

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA
DEPARTAMENTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA

2018- 2021

Santa Rosa, 2017

PREFEITO MUNICIPAL DE SANTA ROSA - Alcides Vicini

VICE-PREFEITO - Luís Antônio Benvegnú

PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA – FUMSSAR – Anderson Mantei

DEPARTAMENTO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA – DGEP – Ademir Rosa

DEPARTAMENTO DE GESTÃO ADMINISTRATIVA - DGAS – Rogério Silva

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE- DGAPS – Alice Klein Hofferber

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA REDE COMPLEMENTAR EM SAÚDE- DGRC- Délcio Stefan

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – José Martins

EQUIPE DE SISTEMATIZAÇÃO

Diretor Ademir Rosa

Diretor Rogério Santos Silva

Diretora Alice Klein Hofferber

Diretor Delcio Stefan

Katia Kaffka dos Reis – Enfermeira geral

Elisete Mônica Stefan Tiede – Agente Administrativo

BASES LEGAIS

A elaboração do Plano Municipal de Saúde de Santa Rosa baseou na legislação do Sistema Único de Saúde conforme segue as considerações abaixo:

Considerando o estabelecido na Constituição Federal de 1988 quanto à elaboração e encaminhamento dos projetos relativos ao Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA);

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; e revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993;

Considerando a Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa;

Considerando a Resolução CNS nº 459, de 10 de outubro de 2012, que aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/201;

Considerando a Portaria de 25 de setembro de 2013, que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Agente Comunitário de Saúde	ACS
Auxiliar de Saúde Bucal	ASB
Atenção Primária à Saúde	APS
Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde	CNES
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas	CAPS AD
Centro de Referência da Assistência Social	CRAS
Centro de Referência Especializado da Assistência Social	CREAS
Comissão Intergestores Bipartite	CIB
Conselho Regional de Desenvolvimento	COREDE
Departamento de Gestão da Atenção Primária à Saúde	DGAPS
Diabete Mellitus	DM
Doenças Cardiovasculares	DCV
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	DCNT
Estratégia de Saúde da Família	ESF
Fundação de Economia e Estatística	FEE
Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa	FUMSSAR
Hipertensão Arterial Sistêmica	HAS
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	IDHM
Núcleo de Apoio à Saúde da Família	NASF
Organização das Nações Unidas	OMS
Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio	PNAD
Produto Interno Bruto	PIB
Rio Grande do Sul	RS
Sistema Único de Saúde	SUS
Unidade Básica de Saúde	UBS
Unidade de Dispensação de Medicamentos	UDM

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Região de Saúde Fronteira Noroeste (R14), RS, 2012.	10
Figura 02: Cobertura de equipes da Atenção Básica no município de Santa Rosa de 2010 a 2017.	15
Figura 03: Pirâmide etária Santa Rosa, percentuais por faixas etárias e sexo, 1992.	20
Figura 04. Pirâmide etária Santa Rosa, percentuais por faixas etárias e sexo, 2002.	21
Figura 05. Pirâmide etária Santa Rosa, percentuais por faixas etárias e sexo, 2012.	21
Figura 06: Expectativa de vida ao nascer, Santa Rosa, 1980 a 2011.	24
Figura 07: Taxa de mortalidade infantil a cada mil nascidos vivos no município de Santa Rosa.	26
Figura 08: Casos de AIDS em adulto conforme ano de diagnóstico, residentes em Santa Rosa 2007 a 2016.	29
Figura 09: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez em Santa Rosa de 2014 a 2017.	31
Figura 10: Proporção de amostras de água com presença de E. Coli em soluções Alternativas Coletivas, Santa Rosa 2014 a 2017.	31
Figura 11: Distribuição dos casos notificados de dengue em 2016 por semana epidemiológica, Santa rosa 2016	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Santa Rosa – RS	11
Quadro 02: Percentual de longevidade, mortalidade e fecundidade do município de Santa Rosa, nos anos 1991, 2000 e 2010.	12
Quadro 03. Evolução de renda, pobreza e desigualdade no município de Santa Rosa entre os anos de 1991 a 2010.	12
Quadro 04: Taxa de Ocupação, população de Santa Rosa, 2013.	13
Quadro 05: Indicadores de habitação do município de Santa Rosa, 2013.	13
Quadro 06: Profissionais e atividades do NASF	16
Quadro 07: Demonstrativo Financeiro das receitas e despesas do Fundo municipal de saúde 2015 e 2016.	18
Quadro 08. Principais indicadores de Saúde SINASC, Santa Rosa 2008 a 2016.	22
Quadro 09: Principais indicadores de saúde – Mortalidade, Santa Rosa 2008 a 2016.	23
Quadro 10: Principais coberturas vacinais em menores de 1 ano, Santa Rosa 2008 a 2016.	25
Quadro 11: Razão de exames citopatológicos do colo do útero no município de Santa Rosa em 2016.	27
Quadro 12: Razão de mamografias realizadas no município de Santa Rosa no ano de 2016.	28
Quadro 13: Casos de AIDS conforme ano de diagnóstico e faixa etária, residentes em Santa Rosa, 2007 a 2016.	29
Quadro 14: Casos confirmados de dengue conforme o ano de início de sintomas e autoctonia, Santa Rosa 2007 a 2016.	32
Quadro 15: Distribuição dos casos confirmados de dengue em 2016 segundo bairro de residência.	33
Quadro 16: Índice de infestação predial (IIP) em Santa Rosa no ano de 2016.	33

Quadro 17: Rede física de saúde pública e privada, prestadora de serviços ao SUS do município de Santa Rosa, 2017.	34
Quadro 18: Prestador de serviços contatados pela FUMSSAR cadastrados no CNES do Município de Santa Rosa 2017	35
Quadro 19: Internações hospitalares por especialidade e local de atendimento no município de Santa rosa	35
Quadro 20: Internações Hospitalares no município de Santa Rosa, 2017.	35
Quadro 21: Habilitações do Hospital ABOSCO a prestação de serviços ao município de Santa Rosa pelo SUS em 2017.	36
Quadro 22: Habilitações do Hospital Vida e Saúde a prestação de serviços ao município de Santa Rosa pelo SUS 2017	37

Sumário

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO 1- ANÁLISE SITUACIONAL	9
1.1 O município de Santa Rosa no Cenário Regional	9
1.2 Caracterização do Município de Santa Rosa no Cenário Local	10
CAPITULO 2 – ESTRUTURA ASSISTENCIAL DE SAÚDE	14
2.1 Histórico da constituição do sistema local de saúde.....	14
2.2 Atenção Primária em Saúde	14
2.3 Rede de Atenção Básica à Saúde de Santa Rosa	15
CAPÍTULO 3 – FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL	17
CAPÍTULO 4 – CONDIÇÕES DE SAÚDE	20
3.1 Características Demográficas e Indicadores.....	20
CAPÍTULO 5 – REDE DE ATENÇÃO COMPLEMENTAR	34
4.1 Atenção Hospitalar	35
CAPÍTULO 6 - EDUCAÇÃO PERMANENTE	38
5.1 Núcleo de Ensino e Pesquisa – NEP	39
CAPÍTULO 7 – EIXOS, DIRETRIZES, METAS E INDICADORES	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	53

INTRODUÇÃO

Os conceitos relacionados à saúde utilizados pela sociedade vêm ao longo dos anos sendo amplamente discutidos e ampliados, pois os diversos aspectos da vida cotidiana influenciam no entendimento da saúde como um processo dinâmico com múltiplas necessidades em que a busca pela qualidade torna-se fundamental.

O gerenciamento do sistema de saúde requer da gestão pública a utilização de ferramentas de gestão capazes de qualificar a organização do cuidado de saúde para que cada vez mais as necessidades sejam reconhecidas e as estratégias de superação, incorporadas através dos avanços das tecnologias.

O Plano Municipal de Saúde caracteriza-se por ser um documento que sistematiza as proposições da política municipal de saúde gerenciada pela Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa tem resposta às necessidades de saúde da população do município de Santa Rosa, levando em conta os princípios e diretrizes gerais que regem a política de saúde no âmbito nacional e estadual. Dessa forma, se traduz em um instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde tem a proposta de sistematizar o contexto da saúde no município de Santa Rosa contemplando o planejamento em saúde de forma a identificar as prioridades de saúde do município ao mesmo tempo em que são estabelecidos os eixos, as diretrizes, as metas e os indicadores a serem observados e executados no período dos anos de 2018 a 2021. A determinação das prioridades seguiu o Relatório Final da 12ª Conferência Municipal de de Saúde do município de Santa Rosa realizada no dia 14 de julho de 2017. No momento que foram discutidos as sugestões das microconferências realizadas anteriormente nas comunidades do município, identificando os avanços do sistema de saúde, utilizando “a metodologia que bom, que pena e que tal”.

A elaboração deste plano contou com a participação de profissionais e gestores da FUMSSAR na definição das diretrizes ao mesmo tempo em que buscou a ampla

participação da sociedade e do controle social através das Microconferências e com a aprovação na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde de Santa Rosa 2018 - 2021 está organizado em capítulos sendo que no primeiro capítulo é apresentada a análise situacional da região da 14ª CRS e do município de Santa Rosa. No segundo capítulo são apresentadas os aspectos do sistema de saúde municipal, no terceiro capítulo são apresentadas as principais condições de saúde do município e no quarto capítulo é realizada a apresentação dos eixos, dos objetivos, metas e indicadores que nortearão o sistema de saúde do município de Santa Rosa.

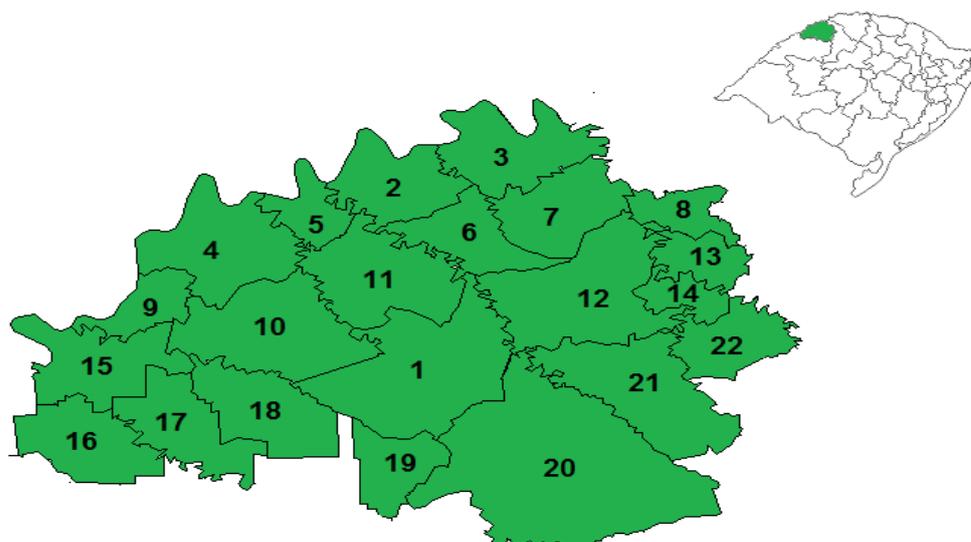
Capítulo 1- ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 O município de Santa Rosa no Cenário Regional

O município é geograficamente situado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, distante 504 quilômetros da capital do Estado, na faixa do Brasil com a Argentina, formando juntamente com mais 20 municípios a Região Fronteira Noroeste. Possui uma área territorial de 489,79 Km² e uma densidade populacional de 140,03 hab/km². Esta medida refere-se a relação entre a população e a superfície do território. Possui economia predominantemente referente ao setor metalomecânico e agrícola. Neste sentido o município em 2014, segundo a Fundação de Economia e Estatística (FEE) possuiu um Produto Interno Bruto (PIB) de 2.328.986,77 – 31,95% Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE), ocupando a 137ª posição estadual. Quanto aos aspectos culturais o município é conhecido como o Berço Nacional da Soja e a Terra do Musicanto.

Quanto aos aspectos de saúde, é sede da 14ª Coordenadoria de Saúde, e faz parte dos 22 municípios da Região de Saúde Fronteira Noroeste (região número 14). A população de abrangência da 14ª Região de Saúde corresponde a cerca de 226.933 habitantes (ATA CIR 2012). O Rio Grande do Sul está dividido em trinta Regiões de Saúde (Resolução CIB RS nº 555/2012), distribuídas nas 19 Regiões Administrativas da Secretaria Estadual da Saúde. Quanto a organização de gestão locorregional, o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, descreve como região de saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado 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” (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Figura 1. Região de Saúde Fronteira Noroeste (R14), RS, 2017.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS, 2013

1-Santa Rosa; 2- Novo Machado; 3- Dr. Maurício Cardoso; 4- Alecrim; 5- Porto Mauá; 6- Tucunduva; 7- Horizontina; 8- Nova Candelária; 9- Porto Vera Cruz; 10- Santo Cristo; 11- Tuparendi; 12- Três de Maio; 13- Nova Candelária; 14- São José do Inhacorá; 15- Porto Lucena; 16- São Paulo das Missões; 17- Campina das Missões; 18- Cândido Godói; 19- Senador Salgado Filho; 20- Giruá; 21- Independência; 22- Alegria.

