

Município de Três Palmeiras
Secretaria Municipal da Saúde



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 - 2025



SUS
Sistema
Único
de Saúde





Município de Três Palmeiras
Secretaria da Saúde

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2022 - 2025

Três Palmeiras
2021

Prefeito Municipal

Claumir César de Oliveira

Vice-Prefeito Municipal

Sidemar de Oliveira

Secretário Municipal da Saúde

Giseli Antunes Ferreira

Presidente do Conselho Municipal da Saúde

Nara Eliane Willers

COLABORADORES:

Equipe de Saúde do Município de Três Palmeiras

Conselho Municipal de Saúde

JC Assessoria e Consultoria em Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	11
ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO	14
I ANÁLISE SITUACIONAL	17
1. Panorama demográfico e características da população	18
2. Determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.....	30
2.1 Condições econômicas, sociais, ambientais, de habitação, de trabalho	30
2.2 Comportamentos e estilo de vida	39
2.3 Violências	40
3 Características epidemiológicas.....	46
4 Das redes de atenção à saúde	51
4.1 Atenção Básica	54
4.2 Saúde Bucal	57
4.3 Atenção Psicossocial	57
4.4 Atenção Materno-Paterno-Infantil.....	58
4.5 Atenção da Pessoa com Deficiência	59
4.6 Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não- Transmissíveis	60
4.7 Atenção às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	60
4.8 Atenção às Urgências.....	61
4.9 Estabelecimentos hospitalares no território	62
4.10 Assistência Farmacêutica	62
4.11 Vigilância em Saúde.....	64
4.12 Regulação do Acesso	66
4.13 Serviços disponibilizados na rede privada contratada	66
4.14 Dificuldades de acesso e vazios assistenciais da região de saúde	67
5. Macroprocessos de governança da gestão estadual do SUS	68
5.1. Instâncias de pactuação intergestores.....	69
5.2 Planejamento Regional Integrado.....	70
5.3 Participação Social	71
5.3.1 Controle Social	71
5.3.2 Ouvidoria SUS.....	72

5.4 Implantação de Sistemas e Utilização de Informação para a tomada de decisão	74
5.5 Auditoria	74
5.6 Educação, ciência, tecnologia e Inovação em Saúde.....	74
5.7 Gestão do Trabalho.....	75
5.8 Financiamento.....	78
5.9 Judicialização em Saúde	80
6. Novo Coronavírus (SARS-COV-2) e a Covid-19	81
II DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	84
III MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	102
1 Análise das Metas do Plano Municipal de Saúde anterior	104
2 Metodologia de monitoramento do PMS 2022-2025	106
3 Transparência	106
Referências	107

FIGURAS

Figura 1- Localização do município de Três Palmeiras no contexto estadual.....	14
Figura 2 – Localização da Região e Macrorregião de Saúde.	15
Figura 3- Visão cartográfica do território municipal	15
Figura 4- População residente 2000-2019	18
Figura 5- Indicadores Demográficos 2010-2019.....	19
Figura 6- Evolução da população 2010-2019	20
Figura 7- População por condição de atividade 2019.....	20
Figura 8- Razão de dependência	21
Figura 9- Expectativa de vida ao nascer	21
Figura 10- Mortalidade Infantil.....	22
Figura 11- Características da população.....	22
Figura 12- Situação dos domicílios	23
Figura 13- Coeficiente Geral de Natalidade regional	29
Figura 14- Proporção de idosos regional.....	29
Figura 15- Vínculos empregatícios no município 2019	31
Figura 16- Estabelecimentos por porte segundo faturamento	31
Figura 17- Trabalhadores por faixa de remuneração média	32
Figura 18- Renda domiciliar per capita.....	33
Figura 19- Potencial de consumo por tipo	34
Figura 20- Composição do IDESE	35
Figura 21- Evolução IDESE	35
Figura 22- Escolaridade da população	36
Figura 23- Taxa de analfabetismo.....	36
Figura 24- Situação dos domicílios	37
Figura 25- Volume de agrotóxico por região de saúde	37
Figura 26- Taxa regional de analfabetismo	38
Figura 27- Proporção de pessoas com baixa renda na região	39
Figura 28- Ranking dos 17 principais fatores de risco, do nível 2, para todas as causas de Disability Adjusted Life Years (DALYs) padronizados por idade, para ambos os sexos, em 2015, por Unidade Federativa do Brasil, GBD Brasil, 2015.	40
Figura 29- Série histórica de notificações de violência	41

Figura 30- Taxa total de violência, sexual e autoprovocada	41
Figura 31- Série histórica de notificações de suicídio	41
Figura 32- Total de suicídios por ano	42
Figura 33- Ocorrências de crimes violentos	42
Figura 34- Ranking de ocorrências por crimes violentos	43
Figura 35- Violência contra à mulher	44
Figura 36- Ranking de ocorrências de crimes contra à mulher	44
Figura 37- Vítimas fatais em acidentes de trânsito	45
Figura 38- Redes de Atenção à Saúde	51
Figura 39- Poliarquia	52
Figura 40- RAS	54
Figura 41- Saúde da Família	55
Figura 42- Cobertura populacional por ESF e por ACS	56
Figura 43- RAPS	58
Figura 44- Prevenção combinada	61
Figura 45- Componentes da Assistência Farmacêutica	63
Figura 46- Ciclo da Assistência Farmacêutica	64
Figura 47- Vigilância em Saúde	65
Figura 48- Governança e Gestão	68
Figura 49- Gestão de processos	69
Figura 50- Ouvidoria municipal	73
Figura 51- Evolução do investimento em saúde	79
Figura 52- Investimento por habitante	79
Figura 53- Ranking de municípios	80
Figura 54- Incidência da Covid-19 na população municipal	82
Figura 55- Instrumentos de planejamento no SUS	103
Figura 56 - Quantidade de metas atingidas – Pactuação Interfederativa de 2018 a 2020	104

TABELAS

Tabela 1- Dados de usuários cadastrados pelas Equipes de AB	23
Tabela 2- Identificação do usuário por faixa etária	24
Tabela 3- Identificação do usuário SUS por sexo.....	25
Tabela 4- Identidade de gênero	25
Tabela 5- Orientação sexual	25
Tabela 6- Grupos familiares	26
Tabela 7- Raça e cor.....	26
Tabela 8- População indígena	26
Tabela 9- Nacionalidade	27
Tabela 10- Relação de parentesco com o responsável familiar	27
Tabela 11- Cuidado de crianças de 0 à 9 anos	28
Tabela 12- Informações sociodemográficas.....	28
Tabela 13- Situação no mercado de trabalho.....	38
Tabela 14- Situações de saúde gerais	46
Tabela 15- Peso.....	47
Tabela 16- Doença cardíaca	47
Tabela 17- Problemas nos rins	47
Tabela 18- Deficiência	48
Tabela 19- Principais causas de internação.....	49
Tabela 20- Principais causas de mortalidade	50
Tabela 21- Série histórica produção e atualização cadastral de usuários	56
Tabela 22- Vazios assistenciais	67
Tabela 23- Profissionais de saúde trabalhando no SUS	75
Tabela 24- Tipo de estabelecimento e gestão.....	76
Tabela 25- Natureza jurídica	77
Tabela 26- Demonstrativo da Programação de Despesa com saúde.....	78
Tabela 27- Dados Covid-19	82
Tabela 28 - Dados da vacinação.....	83
Tabela 29 - Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores 2018 a 2021.....	84
Tabela 30- Metas da Pactuação Interfederativa % Atingidas 2020.....	92

Tabela 31 - Diretrizes – Objetivos - Metas – Indicadores - Plano de Saúde de 2022 – 2025 Aprovadas pela Conferencia Municipal de Saúde.	94
--	----

APRESENTAÇÃO

Apresento o Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2022-2025, instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS que define as diretrizes, objetivos e metas para o período. Este instrumento foi concluído no ano de 2021, num contexto em que grande parte dos esforços da gestão municipal estiveram concentrados nas ações para o enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Mesmo diante de um cenário desafiador, a Secretaria Municipal da Saúde de Três Palmeiras manteve as ações relacionadas ao planejamento do sistema de saúde, afirmando seu papel de ordenadora do cuidado no âmbito da Atenção Primária, sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, com foco em entregas para os usuários da saúde pública e valorizando a participação de diferentes agentes e do controle social na elaboração deste instrumento.

A construção do Plano de Saúde representa um avanço na direção de concretizar o planejamento ascendente, com definição de metas e prioridades baseadas na Conferência Municipal de Saúde e no diagnóstico municipal. O Conselho Municipal de Saúde teve papel fundamental na elaboração deste documento norteador das ações e políticas de saúde no território municipal, participando de forma ativa e colaborativa do processo de construção do documento.

Além da participação social, sobretudo, do Conselho de Saúde, cabe destacar o trabalho desenvolvido pela equipe técnica da Secretaria Municipal da Saúde de forma conjunta com a gestão municipal.

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 correlaciona-se com as atividades da Secretaria Municipal da Saúde, alinhando a atuação dos trabalhadores da gestão e da assistência em saúde com as políticas do Sistema Único de Saúde. Espera-se que este instrumento possa servir de base da gestão municipal e operar como ferramenta norteadora para o planejamento do Sistema Único de Saúde – SUS no município de Três Palmeiras.

Neste sentido, ao mesmo tempo, trilharemos o caminho para o fortalecimento da promoção, proteção e prevenção da saúde, agindo sobre a recuperação da mesma

quando necessário, avançando na consolidação da descentralização da Atenção Primária, aprimoramento da assistência farmacêutica e a modernização da gestão e do acesso aos serviços com ênfase na porta de entrada do SUS, construindo através da força da coletividade uma saúde de qualidade e resolutiva para a população.

Giseli Antunes Ferreira
Secretária da Saúde de Três Palmeiras/RS

INTRODUÇÃO

A definição de Plano de Saúde encontra-se disposto no Título IV, Capítulo I, da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Segundo orienta o artigo 3º do referido instrumento normativo, o plano de saúde é a ferramenta central de planejamento para a definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Sustenta ainda que o plano explicita os compromissos do governo para o setor e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera (ALLEBRANDT, et. al. 2019).

Na sequência os parágrafos, incisos e alíneas do mesmo artigo orientam o que deve observar e como se deve ocorrer a elaboração do plano, explicitando, em linhas gerais, que o objetivo dessa ferramenta é servir de base para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde, razão pela qual deve contemplar todas as áreas de atenção à saúde, visando garantir a integralidade da atenção (ALLEBRANDT, et. al. 2019).

Ainda, o Plano de Saúde deverá observar os prazos do Plano Plurianual e ser orientado pelas necessidades de saúde da população, considerando, análise situacional que contemple a estrutura do sistema da saúde, as redes de atenção à saúde, as condições sócio sanitárias, os fluxos de acesso, os recursos financeiros, a gestão do trabalho e da educação na saúde, ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão. Além da análise situacional deverá contemplar a definição das diretrizes, objetivos, metas, indicadores e o processo de monitoramento e avaliação (ALLEBRANDT, et. al. 2019).

Nesse sentido, o Plano Municipal de Saúde (PMS) representa uma importante ferramenta de gestão e pode contribuir no processo de compreensão dos principais problemas e desafios enfrentados pela saúde municipal; no processo de definição de objetivos para a gestão, bem como a visualização das estruturas, das mediações e das ações necessárias para alcançar tais objetivos; no processo de definição de uma agenda e um cronograma para as ações e medidas empreendidas; e no processo de

monitoramento e avaliação da gestão. O empenho destes segmentos constitui a base para a viabilização e a implementação de ações e de serviços acolhedores, qualificados e resolutivos, que permitam avançar no acesso e na inclusão de todos os cidadãos ao SUS (SES/RS, 2021).

O Plano Municipal de Saúde de Três Palmeiras para o período de 2022/2025, visa cumprir as proposições constitucionais; a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, lei orgânica da saúde que estabelece os princípios do SUS e as atribuições dos entes da federação e o planejamento ascendente; o Decreto nº 7.5082, de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990 e dispõe sobre alguns aspectos do planejamento, sendo da obrigação do gestor público a elaboração e apresentação de instrumentos de planejamento; a Lei Complementar nº 141, de janeiro de 2012 que regulamenta o artigo 198 da Constituição Federal de 1988; o Título IV, Capítulo I, da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes para o planejamento do SUS, define como instrumentos do planejamento em saúde o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e orienta os pressupostos para o planejamento, bem como as deliberações das Conferências de Saúde e as deliberações do Conselho de Saúde Municipal (SES/RS, 2021).

Nesta perspectiva fundamentam-se as diretrizes da Regionalização, Descentralização e Qualificação da Gestão/Atenção, a Integralidade na Atenção à Saúde, o Fortalecimento das Instâncias de Participação e Controle Social e a Educação Permanente em Saúde. Este plano de Saúde reflete o movimento que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vem desencadeando no sentido de descentralizar a gerência e a execução das ações e serviços de saúde para instâncias de decisão mais próximas da população, conferindo às Unidades de Saúde a autonomia gerencial com participação da comunidade dos territórios adscritos (SES/RS, 2021).

Neste processo, as diretrizes constituem as bases orientadoras para o estabelecimento da gestão e da atenção participativa, com descentralização e observância aos princípios da regionalização dos serviços; pautada na atenção

integral e humanizada. Nesta lógica de atenção, cada pessoa deve ser assistida como um todo indivisível e integrante de uma sociedade (SES/RS, 2021).

Para tanto, os serviços e as ações de saúde deverão ter caráter intersetorial e contemplar a promoção, proteção, recuperação e cura, nos diversos níveis de complexidade do sistema. Destas concepções emana a estrutura do Plano Municipal de Saúde, constituído em três capítulos: o primeiro trata da análise situacional que contempla uma visão ampliada de saúde no contexto municipal; o segundo contém a diretriz, os objetivos, as metas e os indicadores de resultado para o período e, por fim, o terceiro capítulo dispõe sobre o método de monitoramento e avaliação das ações propostas (SES/RS, 2021).

ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO

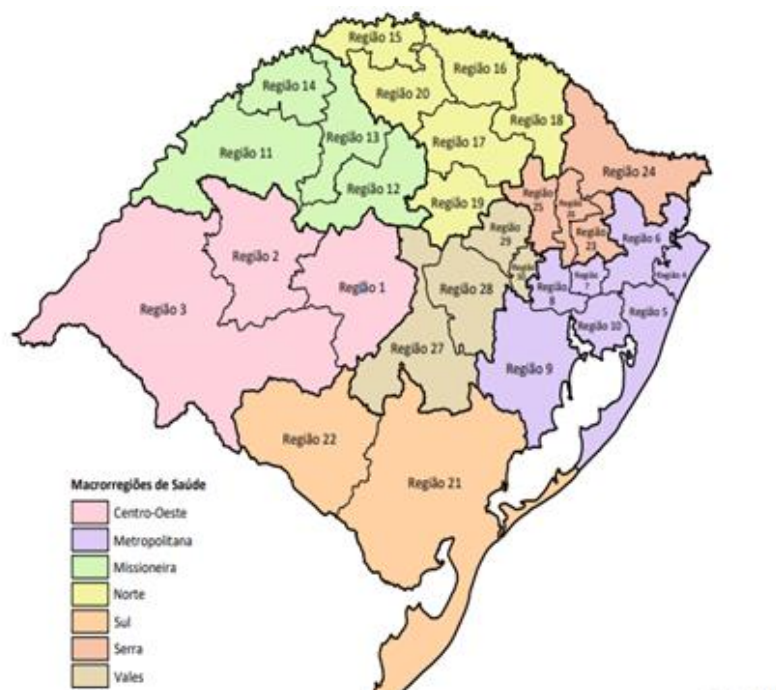
O município de Três Palmeiras foi fundado em 12 de maio de 1988, possui uma área de 180,6 Km², com população estimada (2019) de 4.800 habitantes, o que representa 0,04% da população estadual. Está localizado a uma distância de 366 Km da capital do Estado. No âmbito da saúde, o município integra a Região de Saúde nº 20 - Rota da Produção e a Macrorregião de Saúde Norte, conforme demonstram os elementos cartográficos abaixo.

