%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 88,29% para 89,41%. Em 2010 viviam, no município, 61.671 pessoas.

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

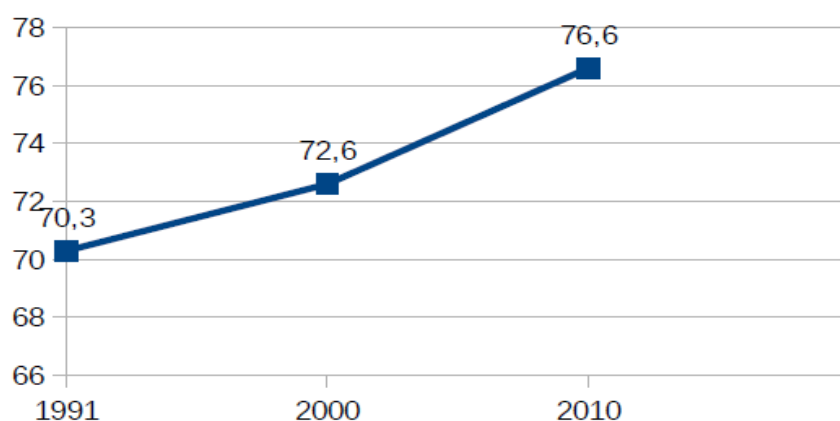
Entre 2000 e 2010, a razão de dependência\* no município passou de 54,95% para 46,51% e a taxa de envelhecimento\*\*, de 6,67% para 9,60%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 62,66% e 5,75%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,88% em 2000 e 45,87% em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



A esperança de vida ao 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.

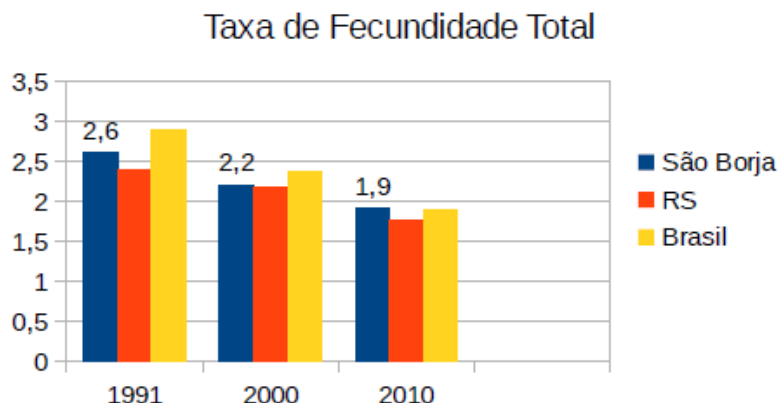
## Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Município - São Borja - RS

	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

<b>Ranking Municípios da 12ª CRS</b>		
<b>Município</b>		<b>Esperança de vida ao nascer 2010</b>
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
<b>6</b>	<b>São Borja (RS)</b>	<b>76,61</b>
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



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.

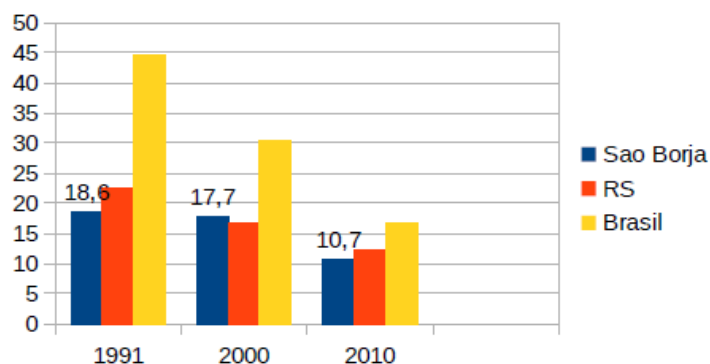
### Relação de Nascimentos em São Borja por Peso ao Nascer (2015)

<b>Peso ao nascer</b>	<b>2015</b>
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)

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

### Taxa de Mortalidade Infantil



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.

<b>Ranking dos Municípios da 12ª CRS</b>		<b>Mortalidade infantil 2010</b>
<b>Município</b>		
1	Eugênio de Castro (RS)	9
2	Porto Xavier (RS)	9,6
3	Mato Queimado (RS)	10
4	Guarani das Missões (RS)	10,5
<b>5</b>	<b>São Borja (RS)</b>	<b>10,7</b>
6	Santo Ângelo (RS)	10,87
7	Caibaté (RS)	11
8	São Luiz Gonzaga (RS)	11,1
9	Salvador das Missões (RS)	11,4
10	Cerro Largo (RS)	11,6

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 uma redução de 52,6% da mortalidade. O número total de óbitos nesse período foi de 354.

Ranking dos Municípios da 12ª CRS		
Município	Mortalidade até 5 anos de idade 2010	
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
<b>6</b>	<b>São Borja (RS)</b>	<b>12,48</b>
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

Ano 2015 – Óbitos em São Borja						
Número de óbito infantil	Número de óbito fetal	Número de óbito materno	Faixa etária 30 aos 69 anos			
			Número de óbito por doenças do aparelho circulatório	Número de óbito por doenças respiratórias crônicas	Número de óbito por diabetes	Número de óbito por neoplasias
9	3	0	53	11	7	54

Fonte: Tabnet

### 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 município de São Borja há registro de 2 óbitos maternos em 2012 e 1 óbito materno tardio em 2015.

As principais causas de morte materna são a hipertensão, hemorragia, infecção e o aborto.

### **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.

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

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 1980<sup>1</sup> e apenas 6,0% em 1989.<sup>2</sup> 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.