1.2 Caracterização do Município de Santa Rosa no Cenário Local

Os aspectos gerais do município, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Santa Rosa em 2010 foi de 0,769 ficando na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). O IDH é um índice-síntese que procura captar o nível de desenvolvimento humano alcançado por uma localidade, levando em consideração três dimensões básicas: acesso ao conhecimento (dimensão Educação); direito a uma vida longa e saudável (dimensão Longevidade); e direito a um padrão de vida digno (dimensão Renda). Destaca-se que entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi a Educação (com crescimento de 0,142), seguida por Renda e Longevidade. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu

em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,192), seguida por Longevidade e por Renda.

Quadro 01: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Santa Rosa – RS

IDHM	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,359	0,551	0,693
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	33,21	42,90	59,65
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	31,17	69,17	84,73
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	61,58	84,65	93,23
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	35,56	59,95	74,23
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	20,80	36,40	46,76
IDHM Longevidade	0,745	0,839	0,871
Esperança de vida ao nascer (em anos)	69,69	75,34	77,25
IDHM Renda	0,640	0,696	0,752
Renda per capita (em R\$)	429,93	608,84	863,61

Fonte: Pnad, 2013.

No quadro acima, observa-se que Santa Rosa teve um incremento no seu IDHM de 38,56%, nas últimas duas décadas e que a tendência é a progressão ascendente. Destaca-se que o município de Santa Rosa ocupa a 238ª posição, em 2010, em relação aos 5.565 municípios do Brasil, sendo que 237 (4,26%) municípios estão em situação melhor e 5.327 (95,72%) municípios estão em situação igual ou pior. Em relação aos 496 outros municípios de Rio Grande do Sul, Santa Rosa ocupa a 31ª posição, sendo que 30 (6,05%) municípios estão em situação melhor e 465 (93,75%) municípios estão em situação pior ou igual.

Quanto ao indicador esperança de vida ao nascer é utilizado para compor a dimensão longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Santa Rosa, a esperança de vida ao nascer aumentou 7,6 anos nas últimas duas décadas, passando de 69,7 anos em 1991 para 75,3 anos em 2000, e para 77,3 anos em 2010 enquanto que no país é de 73,9 anos.

Os aspectos de longevidade, mortalidade e fecundidade, o quadro abaixo demonstra que houve redução da mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) de 29%, passando de 13,4 por mil nascidos vivos em 2000 para 9,5 por mil nascidos vivos em 2010. Destaca-se que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e

do país eram 12,4 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente, ficando Santa Rosa com índices menores conforme especificado.

Quadro 02: Percentual de longevidade, mortalidade e fecundidade do município de Santa Rosa, nos anos 1991, 2000 e 2010.

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	69,7	75,3	77,3
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	19,8	13,4	9,5
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	23,2	15,6	11,2
Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	2,4	2,2	1,3

Fonte: PNAD, IBGE, 2013

Quadro 03. Evolução de renda, pobreza e desigualdade no município de Santa Rosa entre os anos de 1991 a 2010.

	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	429,93	608,84	863,61
% de extremamente pobres	10,38	5,20	0,55
% de pobres	31,71	15,48	3,98
Índice de Gini	0,57	0,55	0,47

Fonte: PNAD, IBGE 2013.

O quadro acima demonstra que nos anos entre 1991 e 2010 o aumento na renda foi de 100% avaliando-se a renda per capita. Outro dado significativo refere-se ao percentual de extremamente pobres houve uma redução significativa de 10,38 em 1991 para 0,55 em 2010. Também foi observada a redução do percentual de pobres nos 20 anos de análise de 31,71 em 1991 para 3,98 em 2010. O Coeficiente de Gini é a medida de desigualdade de distribuição de renda. Ele consiste em um número entre 0 e 1, onde 0 corresponde à completa igualdade de renda e 1 corresponde à completa desigualdade (onde uma pessoa tem toda a renda ou rendimento, e as demais nada têm). O índice de Gini é o coeficiente expresso em pontos percentuais (é igual ao coeficiente multiplicado por 100). De acordo com os dados acima observa-se a redução da desigualdade.

Quadro 04: Taxa de Ocupação, população de Santa Rosa, 2013.

Ocupação da população de 18 anos ou mais - Santa Rosa – RS		
	2000	2010
Taxa de atividade	69,90	71,57
Taxa de desocupação	11,53	4,15
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	62,63	72,70
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo	51,45	68,19
% dos ocupados com médio completo	32,59	46,52
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 salário mínimo	40,54	16,73
% dos ocupados com rendimento de até 2 salários mínimos	72,54	66,52

Fonte: PNAD, IBGE, 2013.

Quadro 05: Indicadores de habitação do município de Santa Rosa, 2013.

Indicadores de Habitação - Santa Rosa – RS			
	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	87,56	95,12	96,23
% da população em domicílios com energia elétrica	95,19	99,01	99,96
% da população em domicílios com coleta de lixo. *Somente para população urbana.	89,73	96,86	99,60

Fonte: PNAD, IBGE 2013

No município de Santa Rosa de 2000 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 140,00 reduziu em 71,2%. Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda *per capita* até R\$ 140,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00. No Estado, a proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* de até R\$ 140,00 passou de 16,0%, em 2000, para 7,2% em 2010.

CAPITULO 2 – ESTRUTURA ASSISTENCIAL DE SAÚDE

2.1 Histórico da constituição do sistema local de saúde

As ações de saúde eram desenvolvidas pelo Estado, União e algumas iniciativas do município, não havendo gerenciamento único para a política de saúde. A Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa foi criada em 1995 para estruturar o sistema de saúde local, pois até então não havia no município um local adequado para gerenciar o atendimento à saúde da população.

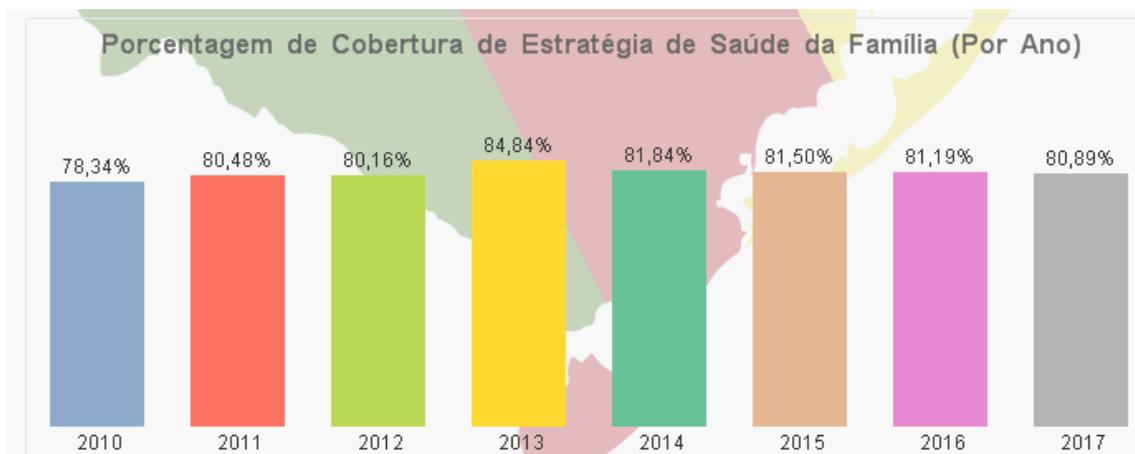
2.2 Atenção Primária em Saúde

O Departamento de Atenção Primária à Saúde da FUMSSAR é o responsável por coordenar a articulação do nível básico da saúde no município. As equipes de saúde da família estão vinculadas.

A garantia de acesso na rede básica está organizada através das ações e serviços à população a partir das equipes de saúde da família, vinculadas a territórios distribuídos geograficamente, que abrangem toda a população do município, seguindo os princípios norteadores do SUS, com ênfase na promoção, prevenção, reabilitação da saúde e no acesso universal e gratuito.

O Departamento da Atenção Primária em Saúde da FUMSSAR é responsável pela coordenação do cuidado da população adstrita de cerca de 4.000 pessoas nos territórios através de 17 equipes ESF/PACS e 03 unidades avançadas (em área rural). Cada equipe mínima é composta por médico, enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Figura 02: Cobertura de equipes da atenção básica no município de Santa Rosa de 2010 a 2017.



Fonte: Portal BI- 2017

Quanto as ações de saúde bucal, o município tem estruturado este serviço através das Equipes de Saúde Bucal, que atuam em oito unidades de Saúde. Cada equipe de Saúde Bucal é composta por Odontólogo e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

Importante para a qualificação da atenção básica refere-se a existência das Residências Médica e Multiprofissional que possuem suas atividades práticas nas unidades de saúde do município de Santa Rosa.

2.3 Rede de Atenção Básica à Saúde de Santa Rosa

Os serviços constituem-se de equipes de estratégia de saúde da família, 17 unidades básicas de saúde, 02 equipes de NASF, um CAPS, uma equipe de Redução de Danos (40h), um Centro de Especialidades, laboratório de análises clínicas, hemocentro regional, vigilância em saúde, saúde do trabalhador CEREST, Centro de Reabilitação auditiva e intelectual - CER e as áreas de apoio e infraestrutura. O município de Santa Rosa é gestor pleno do sistema e atua como referência para os serviços de oncologia, neurologia, nefrologia e traumatologia.

Quadro 06: Profissionais e atividades do NASF.

Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF	
Quem são os profissionais	Atividades
TERAPEUTA OCUPACIONAL FARMACEUTICO PEDIATRA FONOAUDIOLOGA EDUCADOR FISICO FISIOTERAPEUTA NUTRICIONISTA PSICOLOGO	Atividades Individuais nos postos de saúde; Atendimentos referenciados; Atendimentos conjuntos; Atividades de Grupo; Oficinas; Apoio e Matriciamento das equipes; Visitas domiciliares; Ações Intersetoriais;

Fonte: FUMSSAR 2017.

Em 2006, foi implantada a Residência Médica e a partir de junho de 2010 se iniciaram as atividades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, ambas com as bolsas dos residentes financiadas pelo Ministério da Saúde.

Capítulo 3 – FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL

A Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, estabelecendo os critérios de rateio de recursos para as transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária anual.

Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que trata o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios.

Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158, a alínea “b” do inciso I do caput e o inciso III do art. 159, todos da Constituição Federal.

O Decreto nº 7.827/2012 foi publicado visando regulamentar os procedimentos condicionantes para o recebimento dos recursos para a saúde, bem como para restabelecer as transferências suspensas. Essa norma reforça a obrigatoriedade da atualização permanente dos dados financeiros no Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em saúde (SIOPS), no qual é feita a declaração da receita recebida e a dos gastos realizados pelo ente federado, assim como a aplicação do percentual mínimo de recursos com ações e serviços de saúde. O não cumprimento dessa prescrição pode levar à suspensão das transferências constitucionais e voluntárias.

O quadro 06 apresenta a execução de receitas e despesas do Fundo Municipal de Saúde de Santa Rosa.

Quadro 07: Demonstrativo Financeiro receitas e despesas do Fundo Municipal de Saúde de Santa Rosa 2016 e 2016.