Figura 1- Localização do município de Três Palmeiras no contexto estadual



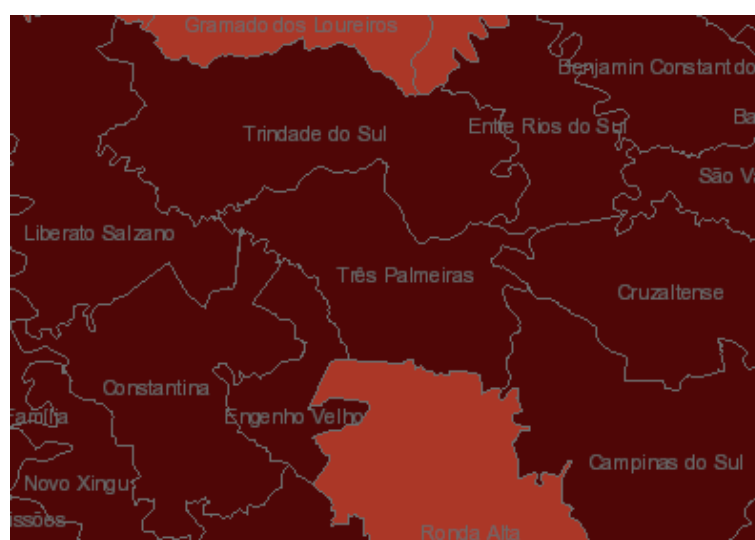
Fonte: IEDE/RS

Figura 2 – Localização da Região e Macrorregião de Saúde.



Fonte: SES/RS

Figura 3- Visão cartográfica do território municipal



Fonte: IEDE/RS

O território gaúcho tem por característica a prevalência de municípios de pequeno porte populacional, o que fortalece a relevância da Atenção Primária em Saúde enquanto ordenadora do cuidado e da regionalização enquanto diretriz promotora da integralidade. Em um contexto populacional em que 97,83% da população é SUS dependente, com respeito ao Controle Social e uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família de 100%, o município de Três Palmeiras vem promovendo a organização da saúde no território.

A divisão da força de trabalho no âmbito da SMS, a organização do transporte sanitário e o número de unidades assistenciais e equipamentos de saúde serão descritas em tópico próprio.

I ANÁLISE SITUACIONAL

No Brasil, a competência para legislar sobre "proteção e defesa da saúde" é concorrente da União, dos Estados e do Distrito Federal (Constituição Federal, art. 24, XII) e dos Municípios (Constituição Federal, art. 30, II). Isso significa que cabe à União o estabelecimento de normas gerais sobre o assunto (art. 24, parágrafo 1º). Os Estados, que formam a República Federativa do Brasil (art.1º), são competentes para suplementar a legislação posta pela União (art. 24, parágrafo 1º e 2º). E, finalmente, cabe aos Municípios, entidades que formam juntamente com os Estados, no dizer do texto constitucional, a República Federativa do Brasil (art.1º), legislar sobre todos os assuntos de interesse local (art. 30, I) (DALLARI, 1991).

A presente análise situacional tem por intento explicitar as características demográficas, populacionais, determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, condições econômicas, sociais, ambientais, de habitação, trabalho, renda, comportamentos, estilos de vida, violências e características epidemiológicas preponderantes no território municipal.

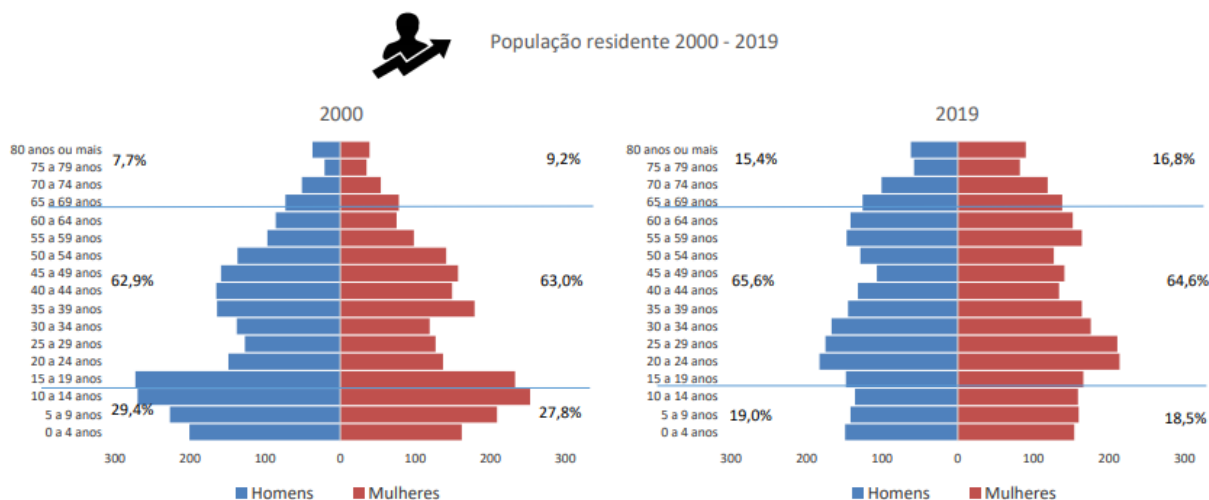
Parte-se, portanto, de um conceito ampliado de saúde e de uma compreensão do território não apenas como um espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial, ele também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial altera o espaço vivido (RIGHI, 2010).

Serão utilizados para tantos dados oficiais provenientes de bancos de dados de indicadores SUS.

1. Panorama demográfico e características da população

A composição demográfica e populacional do município de Três Palmeiras pode ser visualizada a partir do gráfico abaixo:

Figura 4- População residente 2000-2019



Fonte: DataSebrae

Muito embora possa ser considerado um processo global que atinge toda a sociedade brasileira, a transição demográfica apresenta-se como múltipla na medida em que se manifesta de forma diversa em cada contexto territorial e social (Brito, 2008).

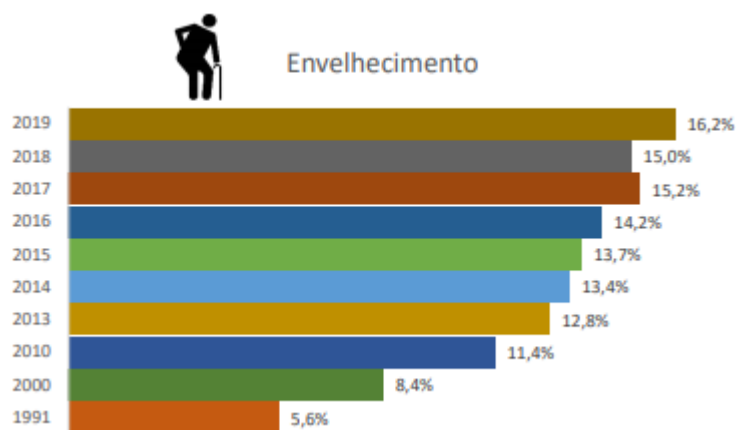
Contrariamente aos países desenvolvidos, onde o aumento da esperança de vida resultou na melhoria das condições de vida, no Brasil muitos indivíduos estão vivendo por mais tempo, sem, necessariamente, ampliar as suas condições socioeconômicas e sanitárias. Assim, o acelerado crescimento da população idosa traz consigo o desafio de se garantir uma sobrevivência digna a todos aqueles que tiveram suas vidas prolongadas em anos, exigindo a inclusão da temática do envelhecimento como um elemento fundamental na elaboração de políticas públicas (Uchôa, Firmo e Lima-Costa, 2002).

Os dados locais demonstram uma crescente ampliação do envelhecimento no território. A base de pirâmide alargada que prevalecia no ano 2000, cede espaço para

uma estrutura que adota formato retangular, com prevalência de população entre a faixa de 15 a 64 anos e quantitativo aproximado de crianças e idosos.

Esse dado chama atenção para o rápido envelhecimento da população municipal, em números percentuais semelhantes ao contexto estadual e nacional.

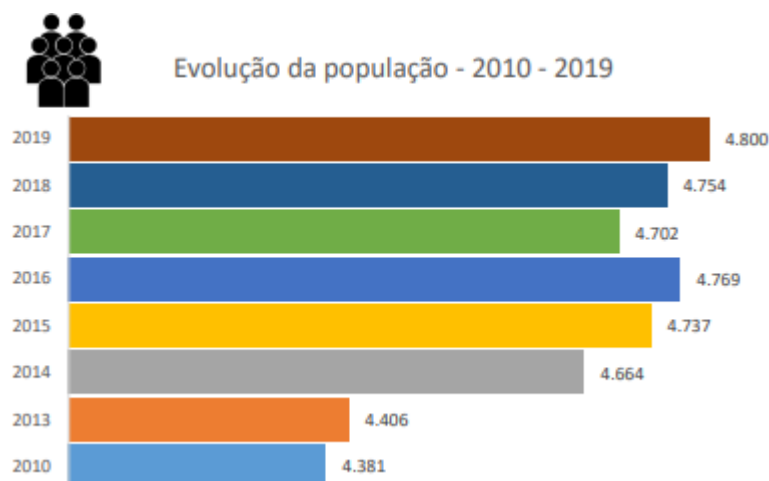
Figura 5- Indicadores Demográficos 2010-2019



Fonte: DataSebrae

No que se refere a evolução da população o município mantém uma média de crescimento ordenado ao longo de toda a última década.

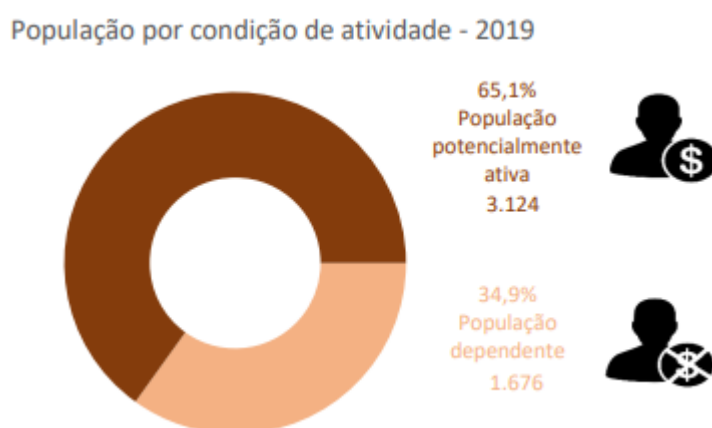
Figura 6- Evolução da população 2010-2019



Fonte: DataSebrae

Seguindo a mesma lógica da distribuição da população por faixa etária. Havendo prevalência da população adulta, existe uma taxa expressiva de população potencialmente ativa no município.

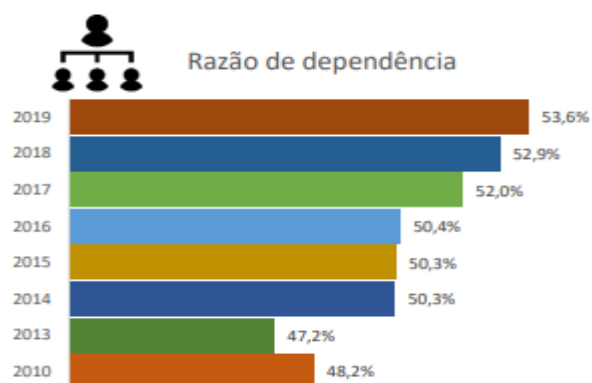
Figura 7- População por condição de atividade 2019



Fonte: DataSebrae

Mesmo assim, quando se observa a Razão de dependência da população, indicador que mede a razão entre a população economicamente dependente e a população economicamente ativa e parte do pressuposto de que jovens e idosos de uma população são dependentes economicamente dos demais, verifica-se uma série histórica que após um período de estabilidade, entrou em leve crescimento a partir de 2017.

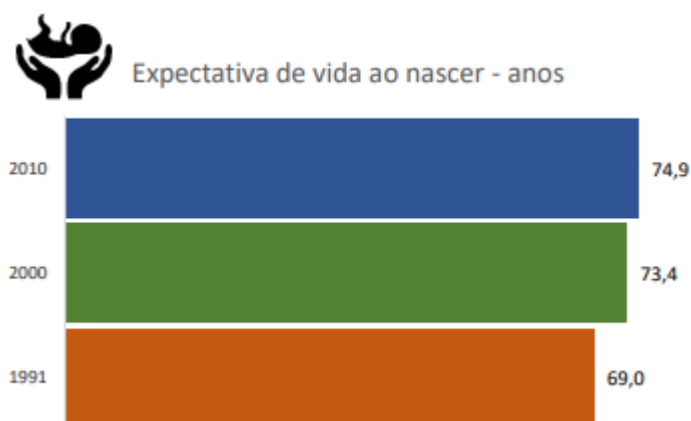
Figura 8- Razão de dependência



Fonte: DataSebrae

A expectativa de vida ao nascer, segundo os censos mais recentes, teve uma ampliação expressiva ao longo das últimas décadas.

Figura 9- Expectativa de vida ao nascer



Fonte: DataSebrae

Ainda, a série histórica referente a mortalidade infantil no município verifica-se que não há incidência de mortes, o que revela o grande empenho da atenção primária em saúde com o cuidado das crianças no território.

Figura 10- Mortalidade Infantil

Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 Habitantes

Numerador: número de óbitos de menores de 1 ano de idade em determinado período e local de residência. Denominador: número de nascidos vivos em determinado período e local de residência. Fator de multiplicação: 1.000
(Fonte: SES/RS - Secretaria Estadual da Saúde)

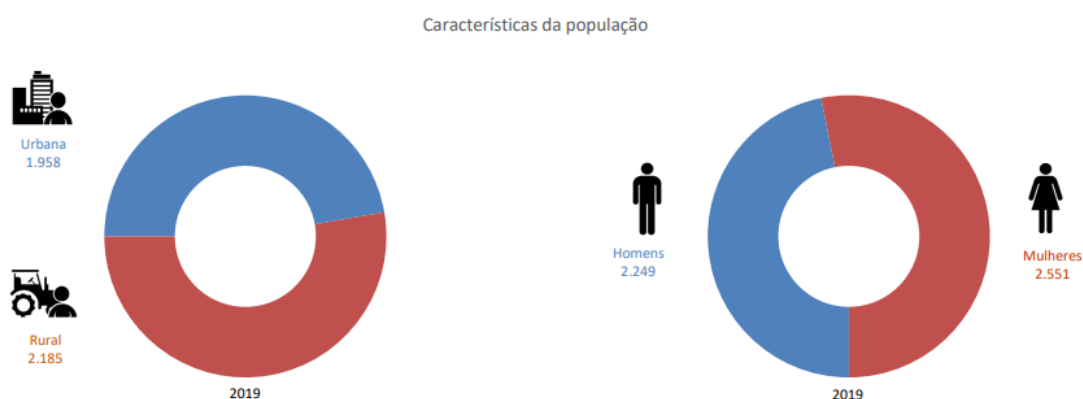


Fonte: Mapa Social MPRS

O número de mulheres é superior ao de homens, o que acarreta a necessidade de políticas voltadas para essa parcela da população que enfrenta desafios significativos que condicionam a sua saúde como a dupla jornada de trabalho e a maternidade.