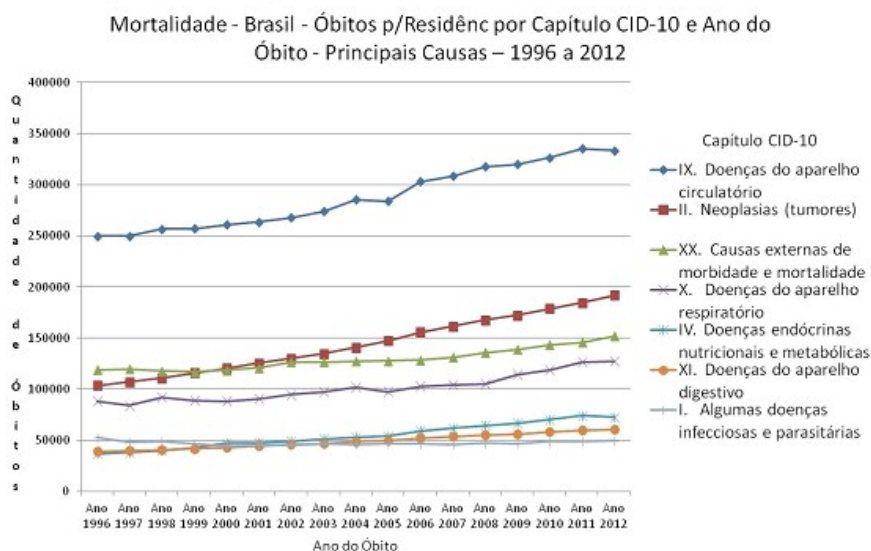
As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 305.466 óbitos em 2007 (29,4% do total de óbitos no País). Nesse mesmo ano, a doença cerebrovascular foi a primeira causa definida de óbito na população brasileira (9,2% da mortalidade geral), seguida das doenças isquêmicas do coração (8,8% da 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.

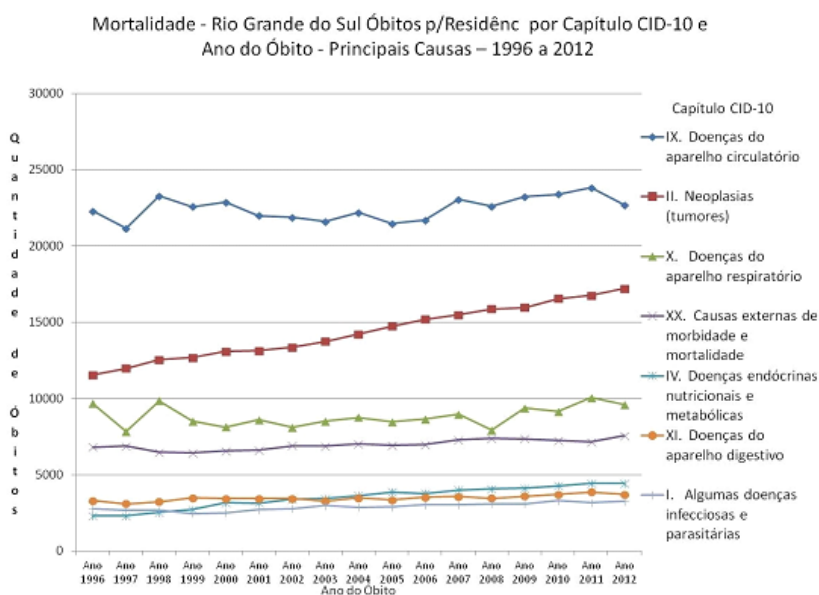
As neoplasias malignas mostram-se evidentes neste estudo no estado do RS com um percentual superior às demais causas, totalizando 21,02% dos óbitos. De acordo com o INCA (2011) o câncer vem se tornando cada vez mais com um no mundo todo e para diminuir seu coeficiente de mortalidade, é necessário medidas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