	SALDO EM: 31/12/2015	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2016
FUNTE MUNICIPAL					
Recursos Municipais Aplicados em Saúde					
40 - Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS	614.536,83	21.464.743,7	39.705,60	21.780.053,9	338.932,26
4001- Outras receitas aplicadas em Saúde	274.807,89	1.655.795,48	73.044,62	1.661.035,87	342.612,12
4002- Alienação de bens adquiridos c/ recursos da Saúde	1.658,20	17.568,00	139,23	19.365,43	0,00
4003- SAMU/UPA - Microrregião	66.305,10	2.574.745,83	10.950,95	2.414.167,24	237.834,64
SUBTOTAL	957.308,02	25.712.853,0	123.840,40	25.874.622,4	919.379,02
FUNTE ESTADUAL					
Assistência Farmacêutica					
4050 - Farmácia Básica	147.143,97	467.202,09	15.300,97	537.304,46	92.342,57
Atenção Básica					
4011 - Atenção Básica	296.807,26	699.380,19	29.276,16	929.724,34	95.739,27
4090 - PSF	81.156,08	1.290.280,90	23.031,89	1.285.150,02	109.318,85
4160 - Primeira Infância Melhor - PIM	75,77	53.000,00	417,31	53.400,00	93,08
Consulta Popular					
4278 - Aquisição equiptos. Para hospital	19.149,65	0,00	2.577,42	21.727,07	0,00
Convênios					
4302 - aquisição equiptos. Serviços urgência/emergência	212.660,36	0,00	20.731,33	225.119,17	8.272,52
4309 - Reforma/ampliação de hemocentros	893.309,72	0,00	67.903,65	887.227,71	73.985,66
Média e Alta Complexidade					
4111 - CEO/LRPD	0,00	59.440,00	218,68	21.876,48	37.782,20
4170 - SAMU/UPA	21.495,76	4.176.785,08	2.771,29	4.189.781,51	11.270,62
4220 - CAPS	106.676,41	393.148,00	30.856,30	352.425,93	178.254,78
4230 - Apoio à rede hospitalar	15.388,53	8.141.757,60	2.079,82	8.141.757,60	17.468,35
TC ou Portaria SES					
4292 - Aquisição de veículos	5.728,89	0,00	742,59	6.471,48	0,00
4293 - Aquisição de equipamentos e Mat. Permanente	333.062,19	0,00	43.720,32	61.313,39	315.469,12
4297 - Custeio - medicamentos, exames e consultas	0,00	791.052,24	6.353,29	791.052,24	6.353,29
Vigilância em Saúde					
4190 - Vigilância em Saúde	44.595,24	15.414,05	3.638,74	41.427,58	22.220,45
4210 - CEREST	1.734.377,87	630.000,00	237.339,53	817.334,25	1.784.383,15
SUBTOTAL	3.911.627,70	16.717.460,1	486.959,29	18.363.093,2	2.752.953,91

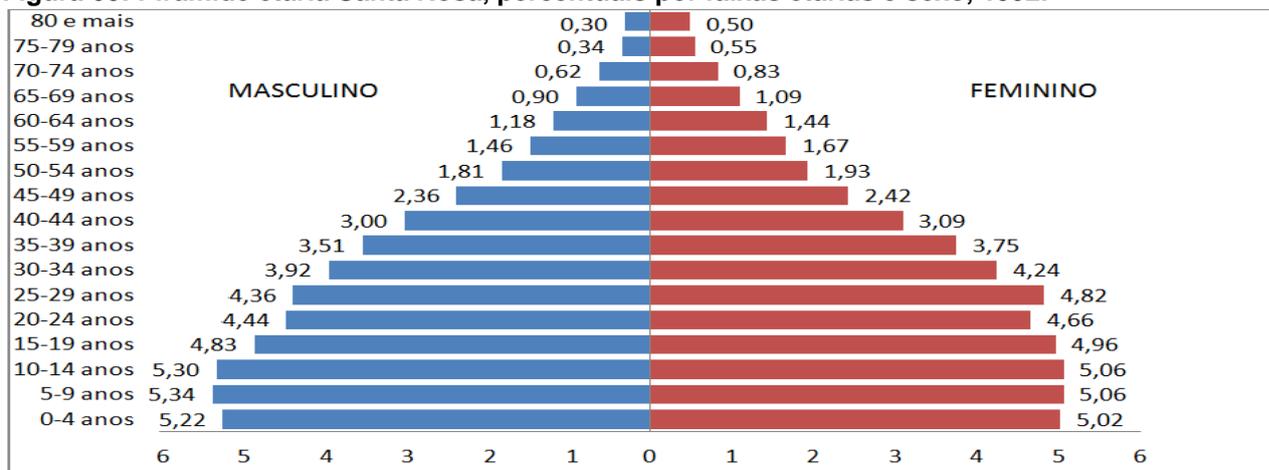
FUNTE FEDERAL					
Assistência Farmacêutica					
4770 - Farmácia Básica Fixa	29.922,06	387.696,39	1.332,45	334.188,84	84.762,06
4790 - Controle de Endemias	784,52	0,00	0,00	784,52	0,00
Atenção Básica					
4510 - PAB Fixo	170.055,55	1.792.673,87	163.473,90	2.052.320,48	73.882,84
4520 - PSF - Saúde Família / Saúde na Escola	137.153,71	4.506.944,84	30.420,58	4.416.304,98	258.214,15
4521 - PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qual	175.440,77	1.061.400,00	96.549,35	1.333.300,00	90,12
Emenda Parlamentar ou CONVÊNIO FUNASA					
4931 - Aquisição Equipamentos e Material Permanente	479.387,57	348.800,00	48.732,42	428.132,54	448.787,45
Gestão do SUS					
4850 - Qualificação,Regulação, Controle, Avaliação e	83.953,13	0,00	9.424,75	29.845,62	63.532,26
4860 - Planejamento e Orçamento	68.304,19	0,00	7.865,05	360,00	75.809,24
4900 - Educação em Saúde	62.667,93	0,00	4.209,93	41.523,60	25.354,26
4930 - Inc a Implant de UBS e ou Org. De Pol.Específica	43.683,53	0,00	4.150,87	0,00	47.834,40
INVESTIMENTO					
4935 - Construção ou ampliação de Unidades Básicas de	9.618,81	286.000,00	10.361,96	305.696,95	283,82
Média e Alta Complexidade					
4590 - Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade	1.241.040,34	27.398.963,7	47.634,62	28.029.556,1	658.082,59
4600 - CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)	2.199,36	97.291,64	1.354,31	72.056,02	28.789,29
4620 - SAMU	513.669,71	4.222.043,28	24.540,46	4.303.500,00	456.753,45
4690 - Fundo Ações Estratégicas e Compensação	297.905,76	2.399.542,86	28.125,26	2.627.655,60	97.918,28
Plano Nacional Implantação UBS p/Equipes Saude da Familia					
4928 - Estruturação Rede Serviços de Atenção Básica	76.109,62	0,00	2.947,34	55.278,97	23.777,99
Programa Federal					
4621 - UPA- Construção e/ou Reforma	2.797,71	0,00	134,07	2.931,78	0,00
4929 - Academias da Saude- VAN - Construção e Custeio	8.505,89	20.000,00	467,07	26.968,87	2.004,09
4962 - Estruturação de unidades de atenção especializada	215.105,61	0,00	9.823,48	167.591,00	57.338,09
4990 - Unidades e serviços de reabilitação no SUS.	966.080,78	1.653.715,34	114.283,62	1.562.386,63	1.171.693,11
Vigilância em Saúde					
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	131.424,85	710.343,77	20.864,21	595.393,96	267.238,87
4760 - Piso Atenção Básica em VISA - PAB VISA	25.604,86	52.327,15	662,09	64.873,03	13.721,07
SUBTOTAL	4.741.416,26	44.937.742,8	627.357,79	46.450.649,5	3.855.867,43
TOTAL	9.610.351,98	87.368.056,09	1.238.157,48	90.688.365,19	7.528.200,36

Capítulo 4 – CONDIÇÕES DE SAÚDE

3.1 Características Demográficas e Indicadores

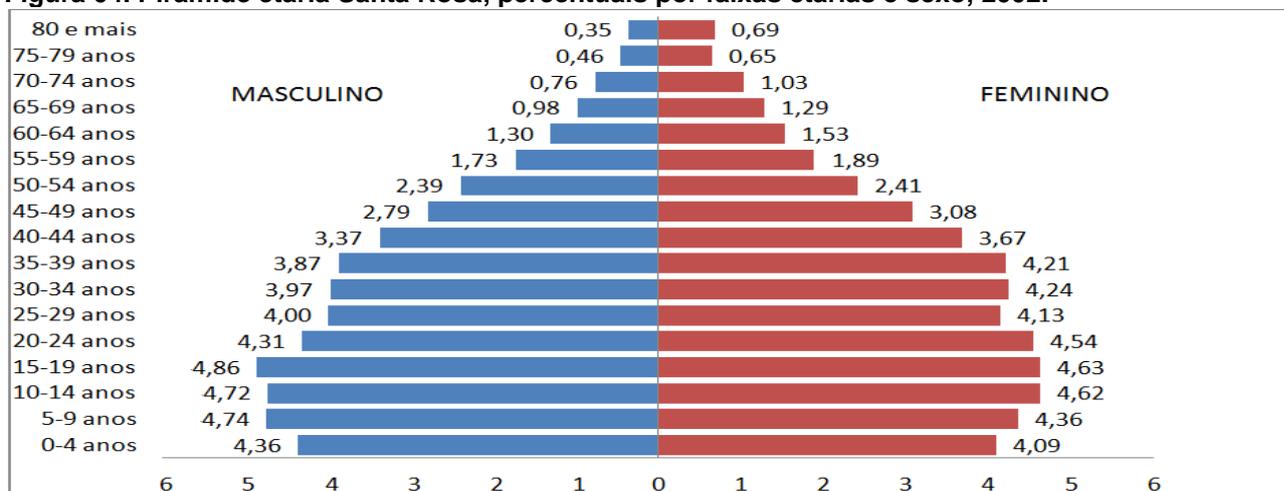
Nos últimos vinte anos, no município de Santa Rosa houve um decréscimo percentual na população mais jovem e aumento na população de maior idade. Evidencia-se uma diminuição do índice de natalidade e aumento da expectativa de vida ao nascer. Isto leva a repensar a elaboração de novas políticas públicas de saúde que percebam a mudança no perfil demográfico da população. Estas mudanças podem ser visualizadas nas figuras apresentadas a seguir:

Figura 03: Pirâmide etária Santa Rosa, percentuais por faixas etárias e sexo, 1992.



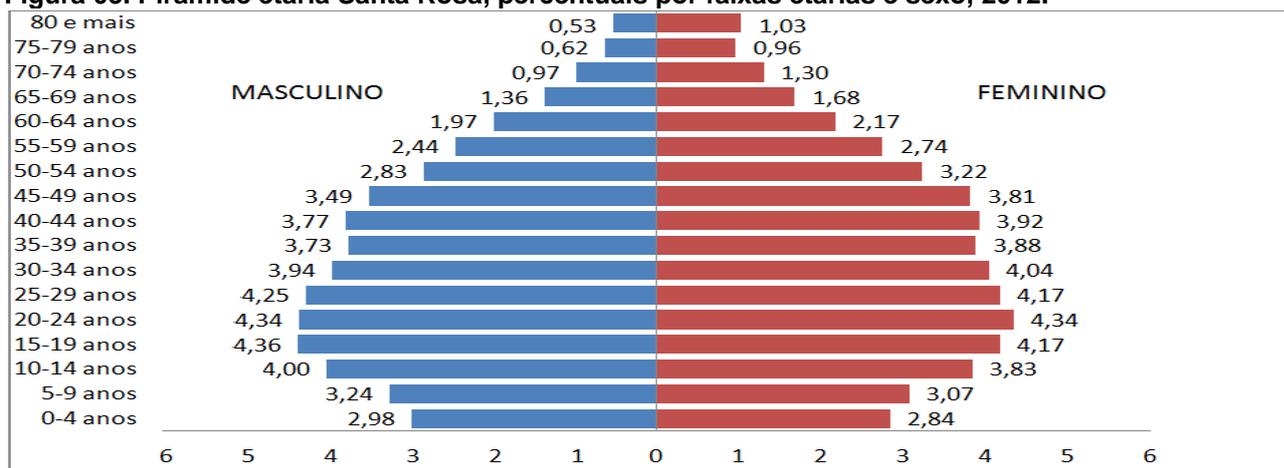
Fonte: Boletim Epidemiológico FUMSSAR, 2013.

Figura 04. Pirâmide etária Santa Rosa, percentuais por faixas etárias e sexo, 2002.



Fonte: Boletim Epidemiológico FUMSSAR, 2013.

Figura 05. Pirâmide etária Santa Rosa, percentuais por faixas etárias e sexo, 2012.



Fonte: Boletim Epidemiológico FUMSSAR, 2013.

Os dados do quadro 07 demonstram que o número de nascimentos em Santa Rosa nos últimos anos apresentou aumento, ficando perto dos 1000 nascimentos ao ano, sendo quase a totalidade dos nascimentos ocorrida no hospital. Nos últimos dois anos, houve um aumento no percentual de baixo peso ao nascer (abaixo de 2500g), ficando em 10,5% em 2016, paralelamente ao aumento dos partos prematuros (com menos de 37 semanas de gestação), que ficou em 12,3% em 2016. A gravidez na adolescência, identificada pelo número de partos em mulheres com menos de 20 anos, apresentou certa estabilidade no período analisado, com uma redução no ultimo ano analisado, ficando em 11,8 % em 2016. Constatou-se um aumento significativo

no percentual de cesarianas nos últimos anos, ficando bem acima do preconizado pela OMS. O percentual de gestantes que realiza sete ou mais consultas de pré-natal apresenta-se estável, na maior parte dos anos permanecendo perto ou acima dos 80%.