Outra característica relevante é o quantitativo de população residente na área rural. Diferente do contexto estadual, o município de Três Palmeiras tem a maior parte da sua população residindo no campo. O que reforça a necessidade de ações voltadas para a saúde do trabalhador do campo e os esforços físicos resultantes da sua atividade laboral.

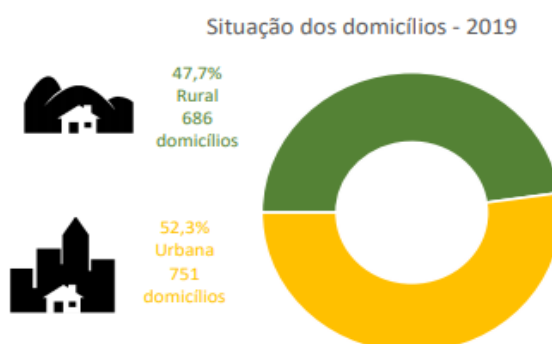
Figura 11- Características da população



Fonte: DataSebrae

A situação dos domicílios demonstra o perfil inverso ao quantitativo populacional, já que à predominância da distribuição no espaço urbano. O que leva a crer que no meio rural as famílias residentes são mais numerosas.

Figura 12- Situação dos domicílios



Fonte: DataSebrae

Por fim, a partir do relatório de Cadastros Individuais extraído do Sistema e-SUS é possível verificar de forma atualizada e com riqueza de detalhes como está organizada a dinâmica populacional no município de Três Palmeiras. O Sistema e-SUS representa uma importante ferramenta de gestão da atenção à saúde e de organização do planejamento municipal em saúde.

Conforme se depreende do dado abaixo, parte expressiva da população do município encontra-se cadastrada nos sistemas de informação à saúde. A atualização constante dos cadastros garante uma atuação com maior evidência científica na tomada de decisões de gestão, já que permite avaliar os dados locais e construir métricas direcionadoras da ação em tempo oportuno. O cadastramento total da população é um dos objetivos da gestão municipal.

Tabela 1- Dados de usuários cadastrados pelas Equipes de AB

Dados gerais	
Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos	3954
Saída de cidadãos do cadastro	0
Total:	3954

Fonte: e-SUS

O dado a seguir permite analisar a população por faixa etária com precisão, essa análise é fundamental para estratégias de políticas preventivas, a exemplo das campanhas de vacinação.

Tabela 2- Identificação do usuário por faixa etária

Identificação do usuário / cidadão - Faixa etária				
Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf	Total
Menos de 01 ano	4	4	0	8
01 ano	10	9	1	20
02 anos	17	18	0	35
03 anos	20	27	0	47
04 anos	19	15	0	34
05 a 09 anos	85	86	8	179
10 a 14 anos	105	93	4	202
15 a 19 anos	106	85	6	197
20 a 24 anos	148	154	5	307
25 a 29 anos	167	159	2	328
30 a 34 anos	203	202	9	414
35 a 39 anos	207	180	4	391
40 a 44 anos	114	123	1	238
45 a 49 anos	97	110	4	211
50 a 54 anos	96	101	2	199
55 a 59 anos	128	111	4	243
60 a 64 anos	94	114	3	211
65 a 69 anos	100	90	2	192
70 a 74 anos	71	98	2	171
75 a 79 anos	46	61	0	107
80 anos ou mais	95	125	0	220
Não informado	0	0	0	0
Total:	1932	1965	57	3954

Fonte: e-SUS

A utilização do Sistema e-SUS enquanto ferramenta de gestão do processo de trabalho e do planejamento no SUS é muito importante, considerando que os dados atualizados de bancos oficiais se reportam às estimativas decorrentes do último censo, datado de 2010, razão pela qual nem sempre refletem a realidade do contexto territorial. Esse fator demonstra a importância dos agentes comunitários de saúde e da atuação das Estratégias de Saúde da Família na produção de dados para o planejamento da gestão em saúde.

Tabela 3- Identificação do usuário SUS por sexo

Identificação do usuário / cidadão - Sexo	
Descrição	Quantidade
Masculino	1932
Feminino	1965
Não informado	57
Total:	3954

Fonte: e-SUS

No dado acerca da identidade de gênero e orientação sexual não houve declaração em cadastro em que indicasse à necessidade de políticas públicas de saúde específicas voltadas para à população LGBTQI+. Apesar do indicativo, as pautas acerca do respeito à diversidade devem ser sempre trabalhadas no âmbito do SUS.

Tabela 4- Identidade de gênero

Informações sociodemográficas - Orientação sexual		
Descrição		Quantidade
Deseja informar orientação sexual?	Sim	51
	Não	816
	N. Inf	3087
Heterossexual		51
Homossexual (gay / lésbica)		0
Bissexual		0
Outro		0

Fonte: e-SUS

Tabela 5- Orientação sexual

Informações sociodemográficas - Identidade de gênero		
Descrição		Quantidade
Deseja informar identidade de gênero?	Sim	0
	Não	687
	N. Inf	3267

Fonte: e-SUS

A tabela a seguir mostra o retrato da organização dos grupos familiares no território.

Tabela 6- Grupos familiares

Identificação do usuário / cidadão			
Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Desconhece nome da mãe	0	3954	-
Desconhece nome do pai	256	3698	-
Responsável familiar	2353	1591	10

Fonte: e-SUS

No que diz respeito à identificação do usuário com raça e cor, prepondera no território à população que se autodeclara branca.

Tabela 7- Raça e cor

Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor	
Descrição	Quantidade
Branca	3126
Preta	16
Amarela	100
Parda	110
Indígena	34
Não informado	568
Total:	3954

Fonte: e-SUS

A população indígena no território está assim representada:

Tabela 8- População indígena

Três Palmeiras	Passo Fundo	Caneleira	Kaingang / Guarani / Ñ indígena	295	437
		Boa Esperança	Kaingang / Guarani / Ñ indígena	142	

Fonte: PRI

Todos os residentes cadastrados se declaram brasileiros.

Tabela 9- Nacionalidade

Identificação do usuário / cidadão - Nacionalidade	
Descrição	Quantidade
Brasileira	3954
Naturalizado	0
Estrangeiro	0
Não informado	0
Total:	3954

Fonte: e-SUS

No que diz respeito ao responsável familiar e a relação de parentesco observa-se que a preponderância de dependência é para com o cônjuge ou companheiro.

Tabela 10- Relação de parentesco com o responsável familiar

Informações sociodemográficas - Relação de parentesco com o responsável familiar	
Descrição	Quantidade
Cônjuge / Companheiro(a)	334
Filho(a)	293
Enteado(a)	10
Neto(a) / Bisneto(a)	13
Pai / Mãe	14
Sogro(a)	6

Descrição	Quantidade
Irmão / Irmã	11
Genro / Nora	4
Outro parente	6
Não parente	2
Não informado	3261
Total:	3954

Fonte: e-SUS

No que se refere ao cuidado com as crianças, a maioria expressiva de crianças é cuidada e supervisionada por um adulto responsável.

Tabela 11- Cuidado de crianças de 0 à 9 anos

Informações sociodemográficas - Crianças de 0 a 9 anos, com quem fica

Descrição	Quantidade
Adulto responsável	73
Outra(s) criança(s)	0
Adolescente	0
Sozinha	0
Creche	4
Outro	0
Não informado	3879
Total:	3956

Fonte: e-SUS

No que se refere a educação formal, a tabela abaixo apresenta os níveis de formação por curso.

Tabela 12- Informações sociodemográficas

Informações sociodemográficas - Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou

Descrição	Quantidade
Creche	31
Pré-escola (exceto CA)	8
Classe de alfabetização - CA	8
Ensino fundamental 1ª a 4ª séries	459
Ensino fundamental 5ª a 8ª séries	247
Ensino fundamental completo	49
Ensino fundamental especial	6
Ensino fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)	11
Ensino fundamental EJA - séries finais (supletivo 5ª a 8ª)	6
Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico e etc)	134
Ensino médio especial	37
Ensino médio EJA (supletivo)	12
Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado	52
Alfabetização para adultos (Mobral, etc)	2
Nenhum	32
Não informado	2860
Total:	3954

Fonte: e-SUS

Por fim, considerando os dados regionais constantes do Diagnóstico da Região 20, que integram o Planejamento Regional Integrado é possível perceber que em termos demográficos o coeficiente geral de natalidade por mil nascidos vivos do município é superior ao da região de saúde, assim como a proporção de idosos supera o indicador regional.

Figura 13- Coeficiente Geral de Natalidade regional

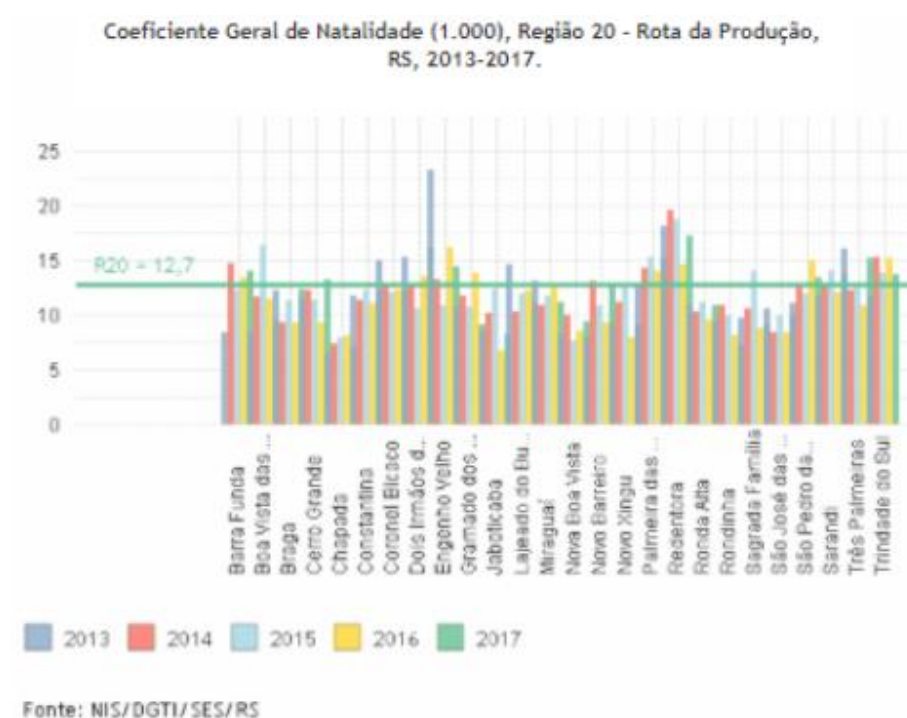
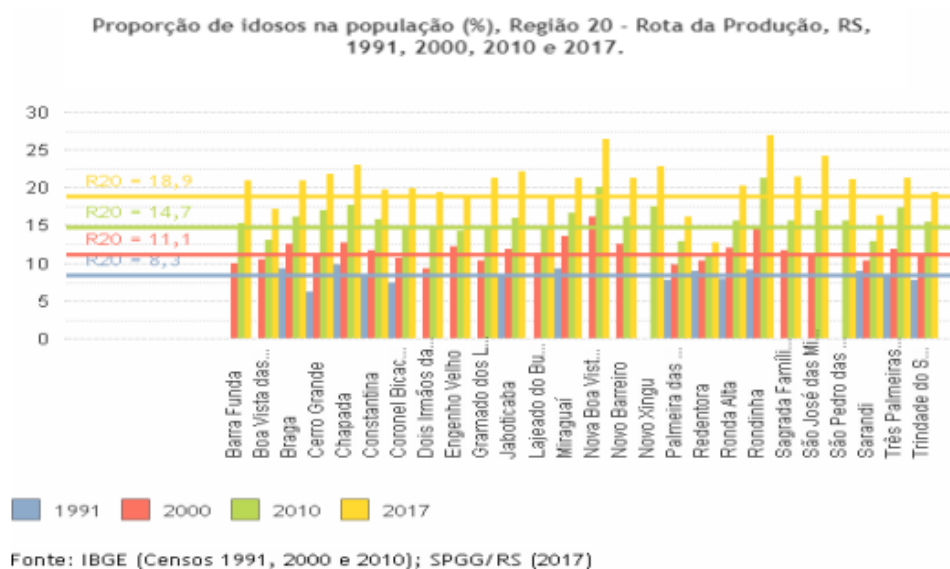


Figura 14- Proporção de idosos regional



2. Determinantes e condicionantes do processo saúde-doença

A formulação teórica dessa abordagem tenta identificar problemas de saúde originados pelas questões sociais e ambientais que afligem as comunidades. O ponto central da teoria consiste não em negar as especificidades ou a responsabilidade dos indivíduos por sua própria saúde, mas em reconhecer que alguns padrões de enfermidades podem decorrer do ambiente social e das condições econômicas em que essas pessoas estão inseridas (COLOMBO, 2010).

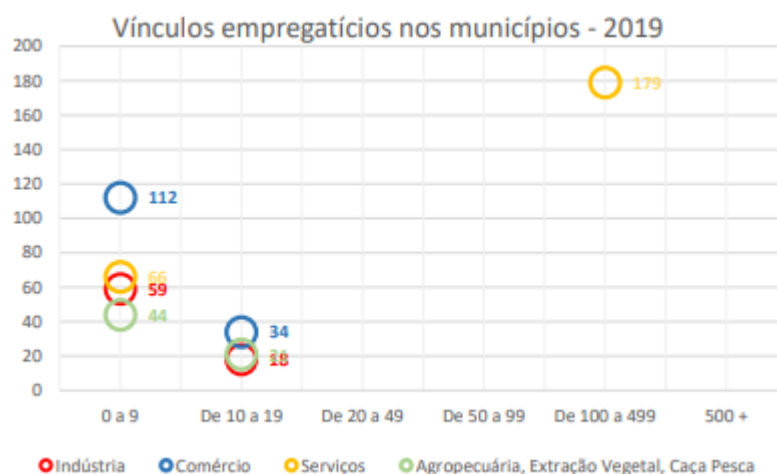
Representam fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes saudáveis e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde (DAHLGREEN; WHITEHEAD, 1991).

Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença relacionam a atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando a garantia de melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade. Em geral essas políticas são responsabilidade de setores distintos, que frequentemente operam de maneira independente, obrigando o estabelecimento de mecanismos que permitam uma ação integrada e sistêmica (BUSS; PELEGRINO FILHO, 2007).

2.1 Condições econômicas, sociais, ambientais, de habitação, de trabalho

No que diz respeito aos vínculos empregatícios formais prepondera no município a prestação de serviços. Sob essa perspectiva a análise acerca das atividades produtivas e laborais enquanto determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e a vigilância constante da saúde do trabalhador são fundamentais para um cuidado integral da saúde dos usuários do SUS no território.