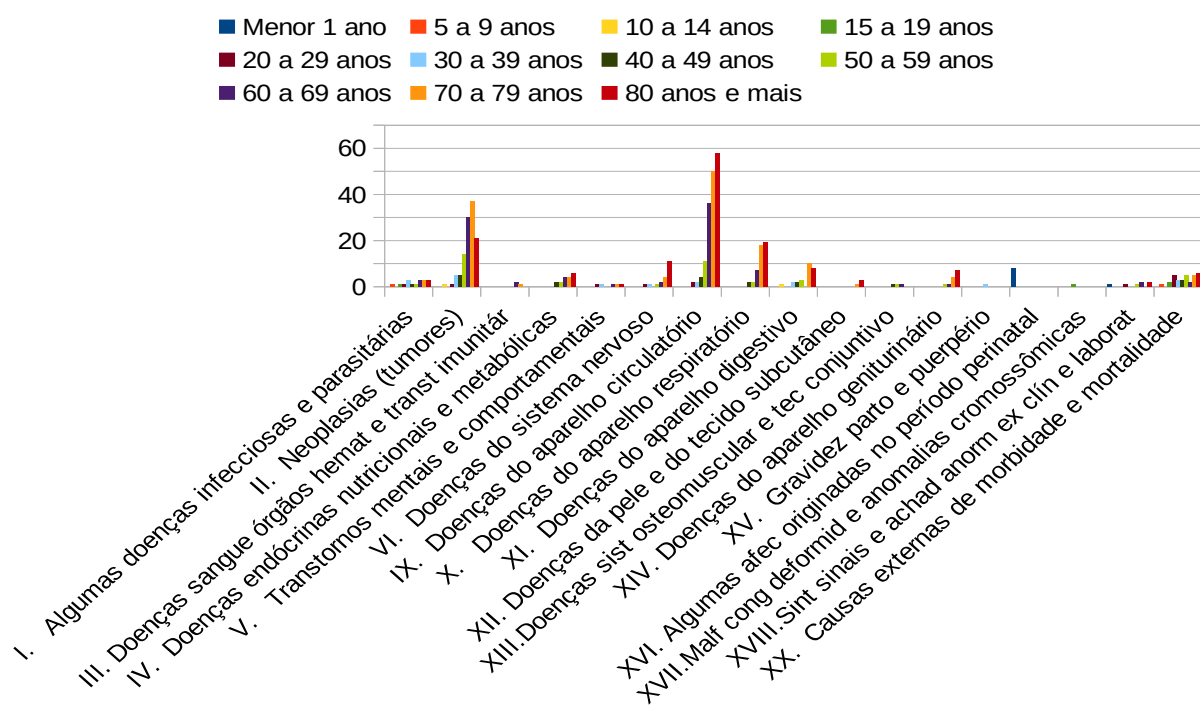


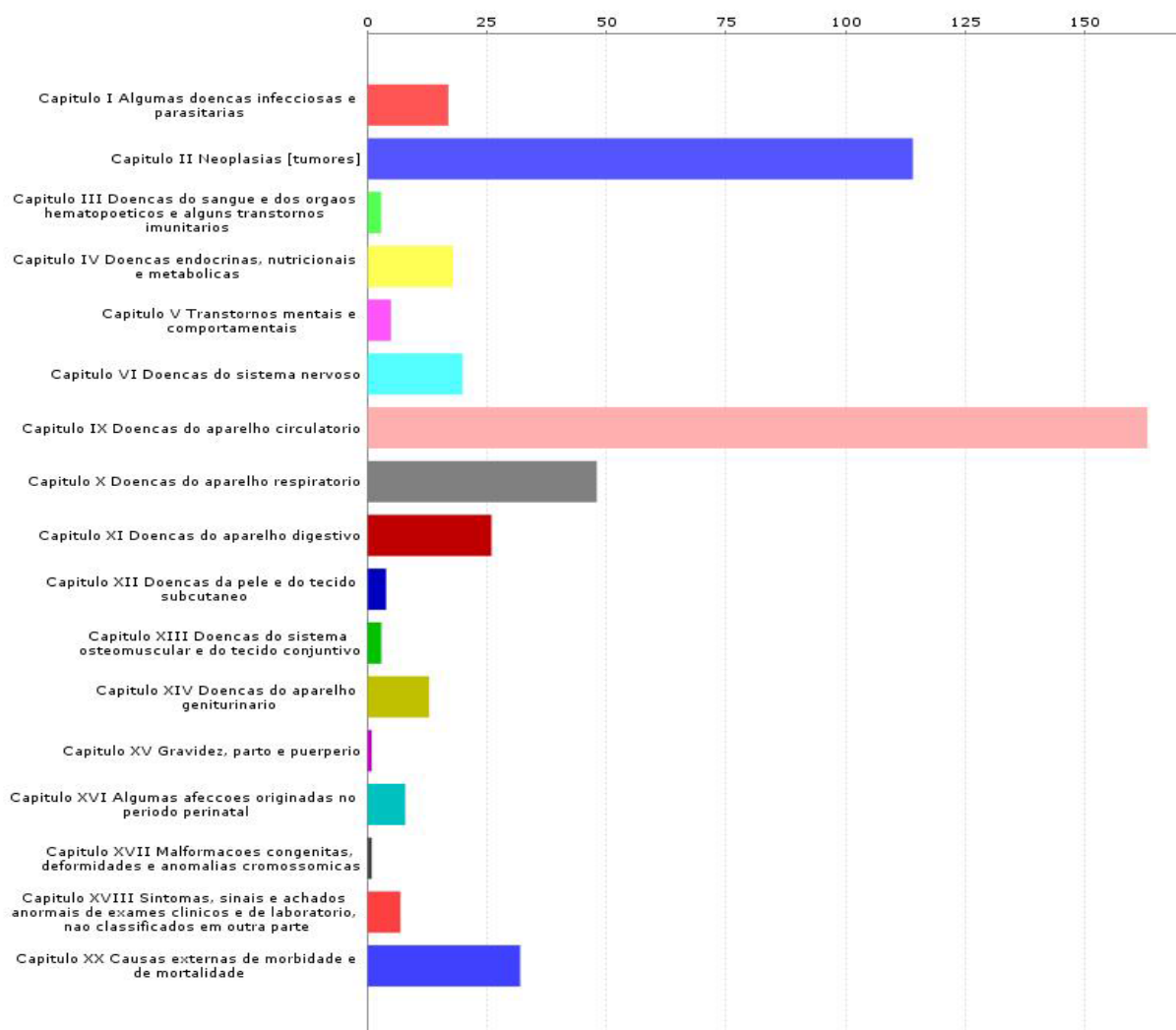
O gráfico acima mostra uma série histórica de óbitos de 17 anos de óbitos por grupo do CID-10. Vemos a predominância, em número de casos, das DCNT sobre as doenças infecciosas e parasitárias. As doenças do aparelho circulatório lideram em número de casos, seguido pelas neoplasias que em 1999 ultrapassam 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)

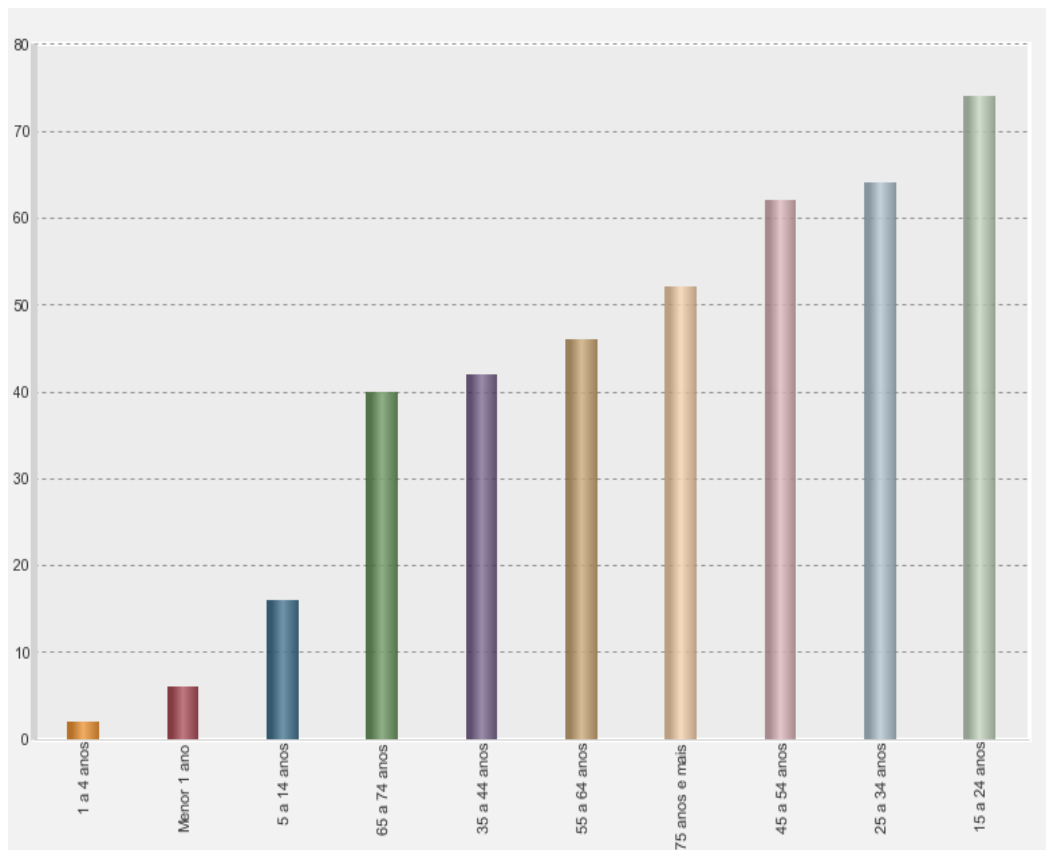
No município de São Borja observamos exatamente a mesma tendência de distribuição dos óbitos do estado como podemos ver a seguir:





### 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.



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

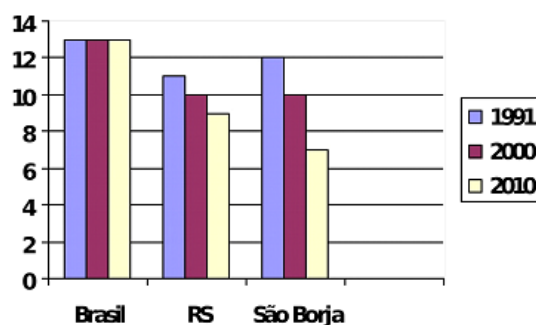


As causas externas são traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo, incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, 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.

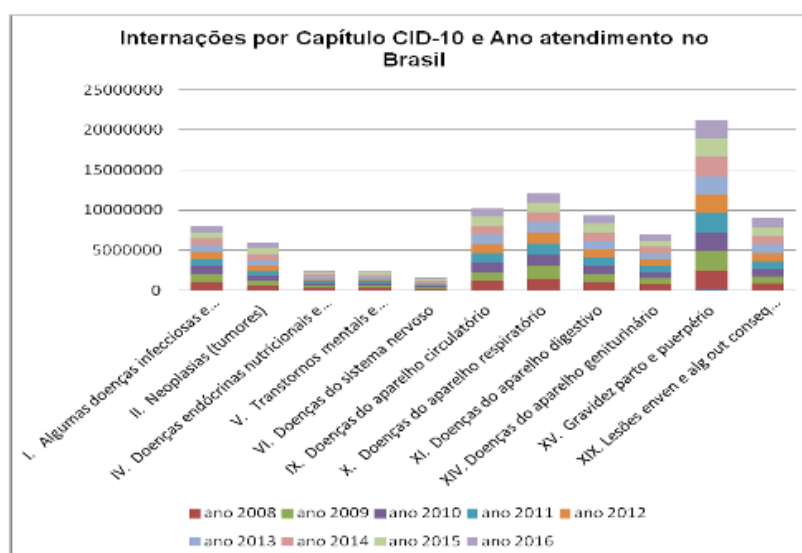
Ano	SÃO BORJA   RS	MÉDIA NACIONAL
2013	7,91 óbitos/100 mil pessoas	5,01 óbitos/100 mil pessoas
2012	4,90 óbitos/100 mil pessoas	5,32 óbitos/100 mil pessoas
2011	3,26 óbitos/100 mil pessoas	5,12 óbitos/100 mil pessoas
2010	9,73 óbitos/100 mil pessoas	4,95 óbitos/100 mil pessoas
2009	12,69 óbitos/100 mil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

Podemos ter uma ideia da morbidade de uma população específica estudando as suas internações hospitalares.

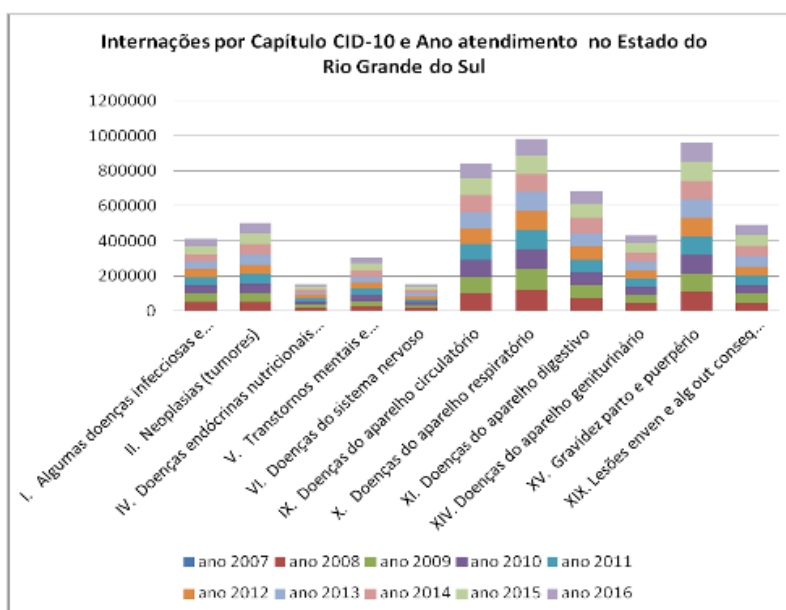


Fonte: Datasus

Total de internações no período: 100.795.269

Podemos notar no gráfico acima que predominam significativamente as internações por partos, no Brasil foram 21.234.836 internações no período de 2008 a 2016. 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.



Fonte: Datasus

Total de internações no período: 6.617.990.