Quadro 08: Principais indicadores de saúde SINASC, Santa Rosa 2008 a 2016.

Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Nº de nascidos vivos	818	811	846	880	919	919	973	1.013	966
Percentual de partos hospitalares	100	100	100	100	99,8	100	100	99,9	100
Percentual de baixo peso ao nascer	8,2	9,1	7	11,7	9,2	8,7	7,6	9,7	10,5
Percentual de partos prematuros	10	7	6	11,6	11,1	8,3	7,4	10,4	12,3
Percentual de partos cesáreos	65,8	65,1	70,6	70,1	73,2	75	76,7	77,5	80
Percentual de partos normais	34,2	34,9	29,4	29,9	26,8	25	23,3	22,5	20
Percentual de gestantes menores de 20 anos	13,8	14,5	12,4	10,3	11,75	12,18	11,81	13,72	11,8
Percentual de pré-natal com 7 consultas ou mais	84,2	77,6	79,7	82,2	83,1	79,7	79,7	77,9	80,9

Fonte: DATASUS; 2017. SINASC Santa Rosa, 2017. * dados parciais

Conforme o quadro 19 das principais causas de mortalidade, o grupo das doenças do aparelho circulatório foi a principal causa de óbito no período analisado (2008 a 2016), sendo as neoplasias a segunda maior causa de óbito. A mortalidade proporcional por causas externas apresentou diminuição a partir do ano de 2014, ao mesmo tempo em que a mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias apresentou leve aumento de 2013 em diante. O coeficiente de mortalidade geral manteve-se praticamente estável, já o coeficiente de mortalidade infantil apresenta flutuações, permanecendo-se acima da meta estadual na maior parte dos anos analisados, que é até 10 óbitos por mil nascimentos. Quanto à mortalidade infantil, predominam os óbitos neonatais em todos os anos analisados, com exceção de 2013 e 2014.

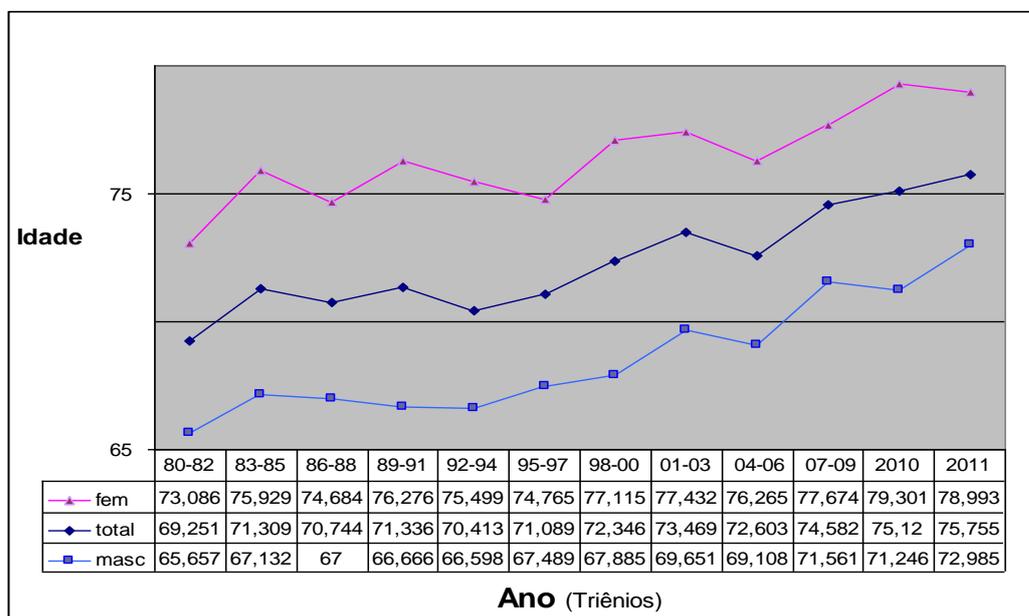
Quadro 09: Principais Indicadores de Saúde – Mortalidade. Santa Rosa, 2008 a 2016.

Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Nº de óbitos	425	448	468	445	409	474	472	532	508,0
Percentual de óbitos por causa									
1. Córdio-circulatórias	33,4	30,4	24,8	30,6	24,2	29,1	29,7	27,4	30,1
2. Neoplasias	20,9	19,4	23,7	18,2	22,2	20,5	21,4	24,1	19,1
3. Respiratórias	13,6	16,1	15,6	14,4	15,4	19,6	14,4	13,5	15,2
4. Externas	8,0	9,4	8,8	8,8	10,3	6,8	8,7	7,7	3,5
5. Doenças infec./parasitárias	2,4	2,2	3,8	2,9	3,7	2,5	2,8	3,2	3,7
6. Causa mal definida	3,3	3,1	4,3	2,7	1,7	3,0	3,6	1,3	4,9
Coeficiente Mortalidade Geral	6,4	6,8	6,8	6,4	5,7	6,6	6,5	7,3	7,0
Coeficiente Mortalidade Infantil	11,0	13,6	9,5	18,2	9,8	12,0	12,3	16,8	10,3
Coeficiente Mortalidade Neonatal	6,1	7,4	7,1	12,5	7,6	5,4	6,2	11,8	9,3
Coeficiente Mortalidade Infantil Tardia	4,9	6,2	2,4	5,7	2,2	6,5	6,2	4,9	1,0
Coeficiente Mortalidade Fetal	7,3	6,1	7,0	7,9	11,8	5,4	15,2	9,8	10,2

Fonte: DATASUS, 2017 . SIM Santa Rosa, 2017. *dados parciais

Segundo o Gráfico da Expectativa de vida ao nascer, pode-se perceber um significativo e crescente aumento na expectativa de vida ao nascer. Outro aspecto interessante relacionado a este indicador refere-se aos diferenciais de sobrevivência por sexo. Essa diferença ocorre em decorrência da tendência de aumento das causas violentas de óbitos que passam a afetar, prioritariamente, o sexo masculino, de tal forma que em 2011 essa diferença foi de seis anos a menos de expectativa de vida para o sexo masculino.

Figura 06: Expectativa de vida ao nascer, Santa Rosa, 1980 a 2011.



Fonte: Boletim Epidemiológico FUMSSAR, 2013.

Uma das ações importantes para a redução da mortalidade infantil é a prevenção através de imunização contra doenças infecto-contagiosas. Quanto a cobertura vacinal básica em menores de 1 anos para os principais imunobiológicos, o quadro 08 ilustra as porcentagens. Ressalta-se que as coberturas de rota, meningococo, penta e pneumo destacadas em vermelho (abaixo da meta preconizada de 95%) coincidem com o ano de implantação das mesmas. Já a vacina da febre amarela que teve sua implantação a partir de 2009, encontra-se com maior dificuldade em atingir a cobertura preconizada nos anos subseqüentes a sua implantação, porém nos dois últimos anos analisados a cobertura atingiu a meta. Destaca-se em que em 2015 e 2016 todas as vacinas analisadas no quadro tiveram suas metas de cobertura vacinal atingidas.

Quadro 10: Principais coberturas vacinais em menores de 1 ano, Santa Rosa 2008 a 2016.

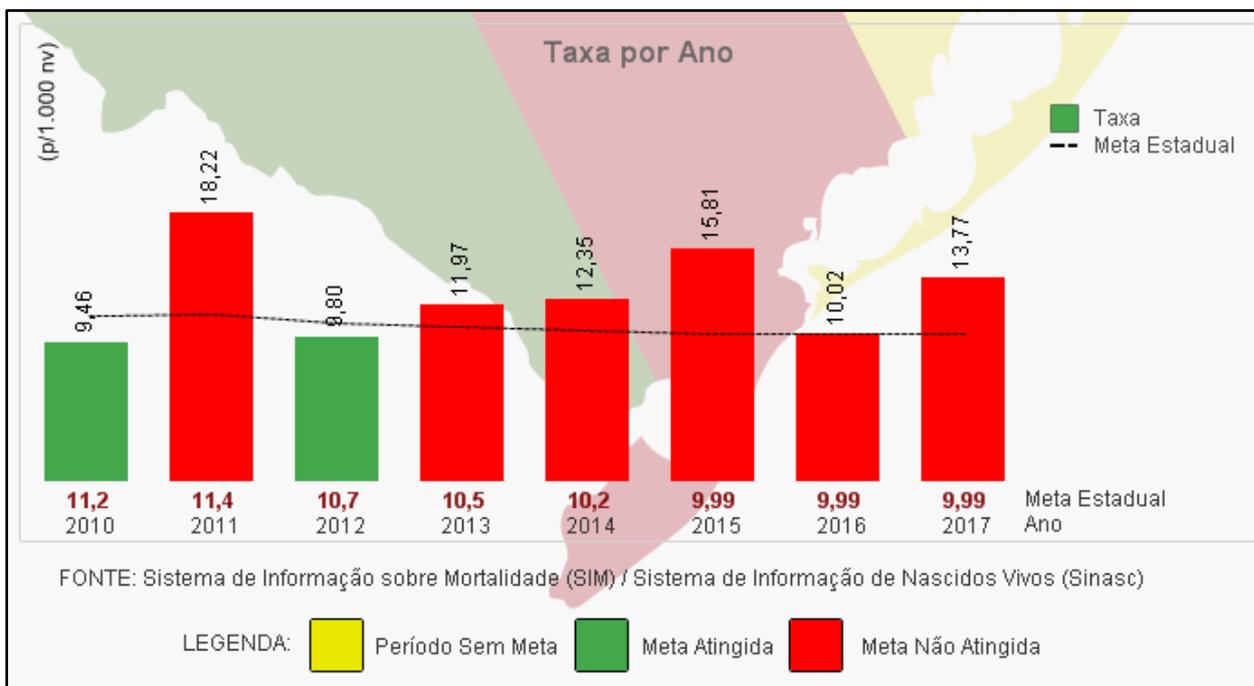
Imunobiológico	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	115,16	109,12	118,74	125,15	131,94	119,32	129,49	122,2	102,77
Rotavírus	91,32	91,74	99,63	99,63	104,69	101,25	100,33	104,35	103,39
Meningocócica C	-		4,19	141,43	102,96	101,14	102,39	108,6	103,19
Pentavalente	-				42,29	98,18	95,87	105,88	101,23
Pneumocócica	-		14,3	114,30	106,78	101,02	99,13	105,98	104,83
Poliomielite	93,52	91,37	100,37	100,86	103,45	101,25	99,56	107,29	101,34
Febre Amarela	26,04	92,48	78,42	91,99	97,66	96,48	91,95	98,48	96,4

Fonte: DATASUS, 2017.

O gráfico demonstra a taxa de mortalidade infantil no município de Santa Rosa do ano de 2010 a 2017, expressa pelo número de óbitos para cada mil nascidos vivos. O total de óbitos de crianças menores de um ano contabilizados neste período foi de 93. As taxas de mortalidade infantil apresentam flutuações, sem tendência crescente ou decrescente, permanecendo-se acima da meta estadual na maior parte dos anos analisados, que é até 10 óbitos por mil nascimentos.

Uma das ações implantadas para o enfrentamento deste problema foi a criação em 2016 do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Infantil, Fetal e Materna, composto por representantes de diferentes níveis da assistência e da rede de atenção à criança e à gestante. Este comitê tem como um dos seus objetivos, analisar os óbitos ocorridos no município, buscando meios para qualificar os serviços envolvidos na atenção à gestante/parturiente/criança a fim de prevenir óbitos infantis, fetais e maternos.

Figura 07: Taxa de mortalidade infantil a cada mil nascidos vivos no município de Santa Rosa



Entre os anos de 2010-2017*.

Fonte: BI Público, 2017. *dados parciais

O número de óbitos maternos no município, de 2008 a 2016, foi três. A taxa máxima de mortalidade materna estabelecida como referência pela Organização Pan-americana de Saúde - OPAS são de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos.

Óbito materno é aquele decorrente de complicações na gestação, geradas pelo aborto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto). É importante que cada município investigue 100% dos seus óbitos de mulheres em idade fértil, inclusive ajudando na qualificação do preenchimento da declaração de óbito, evitando assim as subnotificações e melhorando o entendimento das principais causas das mortes.

Outro indicador de saúde relevante na APS refere-se à realização dos exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária. Ao longo dos anos observa-se que a razão de 2014 a 2017 com variações pequenas demonstrando boa cobertura das mulheres.

As ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama. tem sido mantidas no município.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2008, ocorreram 1.384.155 casos novos de câncer da mama em todo o mundo, o que torna o tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Nesse mesmo ano, foram registrados cerca de 530 mil casos novos de câncer do colo do útero (WHO, 2008). No Brasil, para o ano de 2016, foram estimados 52.680 casos novos de câncer de mama feminino e 16.340 casos novos de câncer do colo do útero (INCA, 2016).

O câncer do colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Prova de que o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce é que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da doença invasiva. Ou seja: o estágio mais agressivo da doença. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*. Esse tipo de lesão é localizada (INCA 2016).

Considerando a alta incidência e a mortalidade relacionadas a essas doenças, tem sido responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade.

Quadro 11: Razão de exames citopatológicos do colo do útero no município de Santa Rosa

Ano	2014	2015	2016	2017*
Razão	0,61	1,04	0,64	0,49

Fonte: Portal BI 2017 * Até agosto

A realização do citopatológico ocorre nas unidades básicas de saúde do município através de atendimentos agendados. Os agendamentos são divulgados pelos Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares e atividades coletivas. As usuárias que não comparecem aos atendimentos agendados são contatadas pela equipe através de nova visita do ACS ou contato telefônico. O exame é preconizado nas mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e com rotina de coleta anual e após três exames normais coletam a cada três anos.

Também o câncer de mama possui relevância pois é uma doença causada pela multiplicação de células anormais da mama, que formam um tumor. Há vários

tipos de câncer de mama. Alguns tipos têm desenvolvimento rápido enquanto outros são mais lentos.

Para o Brasil, em 2016, eram esperados 57.960 casos novos de câncer de mama. Tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do câncer de pele não melanoma, o câncer de mama responde por cerca de 25% dos casos novos a cada ano. Especificamente no Brasil, esse percentual é um pouco mais elevado e chega a 28,1%. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres das Regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. (INCA 2016).

Um exame importante para a detecção de alterações mamárias tanto de rastreio como no caso de identificadas alterações é a mamografia. A solicitação da mamografia segue a rotina dos atendimentos nas unidades de saúde recomendada pelo Ministério da Saúde, com foço prioritário na população feminina de 50 a 69 anos a cada dois anos. O cálculo é realizado dividindo o número de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos dividido pela população da mesma faixa etária/ por 2.

No município de Santa Rosa houve a realização total de 2160 exames de mamografia na faixa etária dos 50 a 69 anos. No 3º quadrimestre realizou-se 709 exames realizados no ano de 2016 perfazendo a razão 0,40.

Quadro 12: Razão de mamografias realizadas no município de Santa Rosa, ano de 2016.

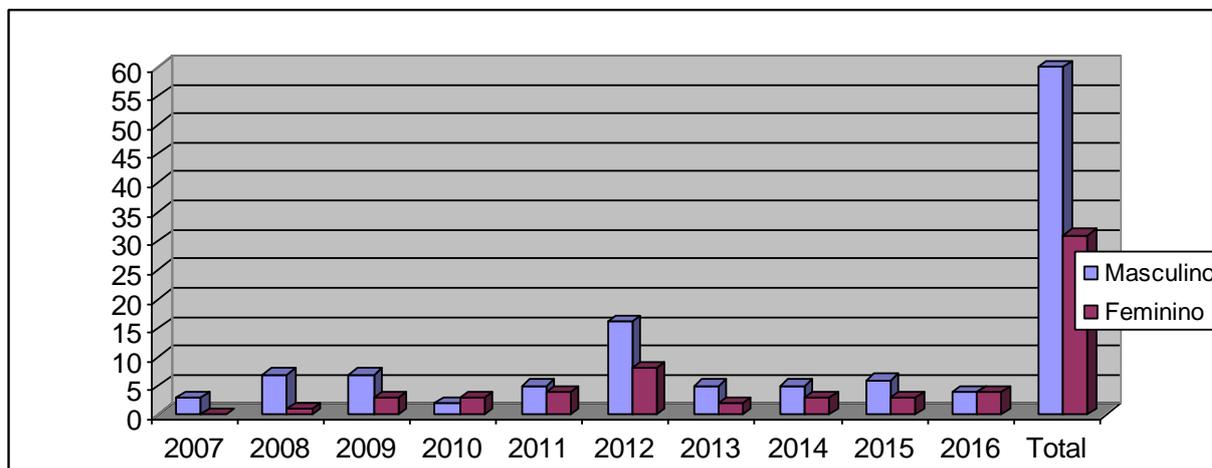
Meta 2016	Resultado anual
0,50	0,63

Fonte: SIA 2016.

Santa Rosa teve de 2007 a 2016, 91 casos de AIDS em adulto diagnosticados, conforme notificações do SINAN. Conforme a figura 07 e o quadro 11, o sexo masculino é o mais prevalente, correspondendo a 66% do total de casos no período analisado. A faixa etária predominante é a de 30 a 49 anos, totalizando 56% das notificações. A proporção de jovens de 15 a 29 anos é de 15,4% e de idosos é 13,2%

dos casos.

Figura 08: Casos de Aids em Adulto conforme ano de diagnóstico, residentes em Santa Rosa, 2007 a 2016.



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/DVE/CEVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet

Quadro 13: Casos de Aids conforme ano de diagnóstico e faixa etária, residentes em Santa Rosa, 2007 a 2016.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2015	2016	TOTAL
15-19	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
20-29	0	0	0	1	2	4	0	2	2	2	13
30-39	0	6	2	1	2	6	2	2	2	0	23
40-49	3	1	4	3	3	7	3	1	2	1	28
50-59	0	1	2	0	1	4	1	1	2	2	14
60-69	0	0	1	0	1	2	1	1	1	3	10
70-79	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
TOTAL	3	8	10	5	9	24	7	8	9	8	91

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/DVE/CEVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SinanNet

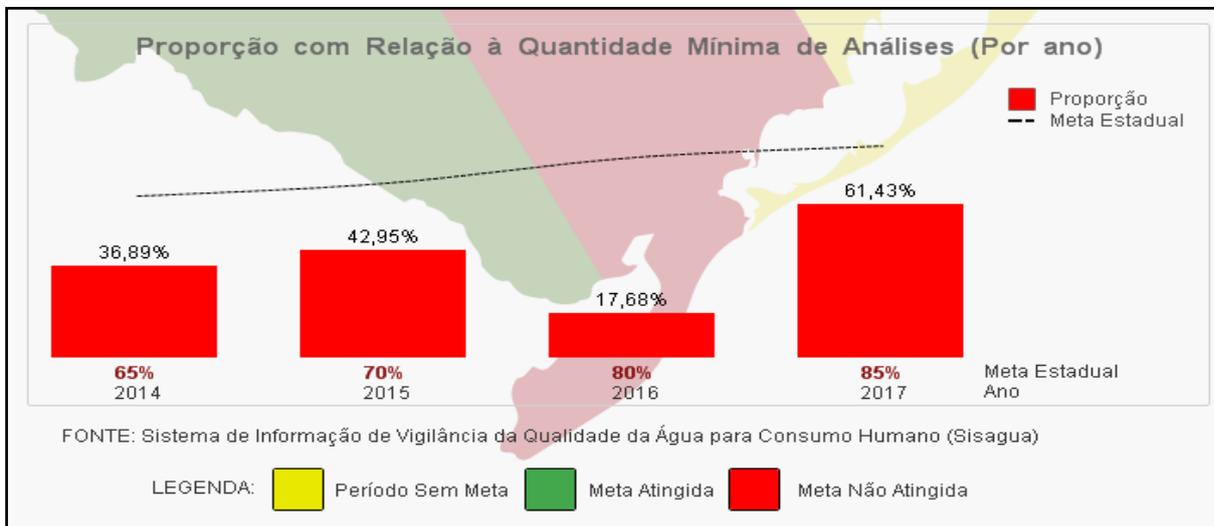
A Vigilância em Saúde também está desenvolvendo um trabalho no município de Santa Rosa com visitas realizadas pelas Agentes de Endemias. O objetivo é intensificar o controle da Doença de Chagas (verificar a existência ou não do Barbeiro- *triatoma infestans*). Está sendo estruturado um laboratório de entomologia para identificação das larvas do *Aedes aegypti*. O município vem investindo continuamente com recursos próprios para efetividade destas ações.

Integrando os cuidados de saúde as vigilâncias em saúde, o sistema de saúde local organiza o cuidado de vigilância de acordo com Oliveira (2009) apud Freitas e Freitas (2005) os componentes da vigilância em saúde são separados estrategicamente em vigilância sanitária: relacionada à vigilância dos perigos de agentes biológicos, químicos e físicos que podem causar doenças ou agravos, vigilância epidemiológica: relacionada aos efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, vigilância ambiental: relacionada às exposições através de monitoramento de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental e por fim a vigilância em saúde do trabalhador que possui a responsabilidade de articular o cuidado em Saúde do Trabalhador a fim de detectar, conhecer e analisar os fatores condicionantes do acidente e suas relações e acometimentos relacionados ao trabalho.

Neste sentido, as vigilâncias são bens públicos e devem ser utilizadas como recurso para o planejamento de ações contextualizando-as, onde sua amplitude transcende o aspecto normativo capaz de sustentar o desenvolvimento social e a qualidade de vida de sua população mesmo que estejam associadas a situações de catástrofes e acidentes. A inter-relação existente entre as vigilâncias buscam efetivamente identificar os riscos, fatores que condicionam ou determinam as doenças ou agravos, sua capacidade do serviço e sua articulação com as demais ações e instâncias (OLIVEIRA, 2009).

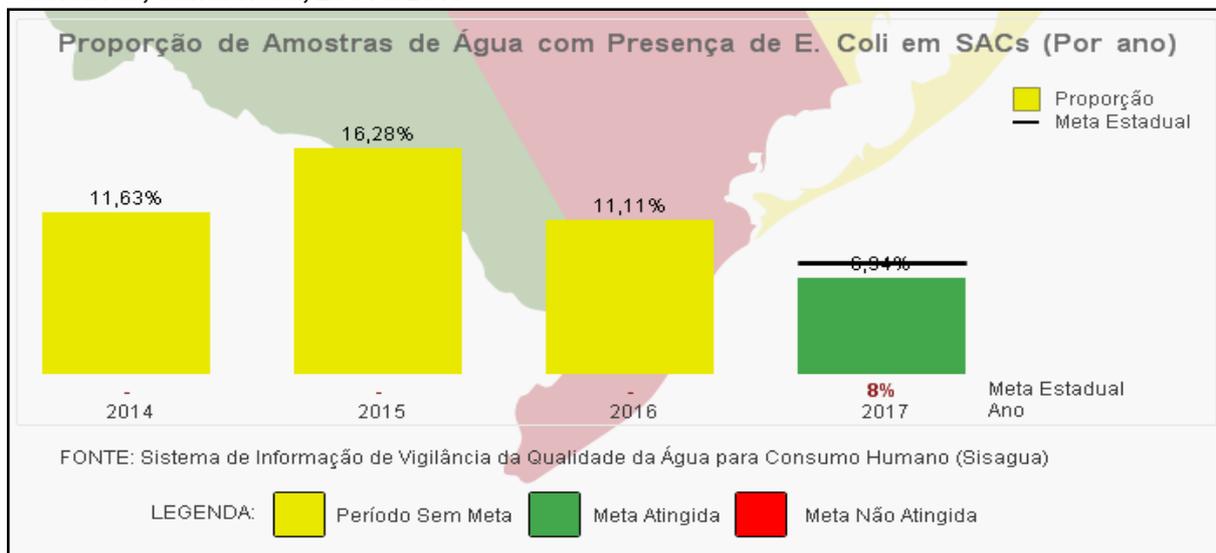
A figura 09 demonstra que foi pactuado uma meta de 85% para o ano de 2017. Isso significa que foi estabelecido uma meta de 204 coletas de amostras de água por ano, ou 17 mensais para cada um dos seguintes parâmetros: Coliformes Totais, Turbidez e Cloro Residual Livre. O cálculo se fará média aritmética do percentual de coletas de cada parâmetro. Exemplo: 166 coletas avaliadas para o parâmetro de turbidez significa 81,37 do total de 204 amostras pactuadas; 150 coletas avaliadas para parâmetro de coliformes totais significa 73,53% das 204 amostras pactuadas; 63 coletas avaliadas para o parâmetro de residual livre significa 30,88% do total de 204 amostras pactuadas. Fazendo a média dos três parâmetros $(81,37\%+73,53\%+30,88\%/3)$ se terá o total de 61% da meta atingida.

Figura 09: Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez em Santa Rosa de 2014 a 2017.



A figura 10 demonstra o total de amostras de água com a presença de Escherichia Coli (ano de 2017 = 6,94%) e o máximo pactuado para 2017 é de 8% de presença de bactéria nas amostras coletadas.