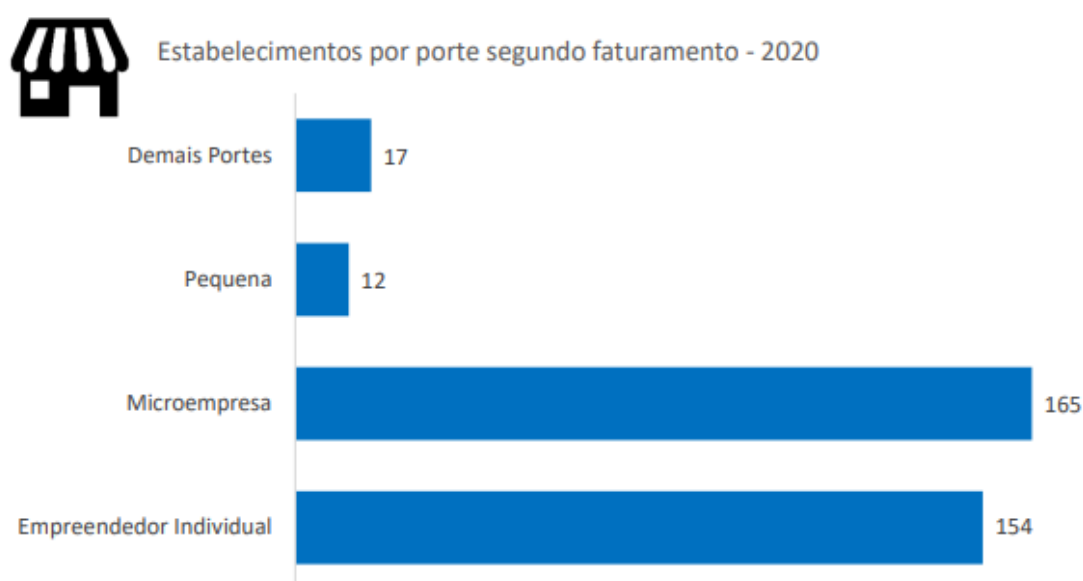
Figura 15- Vínculos empregatícios no município 2019



Fonte: DataSebrae

No que se refere ao perfil dos estabelecimentos por faturamento, da análise do gráfico abaixo é possível destacar a prevalência de microempresas no território.

Figura 16- Estabelecimentos por porte segundo faturamento

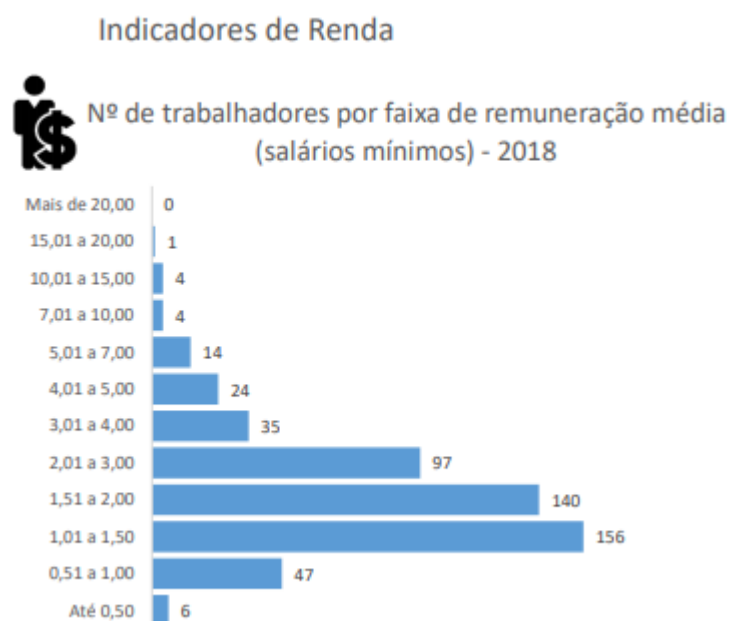


Fonte: DataSebrae

Essas características referentes às fontes de ocupação prevalentes no território repercutem na faixa de remuneração média dos trabalhadores. Conforme se observa

do gráfico abaixo, prepondera a faixa de trabalhadores com remuneração média entre um salário mínimo e um salário mínimo e meio. A renda média revela mais uma vez a importância do Sistema Único de Saúde e da gratuidade para que a população local possa alcançar melhores índices de acesso à saúde.

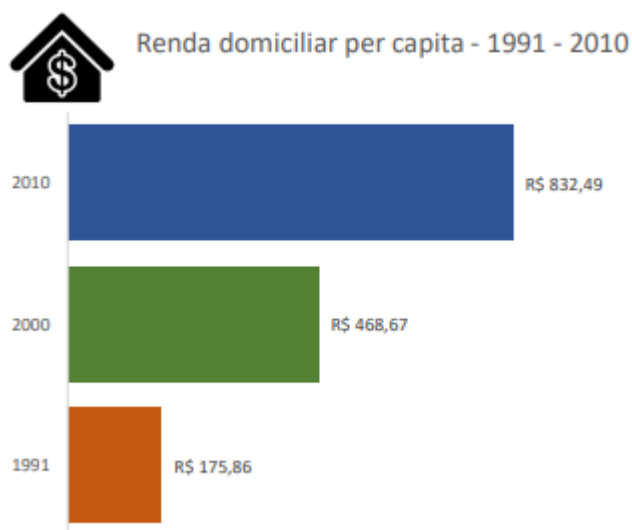
Figura 17- Trabalhadores por faixa de remuneração média



Fonte: DataSebrae

Mesmo diante desse quadro, os últimos censos demonstram um aumento da renda domiciliar *per capita* ao longo das décadas.

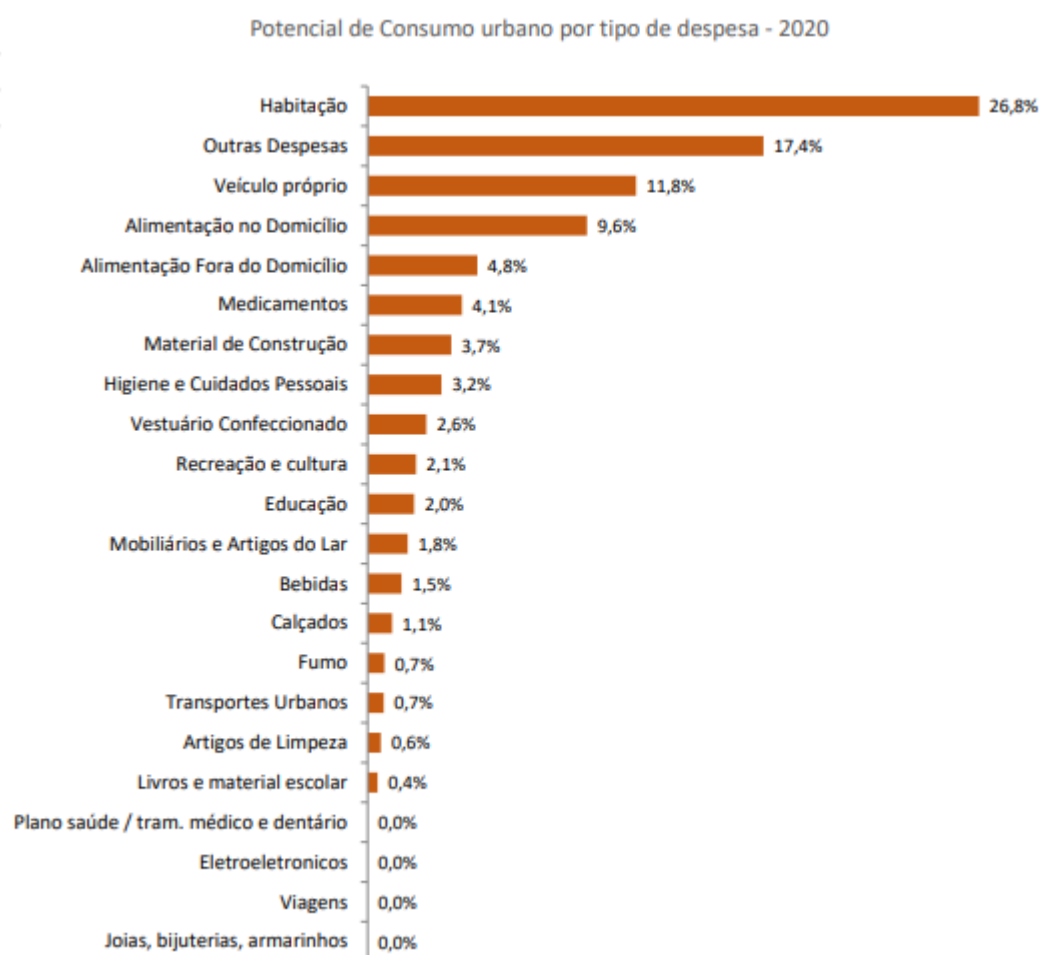
Figura 18- Renda domiciliar per capita



Fonte: DataSebrae

No que se refere ao potencial de consumo das famílias, é possível observar que a despesa prioritária é com habitação. A habitação, enquanto determinante da saúde, possui relação importante no processo saúde-doença. Verifica-se, que o percentual de gastos de medicamentos e higiene possui destaque entre as despesas de consumo das famílias. Outrossim, os dados de despesas com tratamentos médicos, odontológicos e planos de saúde não foram citados. O que sinaliza que a população conta com a prestação de serviços SUS, tendo a Atenção Primária em Saúde como porta de entrada. Cabe destacar que o município possui um percentual de população SUS dependente de 97,83%.

Figura 19- Potencial de consumo por tipo



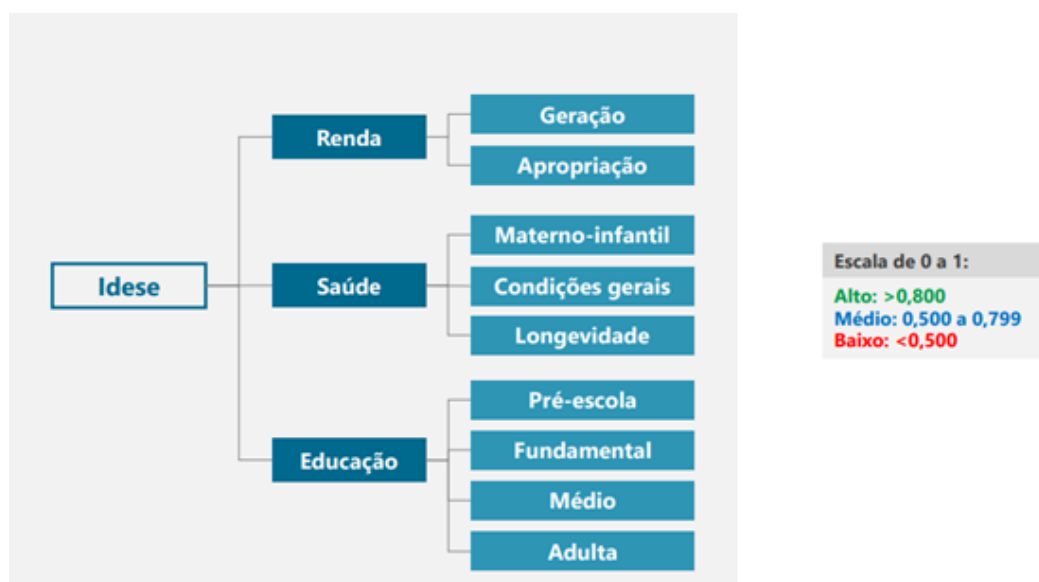
Fonte: DataSebrae

Outro indicador relevante para essa análise é o IDESE. O Departamento de Economia e Estatística (DEE) calcula os resultados do Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese) do Estado do Rio Grande do Sul e de suas regionalizações: municípios, microrregiões, mesorregiões, Conselhos Regionais de Desenvolvimento (Coredes) e Regiões Funcionais (DEE, 2021).

O IDESE é um indicador sintético, que sinaliza a situação socioeconômica dessas unidades territoriais, considerando aspectos quantitativos e qualitativos do processo de desenvolvimento, articulando informações referentes a educação, a renda e a saúde (DEE, 2021).

Para melhor compreensão apresenta-se um gráfico explicativo de cada indicador que compõem o IDESE (DEE, 2021).

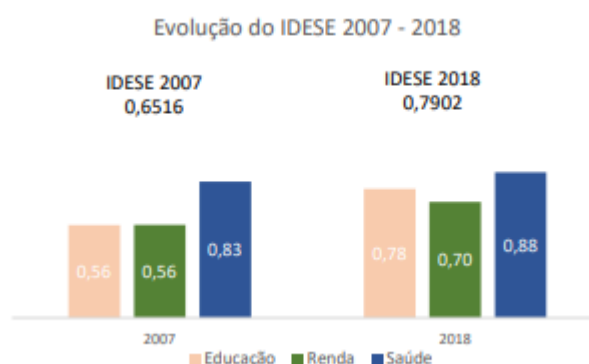
Figura 20- Composição do IDESE



Fonte: DEE/RS

Da análise da evolução do IDESE no município de Três Palmeiras é possível perceber uma elevação significativa em todos os indicadores que o compõem.

Figura 21- Evolução IDESE

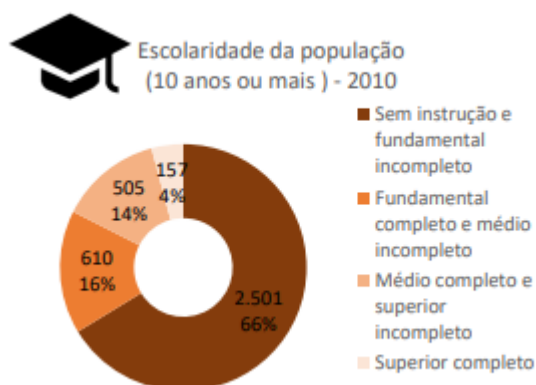


Fonte: DataSebrae

Ainda, no que concerne à escolaridade da população e a taxa de analfabetismo, o último censo demonstrou um imenso desafio considerando a prevalência de pessoas sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto, com

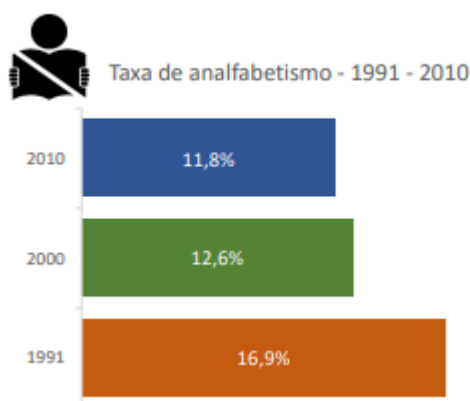
o passar dos anos esse quadro vem sendo revertido, conforme demonstra o próprio IDESE. A universalização do acesso à educação repercute positivamente nas ações de saúde, sobretudo, no autocuidado.

Figura 22- Escolaridade da população



Fonte: DataSebrae

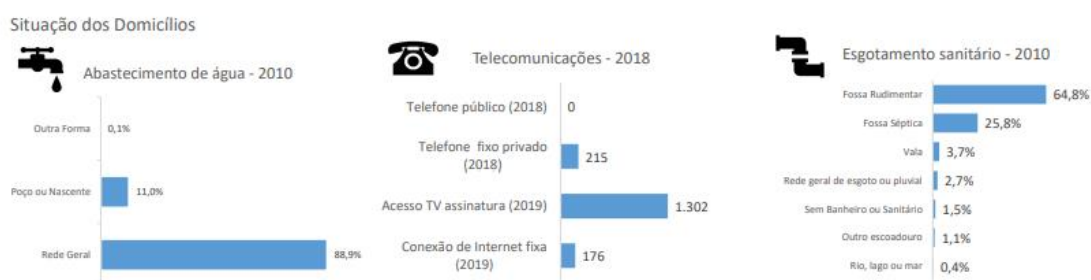
Figura 23- Taxa de analfabetismo



Fonte: DataSebrae

No que se refere as questões ambientais e de acesso a telecomunicações referentes a situação dos domicílios o dado oficial demonstra que quase a totalidade da população já vinha sendo atendida com soluções de água e esgoto adequadas por ocasião do último censo, esse número vem sendo ampliado a fim de que a população possa ter acesso a água potável e condições de esgotamento sanitário que não difundem a proliferação de doenças e asseguram dignidade para todos.