No Rio Grande do Sul já observamos uma mudança no perfil das internações. 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, 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**



### 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		
Rede escolar	Número de matrículas no Ensino Fundamental	Número de matrículas no Ensino Médio

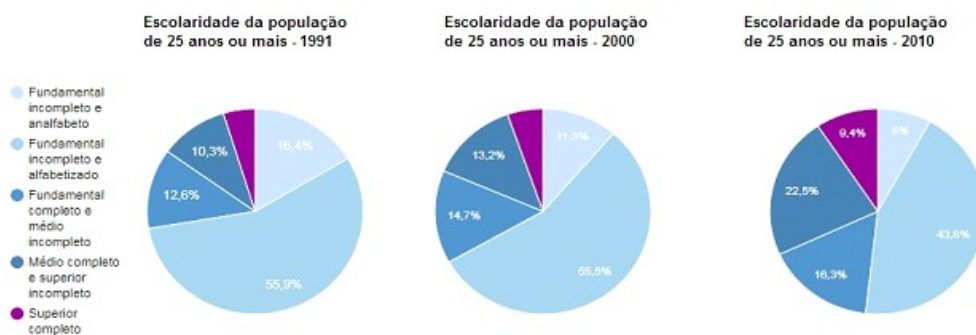
<b>Escola pública municipal</b>	3.267	0
<b>Escola pública estadual</b>	4.004	1.967
<b>Escola pública federal</b>	0	320
<b>Escola privada</b>	407	140

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 nos 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 infra- estrutura 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
<b>Nível educacional dos ocupados</b>		
% 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
<b>Rendimento médio</b>		
% 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 Município São Borja RS			
	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	78,53	91,07	95,91
% da população em domicílios com energia elétrica	91,83	97,59	99,08
% da população em domicílios com coleta de lixo	91,68	98,07	98,92

Fonte: PNUD, Ipea e FJP



**Vulnerabilidade Social - Município - São Borja - RS**

<b>Crianças e Jovens</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
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
<b>Família</b>			
% 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
<b>Trabalho e Renda</b>			
% 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
<b>Condição de Moradia</b>			
% 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.

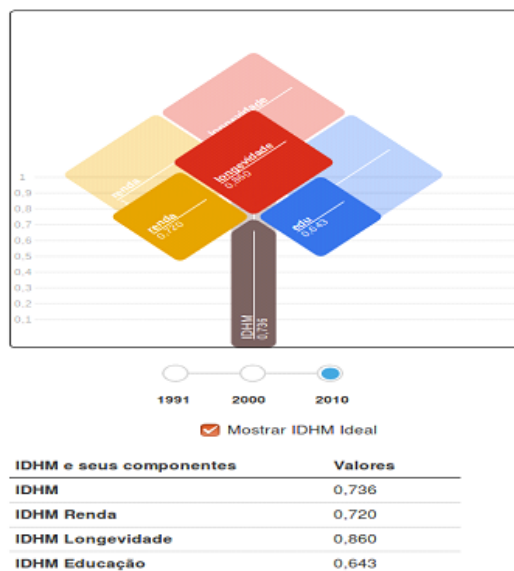
O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. O objetivo da criação do IDH foi o de oferecer um contraponto a

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.



Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes Município São Borja – RS			
IDHM e componentes	1991	2000	2010
<b>IDHM Educação</b>	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
<b>IDHM Longevidade</b>	0,754	0,794	0,860
Esperança de vida ao nascer	70,26	72,62	76,61
<b>IDHM Renda</b>	0,632	0,663	0,720
Renda per capita	409,49	496,09	705,72

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Entre 2000 e 2010

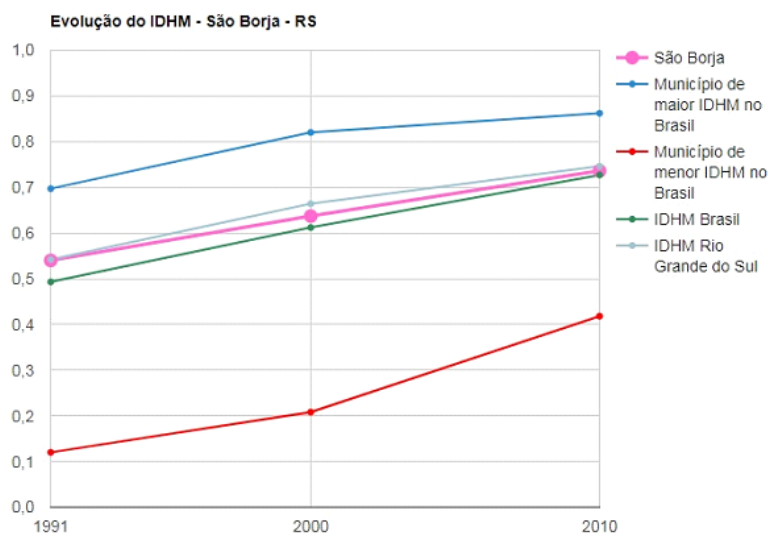
O IDHM passou de 0,637 em 2000 para 0,736 em 2010 - uma taxa de crescimento de 15,54%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 72,73% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em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

Classificação do IDHM de São Borja no Rio Grande do Sul

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

De um total de 496 municípios avaliados.

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
<b>7</b>	<b>São Borja (RS)</b>	<b>0,736</b>
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**

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 Icamaguã e Butuí, os arroios Manuã, Urucutai, Salso, Estiva e Santa Luzia;

b) Rio Icamaguã: 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.

## **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 está destinando 24,62% do orçamento municipal para saúde, desta forma cumprindo a emenda.

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 (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.