Figura 10: Proporção de amostras de água com presença de E. Coli em Soluções Alternativas Coletivas, Santa Rosa, 2014 a 2017*



***2017** Dados parciais

Quanto às vulnerabilidades ambientais, a Dengue tem demonstrado relevância no contexto da saúde pública do município. Tem-se registrado casos confirmados de

dengue autóctone desde 2010, sendo que o maior número de casos foi em 2016, conforme Quadro 12.

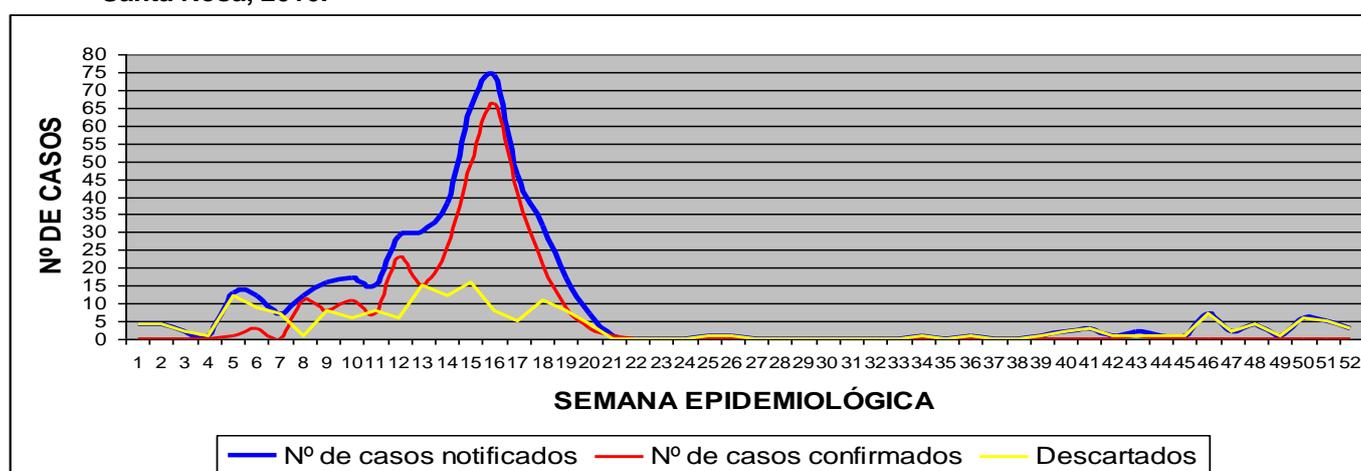
Quadro 14: Casos confirmados de dengue conforme o ano de início de sintomas e autoctonia, Santa Rosa, 2007 a 2016.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2015	2016	Total
Autóctone	0	0	0	166	161	14	48	13	294	696
Importado	5	3	0	2	2	2	1	1	2	18
Indeterminado	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Total	5	3	2	168	163	16	49	14	296	716

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde RS/DVE/CEVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan

O ano de 2016 mostrou-se em todo Estado e Brasil, como um período de alta incidência de dengue. A Figura 10 ilustra a distribuição dos casos de dengue notificados pelo município conforme a semana epidemiológica de início dos sintomas, com pico máximo na semana 16. O Quadro 13 especifica a distribuição dos casos confirmados por bairro, naquele mesmo ano. Paralelamente ao problema da dengue, houve ainda o surgimento de outra grande preocupação em saúde pública, que foi o surgimento do Zika vírus, bem como o aumento de casos de microcefalia a ele associados. Santa Rosa teve em 2016 um caso confirmado de infecção por Zika vírus, importado de Rondônia.

Figura 11: Distribuição dos casos notificados de dengue em 2016 por semana epidemiológica, Santa Rosa, 2016.



Fonte: SINAN-net, 2016.

Quadro 15: Distribuição dos casos confirmados de dengue em 2016 segundo bairro de residência.

LOCALIDADE	Nº DE CASOS	LOCALIDADE	Nº DE CASOS
Planalto	38	Interior	3
Flores	29	Ouro Verde	3
Polivalente	28	Jardim Petrópolis	4
Bairro Gloria/Aliança	22	Julio de Oliveira	3
Vicente Cardoso	22	Loteamento Silva	3
Cidade Baixa	21	Timbauva	3
Centro	18	Bela Vista	2
Bancarios	14	Sulina	2
Santos	12	Esperança	2
Cruzeiro	10	Morada do Sol	1
Agricola	9	Nossa Sra Aparecida	1
Beatriz	9	Nova Auxiliadora	1
Cruzeiro do Sul	6	Loteamento Vargas	1
Balnearia	6	Progresso	1
Esplanada	5	São Francisco	1
Pereira	5	Kerber	1
Loteamento Terra	4	Piekala	1
Oliveira	4	Santa Inês	1
TOTAL: 296			

Fonte: SINAN-net, 2016

O índice de infestação predial (IIP) é a relação expressa em porcentagem entre o número de imóveis positivos e o número de imóveis pesquisados. Quanto ao índices de infestação do mosquito *Aedes aegypti* apontados pelo LIRAA (Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti*), o ano de 2016 obteve o seguinte resultado :

Quadro 16: Índice de infestação predial (IIP) em Santa Rosa no ano de 2016.

MÊS	IIP (%)
Janeiro	6,2
Abril	6,0
Agosto	0,3
Outubro	0,8

Fonte: SIS-PNCD, 2016

Conforme o Ministério da Saúde, imóveis com IIP inferiores a 1% estão em condições satisfatórias, de 1% a 3,9% estão em situação de alerta e superior a 4% há risco de surto de dengue.

CAPÍTULO 5 – REDE DE ATENÇÃO COMPLEMENTAR

Quadro 17: Rede física de saúde pública e privada, prestadora de serviços ao SUS do município de Santa Rosa, 2017.

	Total	Municipal	Estadual
Centro de Apoio à Saúde da Família	2	2	0
Centro de Atenção Psicossocial	2	2	0
Centro de Saúde/Unidade Básica	20	20	0
Hospital Geral	2	2	0
Policlínica	4	4	0
Secretaria de Saúde	1	1	0
Unidade de Vigilância em Saúde	1	1	0
Total	31	31	0

Fonte: CNES, 2017.

A atenção aos cuidados hospitalares, atualmente as realizados por duas unidades são prestadoras de serviços aos usuários do SUS. A prestação de serviços é organizada administrativamente através da contratualização em que o Gestor Municipal de saúde (Presidente da FUMSSAR) estabelece um contrato com os mesmos. Quanto aos serviços dos demais níveis de complexidade a FUMSSAR conta com serviços próprios especializados e de nível secundário, também contrata serviços privados e filantrópicos para garantir a integralidade da assistência. Os serviços próprios de média complexidade são: Laboratório Municipal de Análises Clínicas, que atende somente pacientes do Sistema Único de Saúde, encaminhados pelas unidades de saúde e da unidade central da FUMSSAR.

Quadro 18: Prestadores de serviço contratados pela FUMSSAR cadastrados no CNES do município de Santa Rosa, 2017.

Estabelecimento	Quantidade	Natureza Jurídica
Hospitais Gerais	02	Filantrópicos
Academias de Saúde	02	Pública
Médicos	179	Hospitais
Clínica de Fisioterapia	02	Privada

Fonte: CNES, 2017

4.1 Atenção Hospitalar

Quadro 19: Internações Hospitalares por especialidade e local de atendimento, município de Santa Rosa

Período: 2013-jan-set2017						
Especialidade	2013	2014	2015	2016	2017	Total
01-Clínica cirúrgica	2090	2144	2081	1942	1710	9967
02-Obstetrícia	658	703	844	854	765	3824
03-Clínica médica	2140	2029	2285	2032	1301	9787
04-Psiquiatria	353	428	404	376	314	1875
05-Crônicos	0	2	0	1	0	3
07-Pediatria	857	964	997	1135	795	4748
Total	6098	6270	6611	6340	4885	30204

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SIH/SUS)2017.

Quadro 20: Internações Hospitalares no município de Santa Rosa

VALOR TOTAL POR ESPECIALIDADE E ANO DE PROCESSAMENTO						
Leito\Espe [2008+	2013	2014	2015	2016	2017 - JAN A SET	Total
01-Cirúrgico	3.059.810,92	3.414.865,13	3.452.401,95	3.196.589,06	2.874.391,27	15.998.058,33
02-Obstétricos	415.954,03	416.057,84	505.900,19	521.453,21	469.078,27	2.328.443,54
03-Clínico	1.906.012,00	1.811.395,34	2.027.236,14	2.058.099,72	1.399.362,44	9.202.105,64
04-Crônicos	-	551,43	-	2.138,95	-	2.690,38
05-Psiquiatria	414.280,96	525.454,83	474.148,19	460.353,46	404.275,98	2.278.513,42
07-Pediátricos	1.198.046,64	1.238.764,38	1.447.194,22	1.607.409,21	1.162.239,20	6.653.653,65
Total	6.994.104,55	7.407.088,95	7.906.880,69	7.846.043,61	6.309.347,16	36.463.464,96
VALOR MÉDIO AIH	1.146,95	1.181,35	1.196,02	1.237,55	1.291,58	1.207,24

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SIH/SUS)2017

4.1.1 Hospital ABOSCO

O Hospital ABOSCO foi inaugurado em 4 de outubro de 1962. Em 19 de dezembro de 2002, por decisão da juíza da 3º Vara Civil da Comarca de Santa Rosa, a Associação Beneficente Dom Bosco – ABOSCO assumiu a administração do Hospital. A Instituição ABOSCO é uma associação comunitária classificada como Hospital Regional, sendo referência para 22 municípios, totalizando uma população aproximada de 335mil habitantes. Possui um pronto-atendimento, serviço de Urgência/emergência, internação clínica e cirúrgica e serviço de nefrologia.

Recentemente foi construída uma nova UTI com 10 leitos. Também foi realizada reforma e ampliação Bloco Cirúrgico e da Ala Psiquiátrica com salas de Terapia Ocupacional, com oficinas de música, pintura e dança.

Quadro 21: Habilitações do Hospital ABOSCO a prestação de serviços ao município de Santa Rosa pelo SUS em 2017.

Descrição	Competência Inicial	Leitos SUS	Data do Lançamento
Sofrimento mental	04/2013	4	17/06/2013
Laqueadura	03/2004	0	04/08/2017
Vasectomia	03/2004	0	04/08/2017
uti II adulto	05/2017	10	12/05/2017

Fonte: CNES, 2017.

4.1.2 Hospital Vida e Saúde

O Hospital Vida & Saúde foi inaugurado no dia 27 de junho de 1935. É uma instituição filantrópica, classificada como macrorregional, sendo referência para 22 municípios, para os serviços de pronto socorro, urgência/emergência, SAMU, alta complexidade em oncologia, traumatologia/ortopedia, hemodiálise, neurologia, UTI adulto e infantil e demais serviços.

Quadro 22: Habilitações do Hospital Vida e Saúde a prestação de serviços ao município de Santa Rosa pelo SUS.

HOPITAL VIDA E SAÚDE			
Descrição	Comp Inicial	Leitos SUS	Data do Lançamento
CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES CARDIOVASCULARES	jul/99	0	08/09/2017
CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES DEVIDO A CAUSAS EXTERNAS	jul/99	0	08/09/2017
CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES NEUROLÓGICAS	jul/99	0	08/09/2017
CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES ONCOLIGICAS	jul/99	0	08/09/2017
CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	jul/99	0	08/09/2017
CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES PNEUMOLIGICAS	jul/99	0	08/09/2017
ENTERAL E PARENTERAL	dez/16		04/01/2017
LAQUEADURA	abr/99	0	08/09/2017
UNACON COM SERVICO DE HEMATOLOGIA	abr/08	0	21/02/2017
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA	set/06	0	21/02/2017
UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA(SERVIÇO DE NEFROLOGIA)	fev/06	0	15/02/2006
UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROLOGIA/NEUROCIRURGIA*.	jan/08	0	20/01/2009
UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*	dez/16	0	04/01/2017
UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA*	mar/10	0	15/03/2010
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II	jan/15	8	09/01/2015
UTI II ADULTO	out/07	10	03/12/2009
UTI II PEDIATRICA	out/07	6	25/10/2007
VASECTOMIA	abr/99	0	08/09/2017

Fonte: CNES, 2017.

O município é gestor pleno do sistema e atua como referência para oncologia, neurologia, nefrologia e traumatologia. São contratados serviços especializados e complementares para garantir a integralidade da assistência e o serviço dos dois hospitais existentes no município.