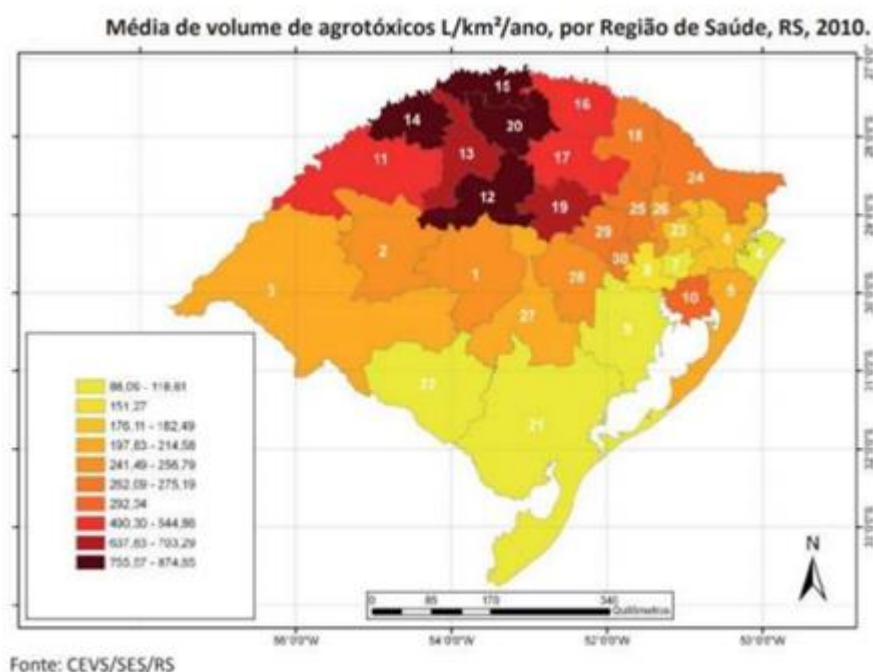
Figura 24- Situação dos domicílios



Fonte: DataSebrae

O município de Três Palmeiras apresenta ainda o desafio ambiental de estar localizado em uma das regiões com o maior consumo de agrotóxicos por quilômetro quadrado.

Figura 25- Volume de agrotóxico por região de saúde



Fonte: CEVS/SES/RS

No que se refere a situação no mercado de trabalho, conforme cadastro dos usuários SUS, constante do Sistema e-SUS, é possível visualizar que um número significativo da população é aposentado ou pensionista.

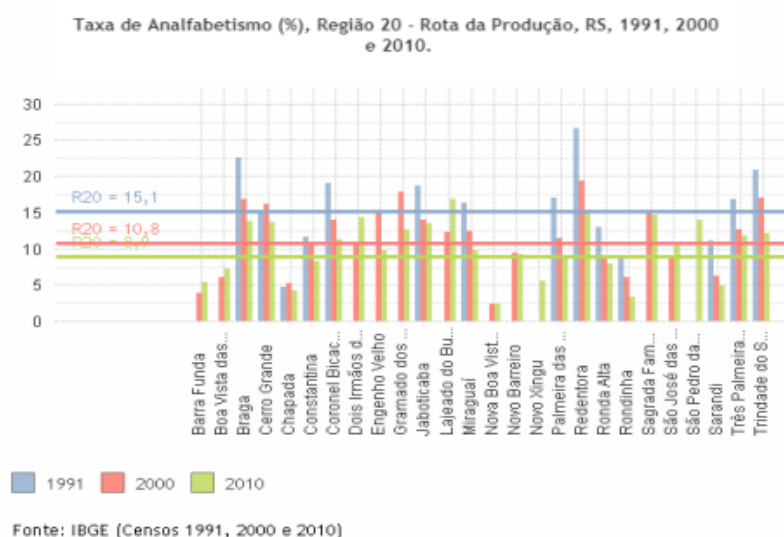
Tabela 13- Situação no mercado de trabalho

Informações sociodemográficas - Situação no mercado de trabalho	
Descrição	Quantidade
Empregador	0
Assalariado com carteira de trabalho	131
Assalariado sem carteira de trabalho	49
Autônomo com previdência social	7
Autônomo sem previdência social	4
Aposentado / Pensionista	399
Desempregado	4
Não trabalha	60
Servidor público / Militar	6
Outro	204
Não informado	3090
Total:	3954

Fonte: e-SUS

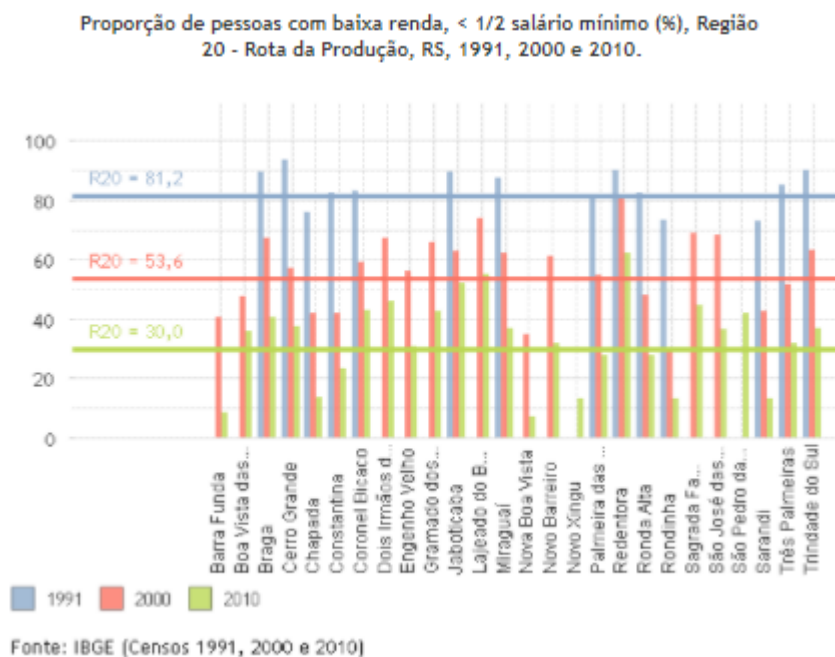
Ainda, considerando os dados regionais constantes do Diagnóstico da Região 20, que integram o Planejamento Regional Integrado é possível perceber que a taxa de analfabetismo do município é superior à média regional, assim como à proporção de pessoas com baixa renda.

Figura 26- Taxa regional de analfabetismo



Fonte: PRI

Figura 27- Proporção de pessoas com baixa renda na região



Fonte: PRI

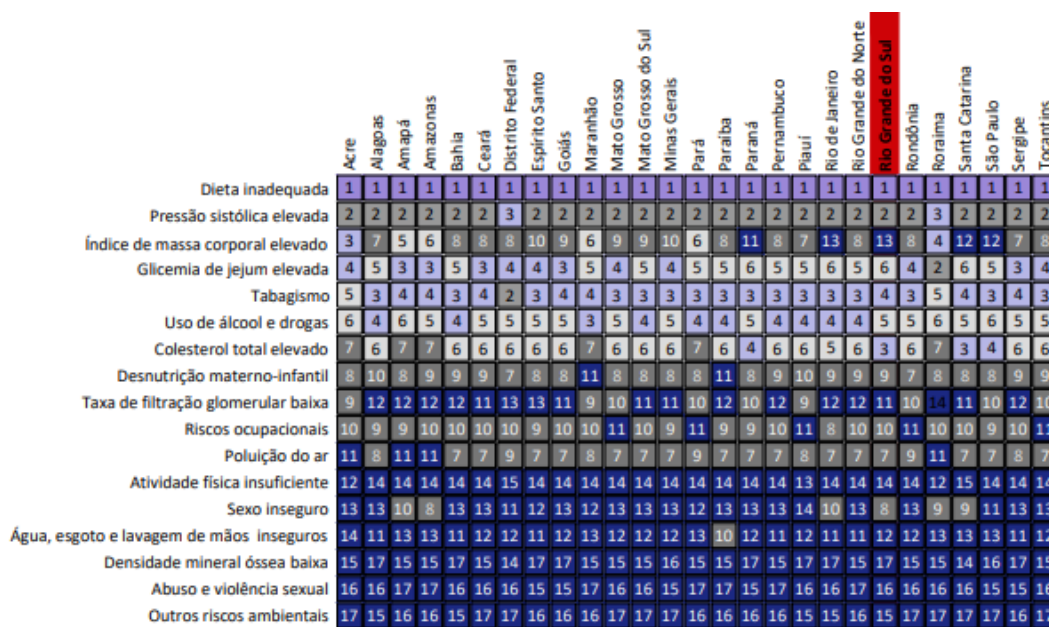
2.2 Comportamentos e estilo de vida

Os estilos de vida pautados no sedentarismo, alimentação inadequada e na pouca interação comunitária tem repercutido na prevalência de algumas doenças crônicas no contexto brasileiro.

A figura a seguir apresenta, a partir da Carga Global de Doenças (Global Burden of Disease - GBD), a ordem dos 17 principais fatores de risco das unidades federativas brasileiras, considerando todas as causas de “Anos de Vida Ajustados por Incapacidade” (Disability Adjusted Life of Years - DALYs). Essa é uma medida da carga global de doenças, expressa como o número de anos perdidos devido a problemas de saúde, incapacidade ou morte precoce. Esse indicador foi desenvolvido na década de 1990 como uma forma de comparar a saúde geral e a expectativa de vida de diferentes países. Usando DALYs, a carga de doenças que causam morte prematura, mas com pouca incapacidade (como afogamento ou sarampo), pode ser

comparada à carga de doenças que não causam morte, mas causam incapacidade (como catarata e cegueira) (SES/RS, 2021).

Figura 28- Ranking dos 17 principais fatores de risco, do nível 2, para todas as causas de Disability Adjusted Life Years (DALYs) padronizados por idade, para ambos os sexos, em 2015, por Unidade Federativa do Brasil, GBD Brasil, 2015.



Fonte: Malta et. al., apud SES/RS

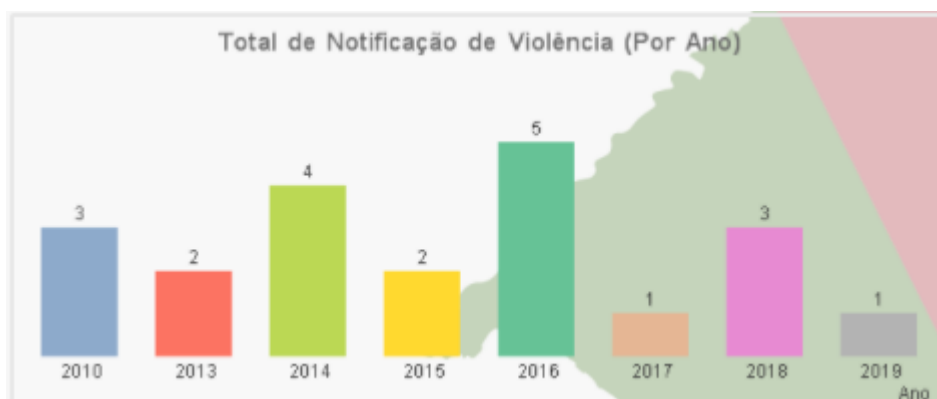
Relacionado aos fatores acima levantados, da análise do Sistema e-SUS se depreende quantitativos expressivos de indicação de doenças com repercussão de questões associadas ao estilo de vida como o consumo de álcool e tabagismo, conforme se identificará em tópico a seguir.

2.3 Violências

Para construção do presente tópico foram analisados os indicadores de violência produzidos pelas áreas da saúde e da segurança pública.

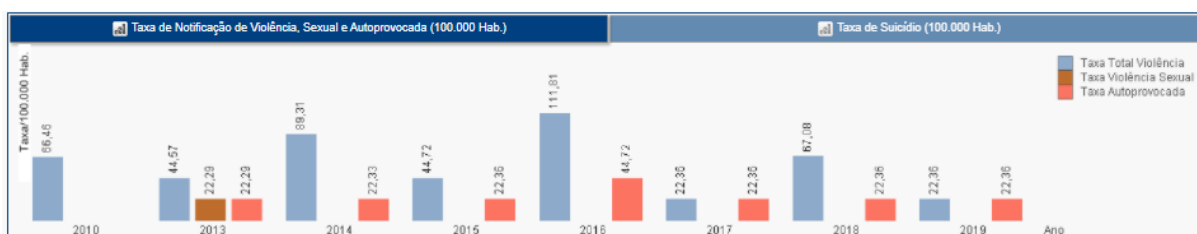
No que se refere aos dados da área da saúde, da série histórica relativa a taxa total de violência verifica-se um pico de notificações no ano de 2016. Embora o número não pareça elevado, quando aplicado a uma taxa de 100 mil habitantes representa um percentual expressivo.

Figura 29- Série histórica de notificações de violência



Fonte: BI

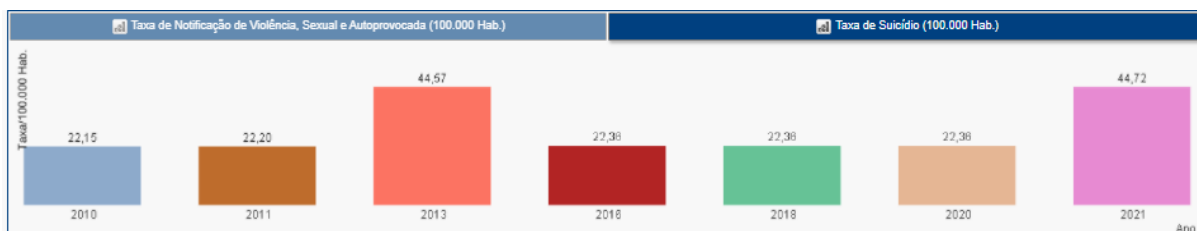
Figura 30- Taxa total de violência, sexual e autoprovocada



Fonte: BI

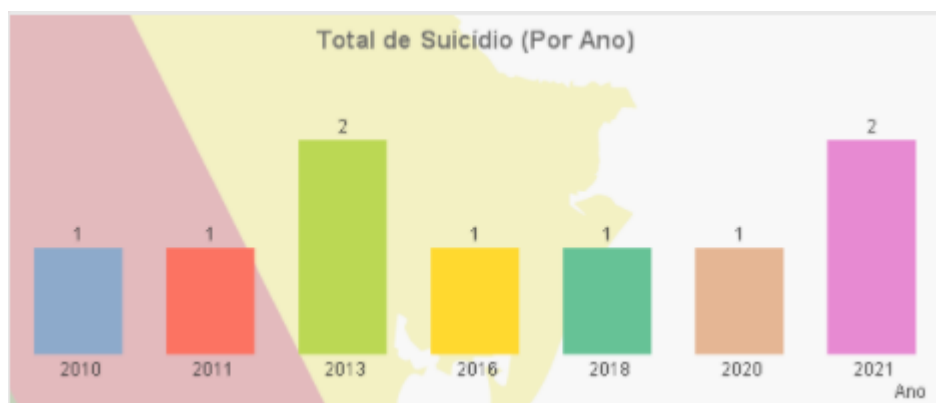
No que se refere a taxa de suicídio é possível observar uma série histórica com recorrência de um caso/ano, com picos nos anos de 2013 e 2021, o que acende um sinal de alerta para o cuidado em saúde mental.