Fonte: Portal BI

### **Relação das Unidades de Saúde e Estratégias de Saúde da Família**

<b>Quadro 01 - Área geográfica de atuação</b>	<b>Equipes de Saúde da Família</b>	<b>População estimada</b>
Vilas - Ernesto Dornelles, Arnaldo Matter I,II, Arno Andres e Progresso, sito à Rua Patrício Petit	4067185 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 01 – Posto Ernesto Dornelles	3.500 pessoas, 1.020 famílias



Jean, 3610		
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	3.001 pessoas, 982 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	2.530 pessoas, 830 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	5.680 pessoas, 1.370 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	2.930 pessoas, 960 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	3.240 pessoas, 1.105 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	4.060 pessoas, 1.192 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	3.670 pessoas, 1.088 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	3.967 pessoas, 1.520 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	3.771 pessoas, 1.180 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	3.811 pessoas, 1.158 famílias
Vila Várzea, sito à Rua Venâncio Aires 319	3033546 - Equipe de Estratégia de Saúde da Família nº 12 – Posto Ana Ester Correa Pinto	4.258 pessoas, 919 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	4.300 pessoas, 1.083 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	3.912 pessoas 978 famílias
Centro urbano, Rua Coronel Lago, 1844	2247631 – Equipe de Agentes Comunitários de Saúde	1.935 pessoas, 593 famílias
Área central	2247631 –CEMAE	18.000 pessoas

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, CAPS AD e CAPS I.

### **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 SISPRENATAL, Programa do Ministério da Saúde, atendeu em 2016 no município a média de 862 gestantes. Esse sistema foi desenvolvido com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Sistema Único de Saúde, permitindo desta forma um acompanhamento da gestante desde o primeiro trimestre da gestação até o parto e puerpério. De acordo com a regionalização do parto, a referência municipal permanece a Fundação Ivan Goulart, onde no ano de 2016 foram realizados 876 partos, sendo 705 cesarianas e 171 partos vaginais.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com uma Farmácia Básica para dispensação de 146 medicamentos conforme Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), sendo possível consultar semanalmente a lista atualizada de medicamentos disponíveis no site da Prefeitura ([www.saoborja.rs.gov.br](http://www.saoborja.rs.gov.br)), onde mensalmente se dispensa em torno de R\$94.500,00 em medicações, e a entrega da medicação de 50 pacientes oncológicos que fazem acompanhamento em Uruguaiana. Os medicamentos não controlados também são dispensados junto aos ESFs. O município dispõe ainda de uma farmácia especializada onde são dispensadas medicações via processos, fraldas e oxigênio.

O município conta com uma Unidade Hospitalar, Fundação Ivan Goulart, com 101 leitos ativos, desses 71 são 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.

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), 08 carros leves para transporte sanitário de pacientes e para profissionais desenvolverem suas atividades, um micro-ônibus e uma van para viagens intermunicipais de pacientes.

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 50 atendimentos mensais, e o serviço básico realiza em média 90 atendimentos mensais.

O município possui uma clínica de fisioterapia para reabilitação que presta em torno de 1.000 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, Esquizofrenia, Transtornos de Ansiedade, Transtorno Depressivo moderado-grave, Transtorno Borderline. O funcionamento do serviço ocorre de segunda-feira a sexta-feira, no horário 8h às 18h sem fechar ao meio dia. 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 de Especialidades Odontológicas (CEO) atende as especialidades de endodontia (média mensal de 35 procedimentos finalizados), periodontia (média mensal de 100 procedimentos), cirurgia (média mensal de 150 procedimentos cirúrgicos) 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.

O Serviço de Atendimento Especializado (SAE) realiza atendimentos a pacientes portadores de doenças virais e bacterianas, tendo cadastrados 433 pacientes HIV, com

304 em acompanhamento de tratamento, 10 pacientes com tuberculose, 9 pacientes com hanseníase e 186 com hepatites. Realiza em torno de 180 atendimentos clínicos/mês e 250 atendimentos de enfermagem, incluindo consulta de acompanhamento e/ou testagem rápida de HIV, sífilis e hepatites virais. Trabalhando em conjunto com esse serviço a Secretaria de Saúde conta com uma equipe de redutores de danos que realizam atividades de promoção da saúde em escolas, grupos e empresas.

O município possui um Laboratório de Fronteira (Lafron) que realiza coleta para exames de toxoplasmose IGG e IGM, HIV, VDRL, teste rápido para sífilis, HbsAg, Grupo sanguíneo e fator Rh, EQU, urocultura com antibiograma, baciloscopia para tuberculose, BAAR de linfa para hanseníase, beta HCG, chagas, leptospirose, sorologia para dengue, zika, chikungunya e doenças exantemáticas, leishmaniose canina e humana, carga viral de HIV e hepatite, triagem neonatal sendo que alguns desses são encaminhados ao LACEN, atendendo uma média mensal de 280 pacientes.

O 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 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 anestesiologia, 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.

### **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 no Município de São Borja foi instituído pela Lei Municipal n.º 2.298 de 26 de abril de 1995.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) funciona como uma unidade orçamentária dentro do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); possui conta própria onde mensalmente é repassado o percentual destinado, ou seja, 15% dos recursos próprios.

Os gastos são empenhados em rubricas específicas do Fundo Municipal de Saúde onde todos os gastos são analisados e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

A partir de 26 de abril de 1995 o Fundo Municipal de Saúde possui CNPJ próprio sob o número 10.610.784/0001-23.

## **9. RELAÇÃO DOS SERVIDORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

São Borja conta com 436 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.

<b>CARGO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Agente Comunitário de Saúde	104
Veterinário	1
Atendente Consul. Dentário	16
Fisioterapeuta	9
Técnico em Enfermagem	41
Odontólogo	10
Condutor Samu	10
Agente Combate as Endemias	24
Cozinheiro	3
Monitor PIM	3
Cirurgião Dentista	10
Assistente Social	5
Agente Operacional de Saúde	54

Enfermeiro	30
Farmacêutico Bioquímico	7
Fiscal Sanitário	5
Servente	12
Educador Físico	5
Serviços Gerais	12
Psicólogo	8
Agente Adm. Auxiliar	1
Fonoaudiólogo	2
Motorista	22
Técnico Informática	1
Artesão	2
Monitor CAPs	1
Escriturário	3
Redutor de Danos	2
Terapeuta Ocupacional	3
Biomédico	2
Atendente	1
Farmacêutico	1
Telefonista	1
Nutricionista	2
Técnico Prótese Dentária	1
Auxiliar Serviços Gerais	1
Técnico em Contabilidade	1
Contador	1
Eletricista	1