CAPÍTULO 6 - EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Educação Permanente em Saúde configura-se em uma proposta pautada na perspectiva de educação enquanto possibilidade de construir espaços coletivos para reflexão e avaliação das ações produzidas durante o processo de trabalho das equipes em que a formação se insere como potencial de transformações tanto nos recursos humanos para a área/campo da saúde. Com o objetivo de realizar uma transformação estrutural na formação profissional em saúde no Brasil, o Ministério da Saúde tem realizado esforços para assumir sua responsabilidade na ordenação da formação de serviço quanto no ensino.

Neste sentido, este processo caracteriza-se pela porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde. Há incentivo ao desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde e o desenvolvimento das instituições¹. A educação permanente reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema, dos serviços com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde é caracterizada como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores, buscando a modificação das práticas de atenção, gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social². A integralidade, diretriz do cuidado à saúde e construção descentralizada do sistema, universalidade, humanização e a participação popular são bases para a sustentação das políticas de saúde através da articulação entre o ensino, o trabalho e a cidadania. Também destaca que a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social são fundamentais para a construção do SUS como espaço de educação profissional³.

Através da Educação Permanente em Saúde é possível estabelecer processos de reconhecimento das bases loco regionais como unidades político-territoriais onde há estruturas de ensino e de serviços⁴. Nessa perspectiva, tem se

discutido sobre as necessidades de saúde da população e os serviços da saúde, ancorando na educação permanente como alternativa para a qualificação do sistema.

De forma geral, a PNEPS estabelece que as práticas educativas em saúde devem proporcionar a interlocução da educação e trabalho, partindo dos problemas cotidianos que os profissionais e os serviços enfrentam; transformando as práticas da saúde, com base na reflexão crítica a respeito do processo de trabalho dos profissionais e da própria organização do trabalho.

A formação e qualificação na área da saúde necessita ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Neste contexto ressalta-se o compromisso da FUMSSAR com educação permanente, pois mesmo antes dos programas das de residência os profissionais já contavam com espaços destinados à formação. Em reuniões com todos os profissionais são estudados temas da saúde pública e da APS, enquanto em reuniões por categoria são abordados os temas específicos de cada área. Os estímulos às atividades científicas e apresentação de trabalhos em congressos motivam os profissionais e as pesquisas são acompanhadas pela Comissão Científica. A realização de estágios de alunos de graduação de diversas universidades da região e também de residentes do Grupo Hospitalar Conceição e da UFPEL serviram de estímulo para a implantação das residências e assim ingressar formalmente na formação de recursos humanos para o SUS.

5.1 Núcleo de Ensino e Pesquisa – NEP

Em 2010 a Fundação criou o Núcleo de Ensino e Pesquisa – NEP que tem como objetivo concentrar as atividades científicas, organizando, estimulando e acompanhando estas atividades no serviço. Atualmente estão sendo realizadas pesquisas pelos próprios funcionários, possibilitando aos profissionais a realização de estudos sobre a sua prática cotidiana e a preparação para a realização de projetos

maiores no futuro. Estão inseridas na estrutura do referido núcleo, as Residências Médica desde o ano de 2005 e da Multiprofissional desde 2010 no enfoque da Atenção em Saúde da Família que possuem suas atividades práticas nas unidades de saúde do município. Em cada ano há o ingresso de 11 profissionais de saúde residentes, distribuídos nas áreas de educação física, nutrição, serviço social, enfermagem, odontologia, psicologia e farmácia e quatro profissionais residentes em medicina de família e comunidade. Destaca-se que, atualmente tem envolvido 25 profissionais efetivos da FUMSSAR como preceptores em sete unidades de saúde.

As atividades de ensino e pesquisa nos serviços do SUS, principalmente com as residências, além da produção do conhecimento trazem benefícios aos usuários do sistema. Os profissionais envolvidos com ensino e pesquisa têm uma motivação extra para manter-se atualizados e a supervisão de alunos no próprio serviço leva a uma reflexão da própria prática revisando-a e qualificando-a constantemente, resultando em melhorias no serviço oferecido aos cidadãos. Cabe destacar também que os egressos dos cursos de residência terão uma formação teórica consistente e uma prática cotidiana nos serviços que lhes permitirá assumir com tranquilidade e competência as Unidades de trabalho existentes no SUS e que carecem de profissionais capacitados.

Destaca-se, os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família no município de Santa Rosa, ambas com as bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, frutos de um sistema de saúde bem organizado, fundamentado na Atenção Primária em Saúde e no vínculo dos profissionais com o sistema. É importante destacar a parceria com a UNIJUÍ, universidade com tradição no ensino da saúde pública tanto na graduação como na pós-graduação.

O Núcleo de Ensino e Pesquisa foi criado para planejar, organizar, apoiar e congrega as discussões e as ações de Ensino e Pesquisa. As atividades são desenvolvidas por trabalhadores em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, no município de Santa Rosa e atua em parceria com entidades educacionais e formadoras do SUS. Desenvolve atividades na área da pesquisa e ensino sendo referência para organização da Residência Médica, Residência Multiprofissional e para as Pesquisas em Saúde já financiadas pela Saúde de Santa Rosa.

a) Residência Médica de Família e Comunidade

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi construído através de uma parceria entre a Universidade Regional de Noroeste de Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI) e a Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR) e iniciou suas atividades em abril de 2006. Tem como objetivo formar médicos especialistas para atuar prioritariamente na Atenção Primária à Saúde. Sua ação deve ser qualificada e resolutiva na área clínica e ele deve estar apto para atuar na saúde coletiva. Salientamos a importância desse projeto para a qualificação da rede e da manutenção do mesmo.

b) Residência Multiprofissional em Saúde da Família

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – FUMSSAR/UNIJUI é uma parceria entre a Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR) e a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI) e financiada com recursos do Ministério da Saúde. As residências multiprofissionais constituem-se numa modalidade de ensino em serviço, destinadas às categorias profissionais que integram a área da saúde e que, cumprido integralmente, conferirá ao profissional residente o título de especialista em Saúde da Família.

Um dos diferenciais que permitiram o Sistema de Saúde de Santa Rosa ser contemplado com este programa, provavelmente tenha sido a sua história há anos consolidada em relação a sua organização do sistema, sendo que o processo de municipalização teve seu início em 1993 e no final de 1997, o município aderiu na época ao Programa Saúde da Família. Torna-se importante ressaltar que a vontade política, a participação popular e o empenho dos profissionais de saúde da FUMSSAR foram fundamentais para a execução deste processo.

O Programa de Residência Multiprofissional conta anualmente com 11 bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde assim distribuídas: Enfermagem: 4 bolsas; Odontologia: 2 bolsas; Serviço Social: 1 bolsa; Nutrição: 1 bolsa; Educação Física: 1 bolsa; Psicologia: 1 bolsa; Farmácia: 1 bolsa. O primeiro ingresso ocorreu em

01/07/2010. Posteriormente ocorreram mais dois ingressos, em 01 de fevereiro de 2011 e 2012.

O programa está organizado a partir de uma estrutura pedagógica de ensino em serviço que envolve uma carga horária total de 5.760 horas, distribuídas em 60 horas semanais ao longo de dois anos (anos R1 e R2). A estrutura curricular contempla a área temática Atenção Básica/Saúde da Família e suas atividades estão organizadas em dois conjuntos principais, de acordo com o caráter predominante das mesmas: Atividades de Formação (AF), com 1.152 horas (20% da carga total do programa) e Atividades de Ensino em Serviço (AES) com 4.608 horas (80% da carga total do programa).

As atividades da residência estão inseridas neste processo com a participação dos residentes em quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família, desenvolvendo ações que visam à promoção da saúde, prevenção das doenças e recuperação dos agravos. Nestes campos de atuação são realizados: acolhimento, atendimento individual, atividades em grupo, visitas domiciliares, programações eventuais, entre outros.

No segundo ano da residência, além da atuação junto das ESFs, os profissionais residentes vivenciam por um período, em diversos setores do sistema, contribuindo com intervenções no local, através das trocas de saberes. Esta experiência tem se tornado de grande valia, pois tem contribuído para a formação de profissionais com experiência em diversos setores do complexo sistema de saúde. A inserção dos profissionais de saúde residente complementa o trabalho das equipes dos vários setores do sistema, com a participação no processo de trabalho. Neste sentido, as vivências têm possibilitado acompanhar as transformações do modelo assistencial de forma a fortalecer a atenção básica através de equipes multiprofissionais.

Além disso, a FUMSSAR conta com os residentes para organização e execução das programações institucionais, como por exemplo: mobilização de combate ao câncer de mama, campanha de prevenção da AIDS, carnaval saudável, campanhas de vacinação e de combate à violência no trânsito. Ressalta-se também a participação efetiva dos residentes nas instâncias de controle social. No Conselho Municipal de Saúde os residentes têm uma vaga como conselheiro.

A Residência tem participado ainda com a publicação de trabalhos científicos em congressos e eventos, além da inserção no coletivo gaúcho de residentes. Para o sistema de saúde, a residência trás grandes benefícios, fomentando a avaliação e qualificação dos serviços prestados pelas equipes, bem como um incremento nas ofertas de serviços à população. E principalmente, colabora com um fator muito importante na constante tarefa de qualificar o sistema de saúde: a formação de profissionais competentes tecnicamente e eticamente comprometidos com o SUS.

CAPÍTULO 7 – EIXOS, DIRETRIZES, METAS E INDICADORES

Eixo 1- Integralidade da Atenção

Diretriz 1 - Fortalecimento da rede de Atenção à Saúde através da Atenção Primária em Saúde.

Objetivo 1	Metas	Indicadores
Qualificar o cuidado de saúde desenvolvendo os processos de trabalho focado na humanização e acolhimento em 100% das equipes.	Manter o gerenciamento dos cuidados através da Atenção Primária em Saúde	Cobertura de equipe de saúde
	Manter o processo de territorialização na lógica da responsabilização sanitária, através de 100% das áreas das unidades de saúde definidas.	Cobertura de equipe de saúde com mapa do distrito e identificação de risco.
	Acolher as necessidades de saúde da população de cada equipe de Saúde da Família.	Proporção de pessoas acolhidas em cada ESF/ mês.
	Organizar os processos de trabalho em cada serviço de saúde e estabelecer que os trabalhadores realizem o acolhimento das demandas de saúde.	Número de reuniões de equipe para a discussão do tema humanização e acolhimento na constituição de fluxos de atenção.
	Definir padrão de trabalho e fluxo de acolhimento em 100% das ESF.	Elaboração dos fluxos.
	Divulgar e discutir com a comunidade o fluxo de atendimento da UBS para a população do distrito de saúde em 100% dos distritos.	Número de reuniões com a comunidade no distrito para apresentação e discussão do fluxo.
	Identificar as prioridades em saúde a partir da realidade do distrito e levando em consideração os direcionamentos das áreas técnicas e legislação vigente em 100% das equipes de saúde.	Sistematização e avaliação do plano de ação anual.
	Garantir que em 100% das reuniões de equipe tenha espaço para a discussão de casos prioritários visando a intervenção comprometida e compartilhada entre os profissionais.	Número de reuniões com discussão de casos.
	Garantir atenção domiciliar em 100% das equipes para as pessoas em que as condições clínicas se justificam especialmente idosos, acamados e pessoas com necessidades especiais.	Proporção de pessoas atendidas no domicílio.
	Garantir o acesso dos usuários do SUS aos medicamentos da relação municipal de medicamentos REMUNE.	Proporção de unidades de saúde com cadastro dos usuários em uso de medicação contínua.
	Fortalecer os grupos de saúde, oficinas terapêuticas, Grupos de Terapia Comunitária em 100% das unidades de saúde, buscando as trocas coletivas entre os profissionais e a comunidade.	Manter pelo menos um grupo em cada equipe de ESF.
	Garantir transporte eletivo aos usuários do SUS que necessitam de apoio devido serem acamadas e ou com dificuldade de locomoção conforme resolução específica.	Proporção de acompanhamento domiciliar de acamados e pessoas que necessitam deste apoio.
Desenvolver ações de vigilância em saúde de forma a promover, proteger identificando os riscos de agravos e doenças em tanto individual como coletivo em 100% dos serviços de saúde da FUMSSAR.	Proporção de serviços de saúde com atuação em vigilância em saúde.	