Figura 31- Série histórica de notificações de suicídio



Fonte: BI

Figura 32- Total de suicídios por ano



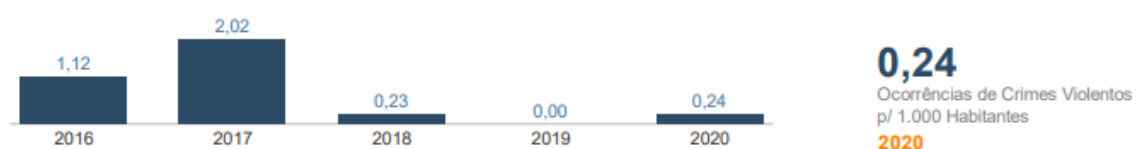
Fonte: BI

A partir dos dados oriundos da segurança pública, é possível verificar um movimento de queda a partir de 2017.

Figura 33- Ocorrências de crimes violentos

Ocorrências de Crimes Violentos por 1.000 Habitantes

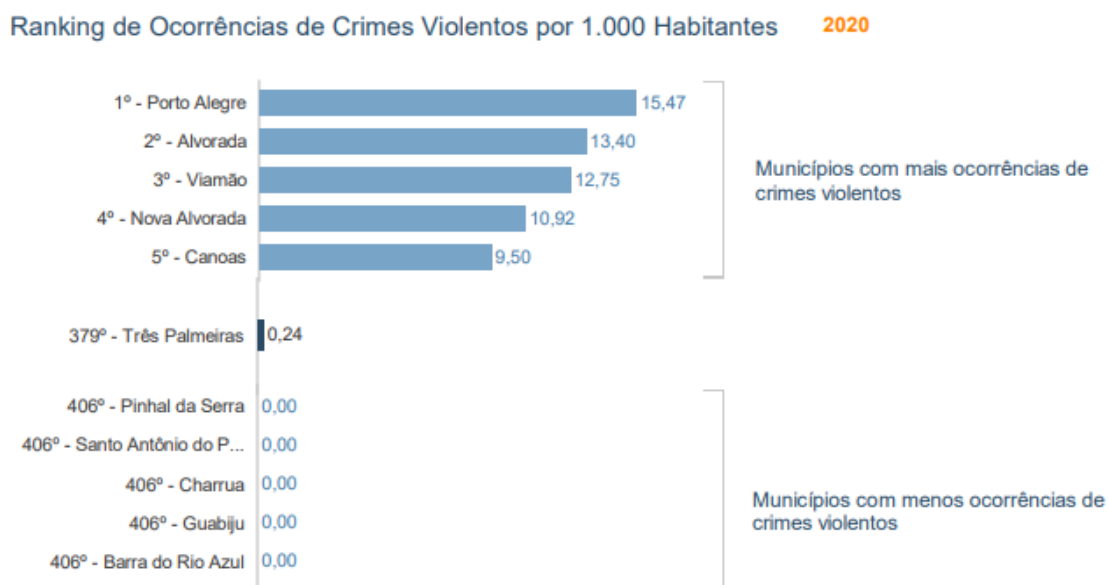
Razão entre o número de ocorrências de crimes violentos no município (Homicídio Doloso, Homicídio Doloso de Trânsito, Latrocínio, Roubo, Roubo de Veículo) e o número de habitantes do município, cujo resultado é multiplicado por 1.000.
(Fontes: SSP/RS e IBGE, Ocorrências Criminais e População, respectivamente)



Fonte: Mapa Social MPRS

Quando a violência de crimes violentos é observada no comparativo com os demais municípios gaúchos, o município encontra-se na 379ª posição.

Figura 34- Ranking de ocorrências por crimes violentos



Fonte: Mapa Social MPRS

Ainda no que se refere a violência contra a mulher, os dados criminais demonstram uma curva em ascensão. A ampliação constante de políticas públicas e da articulação da rede de proteção à mulher vítima de violência é importante para que sejam assegurados os direitos de todas as mulheres.

Figura 35- Violência contra à mulher



Fonte: Mapa Social MPRS

Quando a violência contra a mulher é observada no comparativo com os demais municípios gaúchos, o município encontra-se na 114ª posição.

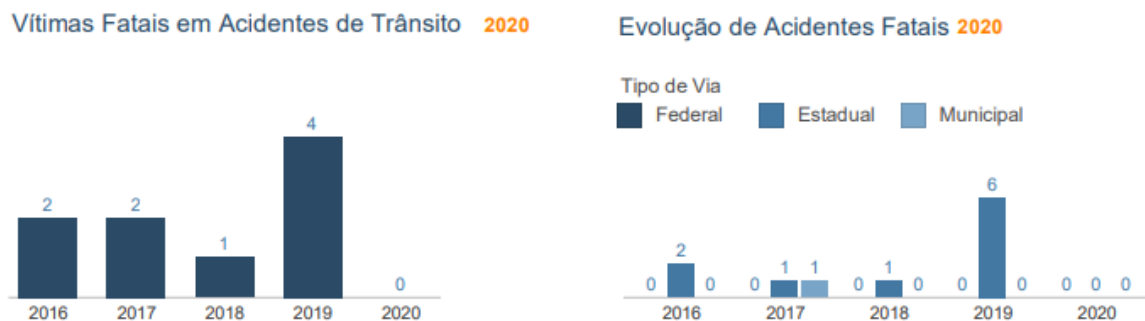
Figura 36- Ranking de ocorrências de crimes contra à mulher



Fonte: Mapa Social MPRS

No que se refere a violência no trânsito também se verifica uma série histórica de municípios vitimados ao longo dos últimos anos, com exceção para o ano de 2020.

Figura 37- Vítimas fatais em acidentes de trânsito



Fonte: Mapa Social MPRS

O conjunto de dados demonstra a importância da política de saúde mental no território e da difusão de políticas públicas que estimulem uma convivência harmoniosa, comunicação não violenta e práticas para a paz.

3. Características epidemiológicas

No que se refere a situações de saúde gerais verifica-se um quantitativo elevado de doenças crônicas, sobretudo, hipertensão arterial.

Tabela 14- Situações de saúde gerais

Condições / Situações de saúde gerais			
Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Está acamado	4	1612	2338
Está com hanseníase	0	1622	2332
Está com tuberculose	0	1617	2337
Está domiciliado	19	1594	2341
Está fumante	102	1522	2330
Está gestante	25	204	3725
Faz uso de álcool	45	1577	2332
Faz uso de outras drogas	4	1613	2337
PIC	21	1066	2867
Tem diabetes	76	1550	2328
Tem hipertensão arterial	286	1343	2325
Tem ou teve câncer	39	1582	2333
Teve AVC / derrame	10	1614	2330
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde	77	1540	2337
Teve infarto	7	1611	2336
Teve internação nos últimos 12 meses?	40	1559	2355
Usa plantas medicinais	457	1144	2353

Fonte: e-SUS

No que tange ao peso, um quantitativo significativo de pessoas se declara acima do peso, demonstrando que as questões relativas a transição nutricional do país, com incidência de sobrepeso e obesidade, também são percebidas no contexto local.

Tabela 15- Peso

Condições / Situações de saúde gerais - Sobre seu peso, você se considera	
Descrição	Quantidade
Abaixo do peso	20
Peso adequado	1044
Acima do peso	139
Não informado	2751
Total:	3954

Fonte: e-SUS

No que se refere a doenças cardíacas, 70 usuários declararam em seu cadastro possuir algum problema. O número de pessoas com doenças renais é de 33 usuários.

Tabela 16- Doença cardíaca

Condições / Situações de saúde gerais - Doença cardíaca		
Descrição		Quantidade
Tem doença cardíaca / do coração?	Sim	70
	Não	1547
	N. Inf	2337
Insuficiência cardíaca		7
Não sabe		8
Outra		56

Fonte: e-SUS

Tabela 17- Problemas nos rins

Condições / Situações de saúde gerais - Problemas nos rins		
Descrição		Quantidade
Tem ou teve problemas nos rins?	Sim	33
	Não	1400
	N. Inf	2521
Insuficiência renal		4
Outra		29
Não sabe		1

Fonte: e-SUS

Com relação a deficiência, 56 usuários apresentam alguma deficiência, conforme divisão apresentada na tabela a seguir.

Tabela 18- Deficiência

Informações sociodemográficas - Deficiência		
Descrição		Quantidade
Tem alguma deficiência?	Sim	56
	Não	3898
Auditiva		3
Física		19
Intelectual / Cognitiva		17
Visual		12
Outra		7

Fonte: e-SUS

Na tabela abaixo está representada a morbidade hospitalar de residentes, segundo capítulo do CID-10. As doenças infecciosas e parasitárias representam a maioria das internações no ano de 2021, seguidas de transtornos mentais e comportamentais.

Tabela 19- Principais causas de internação

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11	11	6	9	47
II. Neoplasias (tumores)	6	22	9	6	13
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	4	4	1	1	2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	3	5	7	2
V. Transtornos mentais e comportamentais	13	9	8	10	17
VI. Doenças do sistema nervoso	6	5	4	7	7
VII. Doenças do olho e anexos	1	-	-	3	1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	14	18	18	22	13
X. Doenças do aparelho respiratório	33	17	25	18	13
XI. Doenças do aparelho digestivo	11	18	18	24	9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	1	2	2	1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	8	13	5	5	2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	22	13	28	21	10
XV. Gravidez parto e puerpério	12	10	13	21	14
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3	2	-	1	1
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	-	3	2	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	1	2	-
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	4	7	10	16	16
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	1	-	5	3
CID 10* Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-
Total	153	154	156	182	171

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

No que se refere à mortalidade de residentes, segundo capítulo do CID-10, as doenças do aparelho circulatório e neoplasias representam a causa mais recorrente.

Tabela 20- Principais causas de mortalidade

Capítulo CID-10	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	1	-
II. Neoplasias (tumores)	6	7	8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	1	4
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-
VI. Doenças do sistema nervoso	3	1	4
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	11	15	8
X. Doenças do aparelho respiratório	4	7	2
XI. Doenças do aparelho digestivo	3	1	2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	3
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	-	-
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	-	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	1	4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	3	2
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	-
Total	33	37	37

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET)

4. Das redes de atenção à saúde

As Redes de Atenção à Saúde consistem em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2011).

Representa, assim, um conjunto de serviços de saúde, interligados por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, sendo coordenada pela Atenção Primária em Saúde (APS) (SANTOS, 2017).

As redes de atenção são organizações poliarquias de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária em Saúde (MENDES, 2011).

Figura 38- Redes de Atenção à Saúde

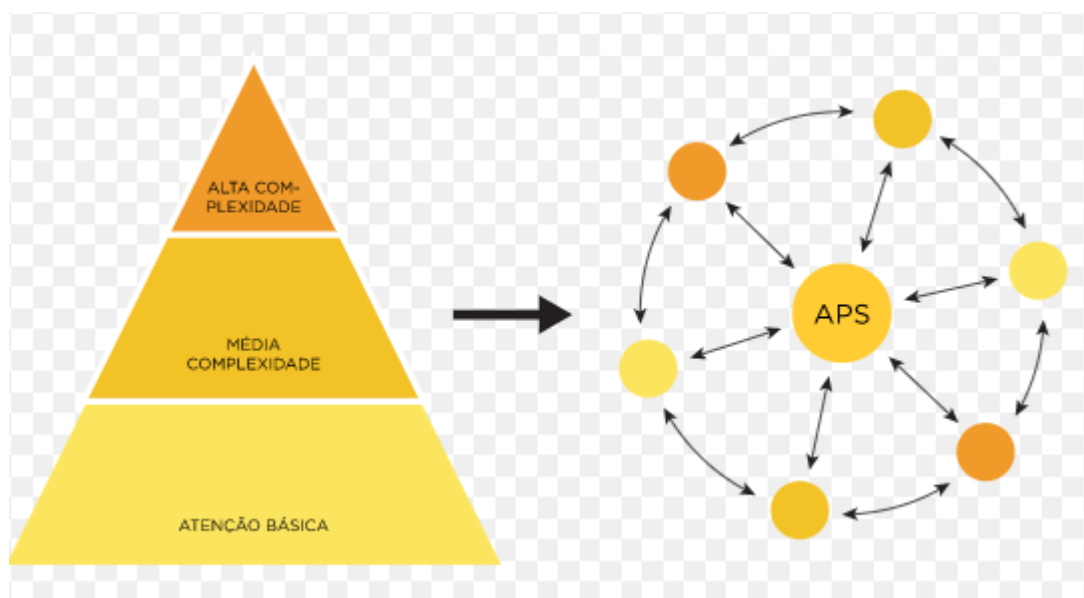


Fonte: Rede HumanizaSUS

Nesse formato, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema se organiza sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Todos

os componentes das Redes de Atenção à Saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes; apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam (CONASS, 2014).

Figura 39- Poliarquia



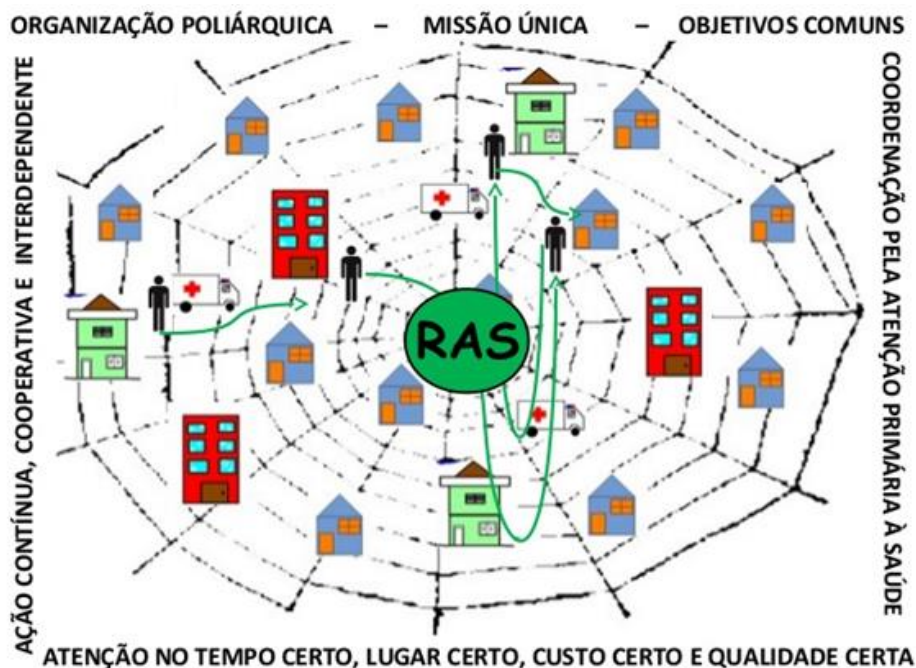
Fonte: CIAR/UFG

De acordo com Mendes (2012), para ser efetivada de forma eficiente e com qualidade, a Rede de Atenção à Saúde precisa ser estruturada segundo os seguintes fundamentos:

- a) Economia de escala: a concentração de serviços em determinado local racionaliza os custos e otimiza resultados quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizam sua instalação em cada município isoladamente. Na prática, os serviços de menor densidade tecnológica, como as unidades básicas de saúde (UBS), são ofertados de forma dispersa, uma vez que se beneficiam menos da economia de escala. Por outro lado, os serviços com maior densidade tecnológica, que se beneficiam mais da economia de escala, tendem a ser mais concentrados. Por exemplo, um hospital regional localizado em um município de maior porte que atenda a um conjunto de pequenos municípios da região.