## 10. INDICADORES DE SAÚDE

### SISPACTO 2017-2020

Indicador	Ano			
	2017	2018	2019	2020
1 – Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	126	126	126	126
2- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	100%	100%	100%	100%
3- Proporção de registros de óbitos com causa básica definida	95%	95%	95%	95%
4- Proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de 2 anos- Pentavalente (3ª DOSE), Pneumocócica 10-Valente (2ª), Poliomielite (3ª) e Tríplice viral (1ª) -com cobertura	75%	75%	75%	75%

vacinal preconizada				
5 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerradas em até 60 dias após notificação DOENÇAS	80%	80%	80%	80%
6- Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	90%	90%	90%	90%
7- Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	2	2	2	2
8- Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	0	0	0	0
9- Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quantos aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	80%	80%	80%	80%
10- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em melhores de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,59%	0,59%	0,59%	0,59%
11- Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	0,38%	0,40%	0,45%	0,46%
12- Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	20,32%	20,32%	20,32%	20,32%
13- Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	18,96%	18,96%	18,96%	18,96%
14 -Taxa de mortalidade infantil	10	10	10	10
15- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	0	0	0
16- Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	83%	83%	83%	83%
17- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	86%	86%	86%	86%
18- Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	83,20%	83,20%	83,20%	83,20%
19- Percentual de municípios que realizam no mínimo 6 grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios	100%	100%	100%	100%
20- Ações de matriciamento realizados por CAPS com equipes de Atenção Básica	100%	100%	100%	100%
21- Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	6	6	6	6
22- Proporção de preenchimento no campo ocupação nas notificações e agravos relacionados ao trabalho	100%	100%	100%	100%



## 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 2018 – 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
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 o número de Equipes de Estratégia de Saúde da Família 1.3.1 Ampliação da saúde prisional	Número de equipes de Estratégia de Saúde da Família implantadas	5 novas Equipes de Estratégia de Saúde da Família	-	2	2	1
1.1.4 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
1.1.5 Reimplantar o	Número de Unidades	14 Unidades de Saúde com	8	2	2	2

Programa de Controle do Tabagismo e ampliar a abrangência	de Saúde com o Programa de Controle do Tabagismo/ano implantado	o Programa implantado.				
1.1.6 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
1.1.7 Manter equipes estratégicas da Atenção Primária à Saúde (APS) (Estratégia de Saúde da Família – ESF, Estratégia de Saúde Bucal – ESB e Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF)	Equipes estratégicas da APS mantidas	Equipes estratégicas da APS mantidas	100%	100%	100%	100%
1.1.8 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%
1.1.9 Qualificar as Estratégias de Saúde da Família através da inserção do segundo Enfermeiro	ESF com segundo enfermeiro inserido na equipe	60% das ESF com o segundo enfermeiro inserido na equipe	70%	80%	100%	100%
1.1.10 Ampliar o número de Farmácia Básica de referência dentro da estrutura existente de APS	Abertura de Farmácia Básica de Referência	2 Farmácias Básicas de referência abertas	1	-	1	-
1.1.11 Dimensionar as necessidades da população através do remapeamento das áreas com cobertura de ESF e áreas descobertas	Remapeamento da área urbana	1 Remapeamento concluído	1	-	-	-
1.1.12 Fortalecer o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), qualificando as ações desenvolvidas e integrando suas atividades à Atenção Básica	Número de visitantes vinculados a Atenção Básica	36 visitantes vinculados a 100% das equipes de ESF	36	36	36	36
1.1.13 Disponibilizar serviços de reabilitação através de um Centro Especializado em Reabilitação (CER)	Centro Especializado em Reabilitação (CER)	1 Centro Especializado em Reabilitação (CER)	1	-	-	-
1.1.14 Aprimorar as ações	Academias de Saúde	2 Academias de Saúde	-	1	1	-

de promoção da saúde na Atenção Básica através do Funcionamento das Academias de Saúde	concluídas	concluídas				
--	------------	------------	--	--	--	--

**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 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
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 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
2.2.1 Manter a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	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 Implantar 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 às crianças e adolescentes em medida socioeducativa	Número de relatórios anuais	4 relatórios elaborados	1	1	1	1
2.2.5 Implantar o CAPSI, unidade de atendimento a criança e adolescente	Número de CAPSI implantados	1 CAPSI implantado	-	-	1	-
2.2.6 Fortalecer a RAPS através de reuniões intersectoriais periódicas, garantindo a integralidade do cuidado	Reuniões intersectoriais/ano	8 reuniões intersectoriais da RAPS	2	2	2	2
2.2.7 Ampliar o CAPS I para CAPS II visando a melhoria no atendimento aos usuários	CAPS II implantado	1 CAPS II implantado	-	1	-	-
2.2.8 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
2.2.9 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 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
2.3.1 Implantar 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	Meta 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
2.4.1 Reorganizar a atenção ao portadores Hipertensão arterial sistêmica de acordo com os estratos de risco.	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 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
2.5.1 Manter a rede de Saúde Bucal nas ESFs com foco especial nos	Rede de saúde bucal mantida	Rede de saúde bucal mantida em 100% dos ESFs	1	1	1	1

grupos de risco. 2.5.1.1 Ampliar o horário de atendimento no Pronto Atendimento Municipal (PAM)						
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	01 Centro 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	-