Objetivo 2	Metas	Indicadores
Qualificar o cuidado de saúde através da organização das redes/linhas de cuidado realizada no município de Santa Rosa	Qualificar o cuidado de saúde local a partir das diretrizes das linhas de cuidado em 100% das unidades de saúde.	Número de equipes que organizam o cuidado a partir das proposições das áreas técnicas.
	Manter o cuidado a partir da APS de 100% das redes municipais de atenção em áreas prioritárias como Saúde Materna e Infantil, Saúde Idoso, Atenção Psicossocial, Doenças Crônicas não Transmissíveis e Urgência e Emergência,	Número de redes de atenção de saúde instituída.
	Manter 100% das equipes vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).	Número Equipes cadastradas no CNES.
	Cadastrar 100% das equipes no Programa de Melhoria e Acesso a Atenção de Qualidade- PMAQ.	Número de equipes cadastradas no programa PMAQ.
	Manter e operacionalizar a cobertura da população cadastrada através das 17 equipes da ESF.	Número Equipes cadastradas no CNES.
	Manter percentual de cobertura de ESF acima de 85% no município.	Cobertura de Equipes de Saúde da Família.
	Manter percentual de cobertura de saúde bucal acima de 80%.	Cobertura de Equipes de Saúde Bucal.
	Manter a Equipe de Saúde Prisional, conforme necessidade.	Equipe.
	Manter e efetivar a Política de Saúde Mental no município, fortalecendo a rede de cuidados a rede de cuidados para as através da estruturação de uma política municipal que envolve as questões de saúde mental incluindo álcool e outras drogas.	Composição de um plano de trabalho.
	Manter os serviços do CAPS AD Movimento.	Serviço habilitado pelo Ministério da Saúde.
	Manter e promover a saúde do trabalhador no município através da discussão da Política Municipal de Saúde do Trabalhador.	Composição de um plano de trabalho.
	Manter e ampliar o Centro Especializado de Reabilitação CER.	Encaminhamento.

Objetivo 3	Metas	Indicadores
Qualificar a atenção à saúde a partir das Linhas de Cuidado	Realizar diagnóstico da situação de saúde (assistencial da APS, cuidado intersetorial e nas demais complexidades) em 100% das áreas técnicas.	Proporção de diagnósticos realizados pelas áreas técnicas.
	Implementar e monitorar através de indicadores protocolos em 100% das ações técnicas.	Proporção de áreas técnicas com protocolos adotados.

Diretriz 2 - Fortalecimento, ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde no município de Santa Rosa articulando os diferentes níveis de assistência.

Objetivo	Metas	Indicadores
Fortalecer, ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde no município de Santa Rosa articulando os diferentes níveis de assistência a partir da atenção primária em saúde, promovendo a integração das ações e dos serviços de saúde, por meio de linhas de cuidado, aprimorando assim o acesso aos serviços de saúde.	Manter coordenação a partir da APS de 100% das redes municipais de atenção em áreas prioritárias como Saúde Materno e Infantil, Saúde Idoso, Atenção Psicossocial, Urgência e Emergência.	Número de redes de atenção de saúde instituída.
	Manter, atualizar e divulgar critérios para regulação das filas de espera no âmbito da FUMSSAR.	Documento elaborado.
	Elaborar, pactuar e publicar os protocolos de acesso aos serviços complementares do atendimento da população em 100% dos serviços da FUMSSAR.	Número de serviços com fluxos divulgados.
	Realizar a regulação de 100% das filas de espera no âmbito da FUMSSAR.	Proporção de filas de espera reguladas.
	Definir 100% dos contratos com Planos Operativos Anuais dos estabelecimentos prestadores do SUS com base nas prioridades da FUMSSAR.	Proporção de contratos com Planos Operativos com base das prioridades da FUMSSAR.
	Realizar contrato com os prestadores de serviço para garantir a assistência complementar em 100% das especialidades das quais a FUMSSAR necessita.	Proporção de serviços nas especialidades encaminhadas pela FUMSSAR.
	Aumentar a regulação de 100% dos serviços prestados pela rede complementar.	Cobertura de serviços regulados pela FUMSSAR.
	Garantir oferta de serviços pelo SUS em 100% dos hospitais que recebem recursos públicos, conforme disponibilidade de recursos financeiros	Proporção de oferta de serviços/por especialidade.
	Avaliar semestralmente a produção física e financeira de 100% dos contratos da FUMSSAR com prestadores de serviços.	Proporção de contratos acompanhados.
	Manter a rede de Urgência e Emergência UPA/SAMU	Serviço da UPA implantado.
	Garantir acesso ao seguimento de 100% das situações de urgência e emergência.	Proporção de atendimentos das urgências e emergências.
	Consolidar o CEREST Santa Rosa com atenção à saúde do trabalhador envolvendo vigilância, assistência e ações preventivas.	Número de atendimentos do CEREST, vigilância, assistência e ações preventivas.
	Manter e ampliar o Centro Especializado de Reabilitação em Santa Rosa.	Ampliação do serviço.

Eixo 2- Participação da Comunidade

Diretriz 01- Participação da comunidade de forma democrática e participativa na construção do SUS no âmbito do sistema de saúde municipal.

Objetivo	Metas	Indicadores
Garantir	Realizar reunião anual com a comunidade nos distritos para discussão da organização da atenção no território da ESF.	Proporção de reuniões de comunidade realizadas no semestre.
	Oferecer condições de infraestrutura para manter 100% das reuniões ordinárias do	Número de reuniões realizadas.

participação da comunidade de forma democrática participativa da construção do SUS no âmbito do sistema de saúde municipal.	Conselho Municipal de Saúde.	
	Realizar cinco Audiências Públicas por ano para discutir os Relatórios Quadrimestral e Anual de Saúde, bem como, de assuntos de grande relevância a critério da gestão e do Conselho Municipal de Saúde.	Número anual de audiências públicas.
	Oferecer condições para a realização da Conferência Municipal de Saúde e Plenária Em Saúde a cada quatro anos.	Realização da Conferência Municipal de Saúde e da Plenária Municipal de Saúde.
	Proporcionar atividade de Educação Permanente para os conselheiros municipais de saúde.	Atividades de educação permanente realizadas; Número de conselheiros.

Eixo 3 - Gestão Qualificação da gestão do SUS

Diretriz 01 – Estabelecimento de processo de gestão do sistema de saúde local que objetive avaliar a estrutura, processo e os resultados.

Objetivo	Metas	Indicadores
Instituir processo de gestão pública de excelência que assegure políticas condizentes com as necessidades da população de forma eficiente, equânime e racional	Implantar instrumentos de gestão pública para a qualificação dos processos de trabalho em 100% do sistema administrativo da FUMSSAR- GESTPÚBLICA.	Cobertura de implantação nos serviços da FUMSSAR.
	Disponibilizar apoio para 100% das equipes utilizarem ferramenta do Planejamento Estratégico para qualificar a organização dos processos de trabalho.	Proporção de equipes que aderiram ao Planejamento Estratégico.
	Estabelecer fóruns participativos de gestão institucionais através das reuniões: Reuniões de Diretoria – semanais; Reuniões de Coordenação das ESF – quinzenais; Reuniões de Coordenadores e demais chefias do Departamento de Gestão da Atenção Primária em Saúde – mensal; Reunião de Chefias de todos os Departamentos – trimestral; Reunião de todos os cargos de chefia da FUMSSAR – semestral.	Número de reuniões realizadas em cada um dos fóruns.
	Construir o Plano Municipal de Saúde para o período de 2018 a 2021.	Plano Municipal de Saúde elaborado.
	Acompanhar, monitorar e avaliar a execução do Plano Municipal de Saúde anualmente.	Resultados dos indicadores presentes no Plano Municipal de Saúde.
	Realizar as prestações de contas através dos Relatórios de Gestão Quadrimestral e Anual	Relatório de Gestão Quadrimestral e Anual
Realizar a programação anual de saúde	Programação Anual de Saúde	

EIXO 4 – Educação Permanente

Diretriz 01– Manter a Política Municipal de Educação Permanente na FUMSSAR, oportunizando aos profissionais da instituição espaços de discussão e qualificação da prática clínica e da saúde coletiva.

Objetivo	Metas	Indicadores
Incentivar o Núcleo de Ensino e Pesquisa - NEP como referência para coordenar a Política Municipal de Educação Permanente para o SUS no âmbito do município de Santa Rosa	Caracterizar 100% dos fóruns coletivos de categorias profissionais como espaços de educação permanente.	Número de atividades de educação permanente/ano.
	Criar um centro de formação e qualificação de profissionais para o SUS.	Criação.
	Incentivar pesquisas no âmbito do sistema local de saúde.	Proporção de pesquisas científicas realizadas com financiamento.
	Manter 100% as pesquisas em saúde realizadas no âmbito da FUMSSAR com parecer da Comissão Científica.	Proporção de pesquisas encaminhadas com parecer da Comissão Científica.
	Participação dos trabalhadores em atividades de qualificação, formação e educação continuada, vinculadas aos interesses do sistema de saúde local.	Participação de 70% dos profissionais da UBS nas reuniões mensal de categoria e nível superior; Participação de 80% da equipe nas reuniões semanais.
	Manter 100% das equipes de saúde com apoio técnico do TELESSAÚDE.	Cobertura de unidades de saúde cadastradas; Proporção mensal de equipes que utilizaram o TELESSAÚDE.
	Realizar eventos regionais de educação permanente em saúde.	Numero de eventos regionais realizados pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa.
	Garantir reunião em 100% das equipes de saúde focadas na discussão dos processos de trabalho e identificação das prioridades de atuação.	Proporção de reuniões de equipe com discussão focada nos processos de trabalho.
	Oportunizar a participação de atividade e de formação/qualificação aos profissionais de saúde.	Proporção anual de profissionais que realizam qualificação externa a FUMSSAR por equipe.
Manter programas de qualificação para profissionais da saúde como Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família, Aprimoramento Profissional, estágios, vivências dentre outras.	Número de Residência em Saúde implantada e em funcionamento.	

Eixo 5 – Estrutura da FUMSSAR

Diretriz 01: Garantir a realização da atenção à saúde através da disponibilidade de estrutura adequada no âmbito da FUMSSAR

Objetivo	Metas	Indicadores
Manter qualificar estrutura FUMSSAR visando qualificação assistência prestada	e Disponibilizar os materiais e equipamentos para 100% das equipes de saúde conforme a necessidade.	Listagem dos materiais e equipamentos dispensados a cada unidade de saúde.
	a Manter as condições estruturais em 100% dos serviços da FUMSSAR em condições de realizar o trabalho focando resolutividade, eficiência e efetividade.	Reforma de uma unidade de saúde Ampliação em duas unidades de saúde e construção de uma nova unidade de saúde.
	da Garantir rede lógica e equipamentos de informática para 100% das salas de atendimento médico, de enfermagem, odontológico, recepção e sala de procedimentos.	Proporção de salas com a rede lógica e equipamentos em funcionamento.
	a Manter 80% da frota de veículos da FUMSSAR em condições de uso.	Proporção de veículos em uso.
	da Renovar a frota de veículos da FUMSSAR em 20% ao ano.	Proporção de veículos novos a cada ano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. 14ª edição. São Paulo: Editora Saraiva 1996.

_____. **Lei Federal 8080/ 90: Lei Orgânica da Saúde**. Presidência da República. Disponível em www.gov.br/legislação. Acesso em 18/11/2013.

_____. **Plano diretor da Reforma do Estado**. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado, 2005.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica nº 27. Brasília, 2010 pg 152.

_____. **SIOPS**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/PROFISSIONAL/AREA.CFM?ID_AREA=1671. Acesso em 19/02/2012.

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 18/03/2012.

FUMSSAR. **Plano Municipal de Saúde do Município de Santa Rosa 2012**. Departamento de Planejamento. Documentos internos, 2012.

_____. **Plano terapêutico institucional do CAPS Novo Rumo.** Departamento de Atenção Básica. Documentos Internos, 2008.

_____. **Política municipal de saúde mental do município de Santa Rosa.** Departamento de Atenção Básica/Área Técnica de Saúde Mental. Documentos Internos, 2012.

_____. **Protocolos tecnicoassistenciais da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa.** Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Ensino e Pesquisa- NEP. Documentos Internos, 2012.

GALLO, Zeli Machado de Castro. **A ética discursiva dos atores da política de saúde de Santa Rosa.** Dissertação de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica PUC/RS, Porto Alegre, 2007.

GIOVANELLA, Ligia. **Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa.** Cadernos de Saúde Pública, volume 6, numero2. Rio de Janeiro, Abril a junho de 1990.

KUSCHNIR, Rosana C, CHORNY, Adolfo H, LIRA, Anilka M. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde.** Florianópolis, Departamento de Ciências da Administração/UFSC, Brasília: CAPES: UAB, 2010, p.18.

MISOCZKY, Maria C; KLERING Luís R; Benvegnú, Luís A, WEILER, Dione A. **Inovação Gerencial no Sistema Único de Saúde: o caso do município de Santa Rosa - Rio Grande do Sul - Brasil.** Disponível <http://www.fumssar.com.br/site/?p=561>. Acesso em 23/11/2013.

OLIVEIRA, Roberta G (org.) et al. **Qualificação de Gestores do SUS.** Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009.

ANEXOS