- b) Suficiência e qualidade: os recursos financeiros, humanos e tecnológicos devem estar presentes em quantidade suficiente para atender à determinada demanda e expectativa da população, e a qualidade destes serviços deve atingir os níveis e parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.
- c) Acesso: está relacionado à ausência de barreiras no momento em que o usuário ingressa no sistema e quando se faz necessária a continuidade da atenção. As barreiras podem englobar várias dimensões, como acessibilidade geográfica, disponibilidade de serviços e/ou profissionais, grau de acolhimento e vínculo, condição socioeconômica do usuário.
- d) Disponibilidade de recursos: engloba recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos. Ter recursos é tão importante quanto sua alocação mais custo-efetiva, e sua disponibilidade é o que determinará o seu grau de concentração de maneira direta. Assim, quanto mais escasso o recurso, mais deve ser concentrado; quanto mais disponível, mais deve ser disperso na Rede de Atenção à Saúde.
- e) Integração vertical: é a articulação de serviços de diferentes níveis de atenção, de qualquer ente federativo (municipal, estadual e federal), com fins lucrativos ou não, por meio de gestão única.
- f) Integração horizontal: é a junção de serviços semelhantes ou iguais para que os custos médios de longo prazo dos serviços diminuam com o aumento do volume das atividades oferecidas.

Figura 40- RAS



Fonte: Rede HumanizaSUS

Nesse sentido as Redes de Atenção à Saúde representam mais do que serviços ou estruturas de atendimento, elas se constituem em ferramentas indispensáveis para a promoção da integralidade em saúde, devendo considerar para além das demandas existentes uma perspectiva que comporte as transições de toda ordem que afetam as questões de saúde e um espaço de comunicação sempre aberto entre todos os pontos da rede e entre os entes federativos.

O presente capítulo tem por intuito apresentar a organização dos serviços no município de Três Palmeiras.

4.1 Atenção Básica

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da

saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Figura 41- Saúde da Família



Fonte: Ministério da Saúde

O município de Três Palmeiras possui duas Estratégias de Saúde da Família implementadas, o que garante uma cobertura de 100% da população. No que se refere a cobertura populacional por agentes comunitários de saúde o percentual é de 80,40%.

O gráfico a seguir demonstra a cobertura populacional por equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde no território.

Figura 42- Cobertura populacional por ESF e por ACS

Cobertura Populacional por Equipes de Saúde da Família - ESF 2019



Ano	Nº ESF Implantadas	Cobertura Pop p/ ESF
2019	2	100,00%
2018	2	100,00%
2017	2	100,00%
2016	2	100,00%
2015	2	100,00%

Cobertura Populacional por Agentes Comunitários de Saúde - ACS 2019



Ano	Nº ACS Implantados	Cobertura Pop p/ ACS
2019	6	80,40%
2018	11	100,00%
2017	10	100,00%
2016	11	100,00%
2015	11	100,00%

Fonte: Mapa Social MP/RS

Os dados abaixo ilustram a produção e atualização cadastral no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

Tabela 21- Série histórica produção e atualização cadastral de usuários

Cadastros

Descrição	01/2021	02/2021	03/2021	04/2021	05/2021	06/2021	07/2021	Total
Cadastro domiciliar e territorial	0	684	428	328	420	387	620	2.867
Cadastro individual	32	2.739	1.826	383	835	779	1.050	7.644
Total	32	3.423	2.254	711	1.255	1.166	1.670	10.511

Produção

Descrição	01/2021	02/2021	03/2021	04/2021	05/2021	06/2021	07/2021	Total
Atendimento domiciliar	0	0	0	0	0	0	0	0
Atendimento individual	568	0	315	1.929	1.733	1.887	1.821	8.253
Atendimento odontológico individual	45	1	24	178	143	145	239	775
Atividade coletiva	0	0	0	1	2	2	1	6
Avaliação de elegibilidade e admissão	0	0	0	0	0	0	0	0
Marcadores de consumo alimentar	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimentos individualizados	478	0	398	2.750	2.728	2.748	3.089	12.191
Síndrome neurológica por Zika / Microcefalia	0	0	0	0	0	0	0	0
Vacinação	1	63	47	28	132	187	80	538
Visita domiciliar e territorial	73	0	1	177	664	735	862	2.512
Total	1.165	64	785	5.063	5.402	5.704	6.092	24.275

Fonte: e-SUS

4.2 Saúde Bucal

A Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

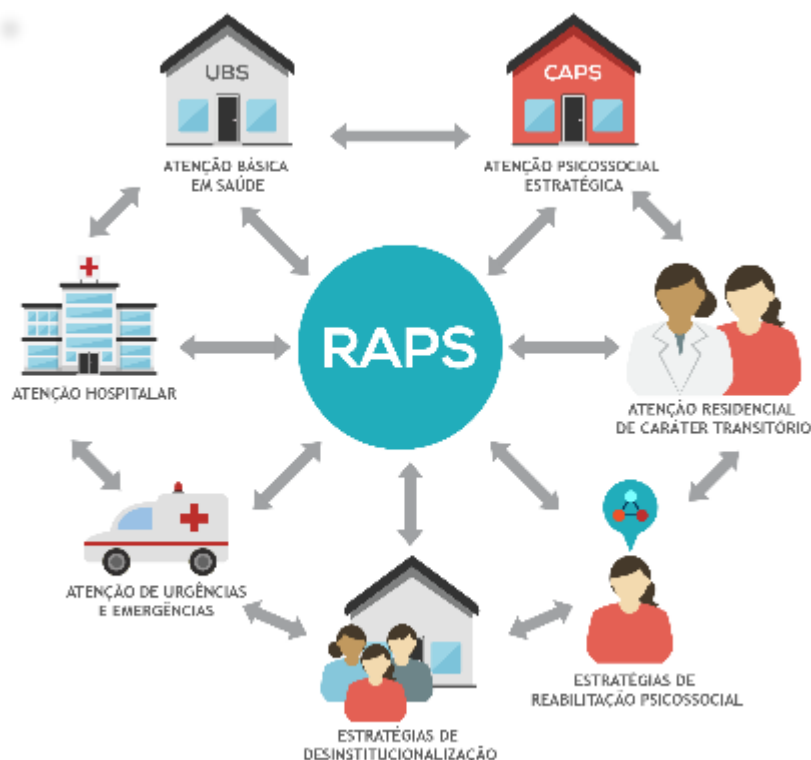
O processo de trabalho das eSB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

4.3 Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela Portaria GM/MS Nº 3.088/2011, consolidada na Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03/2017, tem o objetivo de acolher e acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no SUS.

O município conta com o NASF.

Figura 43- RAPS



Fonte: Ministério da Saúde

Em âmbito hospitalar, a porta de entrada de urgência e emergência é o Hospital Santa Rosa de Lima de Trindade do Sul e os leitos integrais de saúde mental na região de saúde estão localizados nos seguintes Hospitais: Associação Hospitalar Ronda Alta, Hospital dos Trabalhadores de Ronda Alta, Hospital Comunitário de Sarandi e Hospital Santa Rita de Jaboticaba, as vagas são reguladas por meio de sistema de informação, observando a classificação de risco.

4.4 Atenção Materno-Paterno-Infantil

A Rede Materno-Paterno-Infantil visa a dispor de fluxo adequado para o atendimento ao planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e primeira infância, com o propósito de qualificar a assistência e reduzir as taxas de mortalidade materna, infantil e fetal, e proporcionar acesso do homem aos serviços de saúde.

Além da atuação no cuidado integral à saúde do homem e da mulher e assistência ao pré-natal, o município possui adesão a Rede Cegonha, visando à humanização do parto e nascimento. A maternidade de referência é o Hospital Comunitário de Sarandi.

4.5 Atenção da Pessoa com Deficiência

Pessoa com deficiência é aquela que tem comprometimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2007). A atenção à pessoa com deficiência no SUS está amparada pela Portaria de Consolidação Nº 3/2017, Anexo VI (SES/RS, 2021).

De acordo com os métodos utilizados no Censo Demográfico em 2010, o total de pessoas com deficiência residentes no Brasil representava 23,9% da população brasileira, isto é, os indivíduos ou seus representantes que responderam afirmativamente pelo menos uma das deficiências investigadas, dentre as opções de resposta: Alguma dificuldade/Muita dificuldade/Não consegue de modo algum. Porém, de acordo com a Nota Técnica IBGE Nº 01/2018, a qual trata da releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo à luz das recomendações do Grupo de Washington, identificam-se como pessoa com deficiência apenas os indivíduos que responderam ter muita dificuldade ou não consegue de modo algum em uma ou mais questões do tema apresentadas no questionário do Censo 2010, o que corresponde a 6,7% da população total (SES/RS, 2021).

A atenção à saúde da pessoa com deficiência no SUS preconiza o cuidado integral, em todos os níveis de atenção, visando a proporcionar autonomia, qualidade de vida e inclusão social. Contempla ações de promoção e prevenção, diagnóstico precoce, acesso aos serviços e procedimentos, qualidade e humanização da atenção, em todos os níveis de complexidade (SES/RS, 2021). Nesse sentido, além do cuidado realizado no âmbito da atenção básica, no que se refere a reabilitação, o município de

Três Palmeiras acessa os serviços disponíveis na Macrorregião de Saúde, sobretudo, o Centro Especializado de Reabilitação, localizado no município de Tenente Portela.

4.6 Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não- Transmissíveis

O grande desafio atual para as equipes de Atenção Básica é a atenção em saúde para as doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

No que se refere às doenças crônicas não-transmissíveis, a equipe de Atenção Primária à Saúde atua como centro de comunicação da rede, tendo um papel-chave na estruturação desta, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, além de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para a organização do cuidado. Nesse sentido, realiza ações preventivas, acesso e acolhimento ao usuário, regulação do acesso para outros pontos da rede e o cuidado no território.

4.7 Atenção às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

A escuta ativa e a promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde. Essa abordagem possibilita vínculos e facilita a adesão às tecnologias disponíveis ofertadas pelos profissionais de saúde. A escuta qualificada deve ser realizada com atenção e respeito, livre de preconceitos, possibilitando que a própria pessoa encontre soluções para suas questões (BRASIL, 2020).

Considerando essa percepção e preceito, faz-se necessária a abordagem do cuidado sexual, em que a oferta exclusiva de preservativos não é suficiente para garantir os diversos aspectos da saúde sexual. Assim, torna-se fundamental a

ampliação da perspectiva para avaliação e gestão de risco, além das possibilidades que compõem a Prevenção e o cuidado às pessoas com IST (BRASIL, 2020).

No cuidado prestado no território, é observada a dinâmica da prevenção combinada, conforme ilustrado no gráfico a seguir:

Figura 44- Prevenção combinada



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Além do cuidado prestado no território, visando a atenção integral dos usuários, o município possui acesso ao serviço de referência, no atendimento ao usuário e dispensação de medicamentos ao usuário HIV/Aids, localizado no município de Palmeira das Missões.

4.8 Atenção às Urgências

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) tem a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna. A RAU está organizada em oito componentes: Promoção,

Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar; e Atenção Domiciliar. As diretrizes da RAU estão definidas nas Portarias de Consolidação GM/MS Nº 03/2017 e Nº 06/2017 (SES/RS, 2021).

Em âmbito local, a Atenção Primária à Saúde enquanto ordenadora do cuidado presta atendimentos de urgência, conta com leito de estabilização e oferta transporte sanitário até a porta de entrada hospitalar.

4.9 Estabelecimentos hospitalares no território

O município de Três Palmeiras não possui estabelecimento hospitalar no território.

4.10 Assistência Farmacêutica

A oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica - Básico, Estratégico e Especializado, além do Programa Farmácia Popular. Com exceção do Farmácia Popular, em todos os outros componentes o financiamento e a escolha de qual componente o medicamento fará parte é tripartite, ou seja, a responsabilidade é da União, dos estados e os municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A Rename é uma lista orientativa e cabe a cada município estabelecer sua própria relação de medicamentos de acordo com suas características epidemiológicas. A Rename contempla os medicamentos e insumos disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e está dividida em Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

(CEAF), além de determinados medicamentos de uso hospitalar. Hospitais possuem descrição nominal própria de tabela medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Figura 45- Componentes da Assistência Farmacêutica

BÁSICO	ESPECIALIZADO	ESTRATÉGICO
Medicamentos e insumos essenciais	Medicamentos para assistência integral à saúde	Medicamentos para tratamento de doenças endêmicas e epidemias
Destinação	Destinação	Destinação
Assistência a doenças e agravos mais prevalentes	Linhas de cuidado conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)	Tratamento de doenças epidêmicas e endêmicas como HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas
Âmbito	Âmbito	Âmbito
Atenção primária em saúde, em nível ambulatorial Unidades básicas de saúde Programa Saúde da Família	Tratamento de doenças conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Os pacientes devem cumprir com os Critérios de Inclusão	A estratégia de controle da doença concentra-se no tratamento de seus portadores

Fonte: CCATES

O município de Três Palmeiras possui farmácia municipal estruturada de acordo com a legislação de regência da Assistência Farmacêutica no SUS. Possui profissional farmacêutico em seu quadro e sistema de informação para o controle de estoques e dispensação dos medicamentos. Ainda, o município é responsável pela aquisição, seleção, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, além da distribuição e dispensação dos medicamentos que compõem o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Figura 46- Ciclo da Assistência Farmacêutica

Ciclo da Assistência Farmacêutica



MARIN, N. et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003. p.5 – 133.

Fonte: MARIN, 2003

Considerando a municipalização da saúde, os processos administrativos para dispensação de medicamentos dos componentes estratégico e especializado pela Secretaria Estadual da Saúde, são regularmente atuados e instruídos no âmbito da farmácia municipal. No que se refere aos referidos componentes, o controle de dispensações e informações acerca do tratamento dos usuários é operacionalizado por meio do Sistema de Administração de Medicamentos-AME.

4.11 Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

São as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo-se constituir em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. O conceito de vigilância em saúde inclui: a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

Figura 47- Vigilância em Saúde



Fonte: CNS

Considerando que a vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de suas específicas ferramentas, as equipes de saúde da atenção primária podem desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde das pessoas, aumentando o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde.

Em âmbito municipal as ações de Vigilância desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária receberam crescente atenção, sobretudo, diante do contexto da pandemia da Covid-19 em que a fiscalização de protocolos, o controle da doença e o monitoramento dos usuários se tornou rotina frequente das equipes de saúde.

4.12 Regulação do Acesso

A regulação do acesso às consultas médicas especializadas ofertadas na região de saúde e na macrorregião de saúde é realizada pelo Sistema de Regulação-SISREG.

Já a regulação do acesso às consultas médicas especializadas em Porto Alegre, ocorre por meio do Sistema Gerenciamento de Consultas (GERCON). A partir da Resolução CIB/RS Nº 495/18, o GERCON é o sistema oficial para regulação de consultas e exames no Estado, após convênio com a SMS de Porto Alegre.

A partir do mês de agosto de 2021, a regulação de internações em Saúde Mental passa a ser regulada por meio do Sistema de Gerenciamento de Internações-GERINT.

4.13 Serviços disponibilizados na rede privada contratada

Além dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, o município de Três Palmeiras possui convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde -CONSIM, Consórcio Intermunicipal de Saúde do Grande Sarandi e Consórcio Intermunicipal de Saúde- CONISA, para compra de medicamentos, serviços médicos e exames diagnósticos de média e alta complexidade não fornecidos ou com quantitativos insuficientes no âmbito da regionalização da saúde.

Contrato de prestação de serviços com Laboratório de Análises Clínicas, conforme preceitos da municipalização da saúde.

4.14 Dificuldades de acesso e vazios assistenciais da região de saúde

A tabela abaixo demonstra, em comparação com as demais regiões de saúde, como a região n. 20 encontra-se em um vazio assistencial no que concerne a oferta de consultas médicas na atenção especializada.