### **Diretriz 3.** Rede de Atenção à Urgência e Emergência

**Objetivo 3.1** -Implantar 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 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
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 Iniciar os atendimentos da Unidade de Pronto Atendimento 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 Unidade de Pronto Atendimento - UPA	Informação divulgada	Informação divulgada	1	1	1	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 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
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	Percentual de serviços da rede de atenção com fluxo de comunicação de	100% dos serviços da rede de atenção com fluxo de comunicação de referência e contra-	50%	70%	90%	100%

realização de referência e contra-referência especializada.	referência e contra-referência implantado/ ano.	referência implantado.				
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 Implantar o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) com objetivo de monitoramento e continuidade da assistência em domicílio.	SAD Implantado	1 SAD implantado	1	-	-	-
4.1.5 Implantar nos Centros de Especialidades e SAD novo modelo de atendimento multiprofissional para o cuidado do paciente em condição crônica referenciado pela Atenção Primária à Saúde após a estratificação de risco e com critérios de encaminhamento.	Número de Centro de Especialidades e SAD com novo modelo de atendimento implantado/ano.	3 centros de especialidades e SAD com novo modelo de atendimento implantado.	-	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 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
5.1.1 Avaliar e monitorar continuamente a oferta de serviços ambulatoriais e	Percentual de avaliações realizadas em relação ao número total de	Acompanhamento realizado continuamente em no mínimo 90% dos	90%	90%	90%	90%



hospitalares, conforme definido nos contratos dos prestadores de serviços do SUS	estabelecimentos com contrato	estabelecimentos de saúde contratados				
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 Aprimorar o acesso às especialidades através da regulação dos encaminhamento e da implantação de protocolos por grupo profissional	Protocolos elaborados e implantados	Protocolos elaborados e implantados para 100% das especialidades	50%	75%	90%	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 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
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	-	-	-

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

Ações	Indicador	Meta 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
6.2.1 Ampliar a oferta de serviços prestados pelo Lafron São Borja	Reestruturação do Laboratório de Águas	Laboratório de Águas em funcionamento	-	1	-	-
6.2.2 Ampliar a descentralização de imunobiológicos	Salas de Vacina abertas e/ou ativas em ESFs	13 salas de vacinas em ESFs	1	2	1	1
6.2.3 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%
6.2.4 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%
6.2.5. Realizar atividades da vigilância ambiental nas áreas consideradas de risco	Número de atividades realizadas/ano	8 atividades realizadas	2	2	2	2

para a transmissão de leptospirose e acidentes com animais peçonhentos						
6.2.6 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%
6.2.7 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%
6.2.8 Reestruturar a política de Saúde do Trabalhador	Elaboração de Protocolo de Saúde do Trabalhador	1 Protocolo elaborado	-	1	-	-
6.2.9 Investigar os agravos notificados referentes à saúde do trabalhador	Percentual de agravos notificados e investigados.	100% dos acidentes graves investigados	100%	100%	100%	100%
6.2.10 Divulgar orientações e informações sobre as ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária através do site <a href="http://www.saoborja.rs.gov.br">www.saoborja.rs.gov.br</a>	Manter as informações sobre as ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária atualizadas	Informações atualizadas	100%	100%	100%	100%
6.2.11 Realizar atividades em parceria com as unidades de saúde para que todos os agravos referente a Saúde do Trabalhador sejam notificados.	Número de Atividades/ ano	4 atividades realizadas	1	1	1	1

**Objetivo 6.3 -Ação contínua da vigilância à saúde.**

Ações	Indicador	Meta 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
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	Percentual das	100% das DNV e DO	100%	100%	100%	100%

Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e as Declarações de Óbito (DO) e em seus respectivos bancos de informação nacionais (SINASC e SIM).	Declarações de óbitos e Declarações de Nascidos Vivos (DNV) ocorridos, inseridas nos Bancos de informações nacionais.	inseridas nos bancos de informações nacionais.				
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%	905
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,	Elaborar	4 relatórios elaborados	1	1	1	1

cadastro, armazenamento e processamento de informações para incidência de câncer.	relatório anual de incidência de base populacional					
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 e implantar os testes rápidos de Hepatites Virais	Unidades Básicas de Saúde que realizam testes rápidos	100% das Unidades Básicas de Saúde	100%	100%	100%	100%
6.3.13 Manter ações contínuas de prevenção as DST/HIV/AIDS principalmente junto a jovens, população em situação de rua, profissionais do sexo, utilizando novas estratégias de comunicação, conforme plano de ação	Ações de prevenção as DST/HIV/AIDS mantidas	Ações de prevenção as DST/HIV/AIDS mantidas	100%	100%	100%	100%

#### **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 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
7.1.1 Instituir e manter 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.	Atividades dirigidas aos profissionais da Rede Municipal	1 atividade ao ano	1	1	1	1

	de Saúde (promoção em saúde)					
7.1.3 Implementar Política Municipal de Educação Permanente	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 Realizar 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	-	-	-
7.1.7 Implantar ponto eletrônico digital nas Unidades de Saúde da SMS.	Percentual unidades de saúde com ponto eletrônico digital implantado ao ano	100% das unidades com ponto eletrônico digital implantado	80%	90%	100%	100%

**Diretriz 8.**Participação da Sociedade e Controle Social

**Objetivo 8.1** - Fortalecer os mecanismos de controle social.

Ações	Indicador	Meta 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
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	Execução orçamentária da	Acompanhar anualmente a execução orçamentária da	1	1	1	1

rubrica orçamentária específica para o Conselho Municipal de Saúde - CMS dentro do orçamento geral da Secretaria Municipal de Saúde - SMS.	rubrica específica do CMS acompanhada e facilitada.	rubrica específica do CMS				
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 trimestral.	Cronograma anual de formação dos conselheiros de saúde construído e implementado	1	1	1	1
8.1.4 Garantir caixas de sugestões, críticas e elogios em todas as unidades municipais de saúde.	Percentual de Unidades Municipais de Saúde com caixas de sugestões mantidas.	Manter caixas de sugestões, críticas e elogios em todas 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 2018-2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
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 Elaborar 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 Acolher, 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%
8.2.4 Adquirir material de divulgação da Ouvidoria para usuários.	Disponibilizar o material de divulgação da Ouvidoria para usuários.	100% de divulgação entre as famílias cadastradas nas ESFs	90%	100%	100%	100%

#### **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 2018 - 2021	Meta Anual			
			2018	2019	2020	2021
9.1.1 Monitorar os custos de cada ponto de atenção apresentando os resultados ao Conselho	Relatórios apresentados para o CMS.	12 Relatórios apresentados para o CMS.	3	3	3	3



Municipal de Saúde.						
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	-

### **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 anualmente, 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](http://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](http://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/>

## ANEXOS