Tabela 22- Vazios assistenciais

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Dermatologia	Gastroenterologia	Hematologia	Imunologia	Infectologia	Nefrologia	Neurologia	Oftalmologia	Otorrinolaringologia	Pneumologia	Proctologia	Reumatologia	Urologia
Centro-Oeste	1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	2													x
	3	x	x		x		x	x	x	x	x	x		x
Metropolitana	4	x	x			x	x	x	x	x	x			x
	5	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
	6	x					x	x	x	x	x			x
	7	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x
	8	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
	9	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
	10	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Missioneira	11	x	x	x		x	x	x	x	x	x			x
	12		x				x	x		x	x			x
	13	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		x
	14	x	x	x		x	x	x	x	x	x			x
Norte	15		x				x	x	x	x	x			x
	16		x	x		x	x	x	x	x	x	x		x
	17	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	18									x				
	19						x		x					x
Sul	20	x	x					x	x			x		x
	21	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	22		x				x		x	x	x			x
Serra	23	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
	24	x					x	x	x	x				x
	25	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x	x
	26	x	x			x		x	x	x		x		x

Fonte: (PES, 2016-2019)

Fonte: PES, 2016-2019, SES/RS

A existência de vazios geográficos regionais afeta diretamente a integralidade do cuidado e a organização da política de saúde dos municípios integrantes da região, tornando ainda mais imprescindível a participação do município nas instâncias colegiadas regionais, para que se busque reverter um cenário de iniquidades regionais no âmbito do SUS.

5. Macroprocessos de governança da gestão estadual do SUS

Os macroprocessos de governança da gestão municipal do SUS envolvem processos, atores, políticas, leis e instituições que cooperam para a gestão das políticas de saúde. Estão incluídas nessa abordagem as relações entre os envolvidos e os objetivos para os quais a mesma é governada, sempre com a preocupação com o ponto de vista de todas as partes interessadas (stakeholders); capacidade de colocar as condições da governabilidade em ação e transformar em realidade as decisões políticas.

Figura 48- Governança e Gestão



Fonte: SES/GO

Nessa perspectiva a governança impacta na avaliação, direcionamento e monitoramento, enquanto a gestão se desenrola nas ações de planejar, executar, controlar e agir; enquanto a gestão dos macroprocessos deve partir de um ciclo que compreenda diversos processos, conforme representado na figura abaixo.

Figura 49- Gestão de processos



Fonte: SES/GO

A descrição de processos e atores importantes para a gestão compartilhada no âmbito do SUS segue descrita nos tópicos a seguir.

5.1. Instâncias de pactuação intergestores

A Comissão Intergestores Regionais-CIR é uma instância colegiada, não paritária, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, em conformidade com as disposições estabelecidas pelo Pacto pela Saúde, constituindo-se em um espaço de planejamento, pactuação e cogestão solidária entre os gestores municipais e estaduais no âmbito de uma região de saúde.

O município de Três Palmeiras participa ativamente da Comissão Intergestores Regional- CIR da Região de Saúde 20- Rota da Produção. Tendo como membro titular o Secretário Municipal de Saúde e como suplente um técnico da Secretaria Municipal de Saúde.

5.2 Planejamento Regional Integrado

O Planejamento Regional Integrado (PRI) está entre as estratégias de coordenação para promover a articulação entre as esferas federativas e consiste em um processo contínuo, coordenado, integrado e interdependente que expressa as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre os gestores que abrangem uma macrorregião de saúde (CONASEMS, 2019).

Esse processo visa promover a equidade regional e o planejamento ascendente do Sistema Único de Saúde (SUS), expressando as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando como princípio a análise dos planos de saúde, a organização das RAS, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional (CONASEMS, 2019).

Nesse sentido, o presente Plano Municipal de Saúde busca identificar as necessidades de saúde, as capacidades de saúde e dos vazios assistenciais, bem como apresenta diretrizes, metas e objetivos capazes de contemplar tanto indicadores pactuados com as demais esferas federativas, quanto a expressão da vontade do controle social e da população do território a fim de contribuir para a organização do Planejamento Regional (CONASEMS, 2019).

5.3 Participação Social

O campo da saúde destaca-se ao garantir a participação social na gestão da política, que se materializa em Conselhos e Conferências de Saúde. O entrelaçamento entre Estado e sociedade tem por intento construir consensos que tenham por objetivo o interesse público e o bem comum. Esses arranjos organizativos que vão dar vazão à participação social se constituem em espaços de autonomia dos atores sociais e escolha de representantes que atuarão em outras esferas na defesa de propostas e estabelecimento de metas que possam dar voz aos anseios daquela comunidade, em um modelo que contempla ora a democracia participativa, ora a representativa (COSTA; VIEIRA, 2013).

A participação indica uma postura ativa do usuário na vida do Estado, por meio da sua interferência, individual ou organizada de forma coletiva, realizada a favor da coletividade (CAMPOS, SALGADO, 2018).

Nesse sentido, a participação social no município de Três Palmeiras é estimulada por meio de conferências, reuniões com o Conselho Municipal de Saúde e grupos de usuários.

5.3.1 Controle Social

O controle social pode ser entendido como a atividade de fiscalização de atos dos agentes estatais na execução das políticas públicas. A finalidade do controle é verificar a conformidade das ações com as normas, a conveniência, oportunidade e os resultados obtidos com as atividades estatais (CAMPOS, SALGADO, 2018).

No município de Três Palmeiras a atividade de controle social está institucionalizada no âmbito do Conselho Municipal de Saúde.

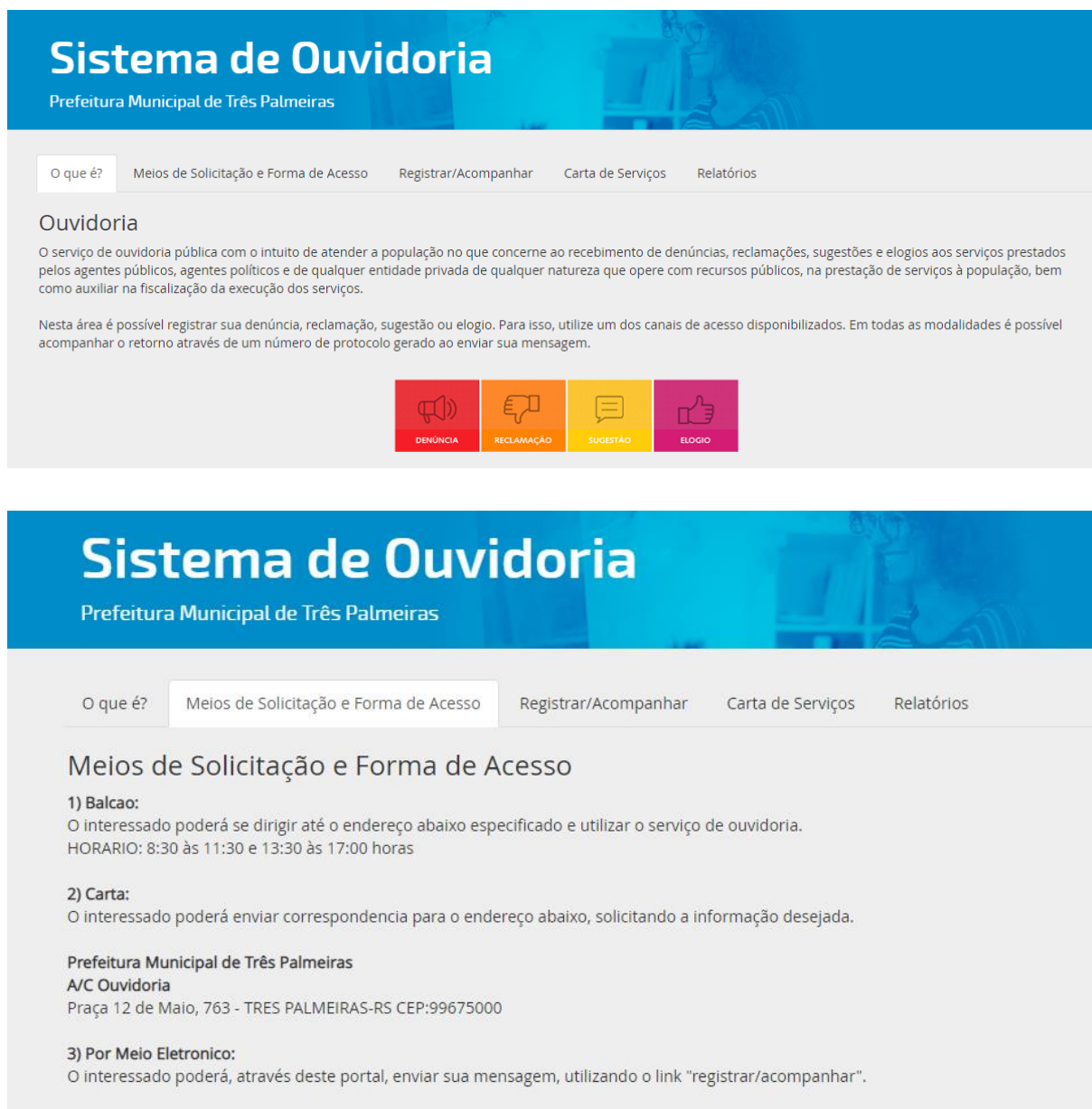
O Conselho Municipal de Saúde é um órgão deliberativo e paritário, colegiado com representantes da população, governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde.

5.3.2 Ouvidoria SUS

Uma ouvidoria pública atua no diálogo entre o cidadão e a Administração Pública, de modo que as manifestações decorrentes do exercício da cidadania provoquem contínua melhoria dos serviços públicos prestados (CGU, 2021).

A Ouvidoria constitui-se em um canal de efetiva participação social na Administração Municipal. Com foco na boa qualidade e transparência da prestação dos serviços públicos e no aprimoramento das relações entre governo e sociedade. A Ouvidoria tem o poder de buscar soluções junto às Unidades de Serviços Municipais, quando o atendimento não for realizado com a qualidade que o público merece. Ao ouvir o município de forma diversificada, a Ouvidoria proporciona o fortalecimento do exercício da cidadania. A Ouvidoria busca a ampliação dos canais de comunicação entre a Administração e a população no acompanhamento e fiscalização da prestação dos serviços públicos.

Figura 50- Ouvidoria municipal



Fonte: Município de Três Palmeiras

Ainda, no âmbito do SUS, possui interlocutor/ponto de resposta na Secretaria Municipal de Saúde, com o intento de recepcionar demandas oriundas das Ouvidorias SUS da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul e do Ministério da Saúde.

5.4 Implantação de Sistemas e Utilização de Informação para a tomada de decisão

O município se utiliza de Sistemas de Informações preconizados pelo Ministério da Saúde para a gestão municipal: DIGISUS, DIGISUS-Gestor, além de programas vinculados a cada uma das políticas e programas.

Os dados produzidos são analisados no intento de melhorar a oferta de saúde para a população e atender aos indicadores estipulados pelo Ministério da Saúde.

5.5 Auditoria

No âmbito interno o município possui Controle Interno municipal e empresa de Consultoria.

No âmbito externo a auditoria pode ser realizada pela Câmara de vereadores, com auxílio do TCE/RS.

No último quadrimestre não houveram auditorias no município.

5.6 Educação, ciência, tecnologia e Inovação em Saúde

No que se refere a Educação Permanente em Saúde e Educação Coletiva o município investe em empresa de Consultoria, apoia e incentiva a capacitação dos servidores por meio de plataformas virtuais, Coordenadoria Regional de Saúde, COSEMS/RS.

Ainda, o município desenvolve ações em parcerias com Universidades pensando na Educação Permanente em Saúde e na melhoria da atenção e gestão em saúde. Essas parcerias, que incluíram a compra de exames do laboratório da Universidade Federal de Santa Maria, foram bastante importantes para agilizar os diagnósticos da Covid-19 no contexto da pandemia.

Com relação aos campos da ciência, tecnologia e inovação investe na informatização da saúde e na análise de dados para a melhor tomada de decisão.

5.7 Gestão do Trabalho

A SMS, na composição da força de trabalho, conta com a seguinte disposição de profissionais.

Tabela 23- Profissionais de saúde trabalhando no SUS

Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação						
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiro	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOs ACS
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	1	2	5	5	4
	Intermediados por outra entidade (08)	0	0	0	0	0
	Autônomos (0209, 0210)	0	0	0	0	0
	Residentes e estagiários (05, 06)	0	0	0	0	0
	Bolsistas (07)	0	0	0	0	0
	Informais (09)	0	0	0	0	0
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Intermediados por outra entidade (08)	0	0	0	0	0
	Celetistas (0105)	0	0	0	0	0
	Autônomos (0209, 0210)	0	0	2	0	0
	Residentes e estagiários (05, 06)	0	0	0	0	0
	Bolsistas (07)	0	0	0	0	0
	Informais (09)	0	0	0	0	0
	Servidores públicos cedidos para a iniciativa privada (10)	0	0	0	0	0

Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão						
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiro	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOs ACS
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 0104)	6	1	4	19	0
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Contratos temporários e cargos em comissão (010302, 0104)	0	0	0	0	0

Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação					
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	2017	2018	2019	2020
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Autônomos (0209, 0210)	2	2	2	2
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Bolsistas (07)	0	1	0	0
	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	20	19	21	23

Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão					
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	2017	2018	2019	2020
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 0104)	30	34	32	42

Fonte: CNES

Ainda, à rede física prestadora de serviços ao SUS encontra-se assim dividida:

Tabela 24- Tipo de estabelecimento e gestão

Rede física de estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimentos				
Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	0	0	1	1
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	0	0	2	2
POSTO DE SAUDE	0	0	1	1
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	0	0	1	1
POLICLINICA	1	0	0	1
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	0	0	1	1
Total	1	0	6	7

Fonte: CNES

Tabela 25- Natureza jurídica

Rede física de estabelecimentos de saúde por natureza jurídica				
Natureza Jurídica	Municipal	Estadual	Dupla	Total
ADMINISTRACAO PUBLICA				
MUNICIPIO	4	0	1	5
ENTIDADES EMPRESARIAIS				
EMPRESARIO (INDIVIDUAL)	1	0	0	1
SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA	1	0	0	1
Total	6	0	1	7

Fonte: CNES

O município possui vinculação a consórcios públicos de saúde.

No que se refere à gestão do transporte sanitário, o município segue as disposições da Resolução CIB RS nº 05/2018.

5.8 Financiamento

O financiamento das ações de saúde no território se dá de forma tripartite, com recursos oriundos da União, do Estado e do próprio município. A alocação de recursos segue o planejamento municipal e as metas instituídas pelas políticas e programas de saúde coordenados pelos demais entes federativos.

Atualmente o município cumpre o mínimo constitucional, mantendo investimento superior a 15% dos recursos próprios do orçamento municipal em saúde.

As diretrizes, objetivos e metas traçados no presente plano servirão de subsídio para a confecção do Plano Plurianual e das legislações orçamentárias, em atenção ao preconizado pelas legislações que orientam o planejamento do SUS.

O Conselho Municipal de Saúde supervisiona e delibera acerca das propostas de destinação dos recursos.

Tabela 26- Demonstrativo da Programação de Despesa com saúde

Demonstrativo da Programação de Despesas com Saúde por Subfunção, Natureza e Fonte										
Subfunções da Saúde	Natureza da Despesa	Recursos ordinários - Fonte Livre (R\$)	Receita de Impostos e de transferência de impostos (receita própria - R\$)	Transferências de fundos a Fundo de Recursos do SUS, provenientes do Governo Federal (R\$)	Transferências de fundos ao Fundo de Recursos do SUS, provenientes do Governo Estadual (R\$)	Transferências de convênios destinados a Saúde (R\$)	Operações de Crédito vinculadas a Saúde (R\$)	Royalties do petróleo destinados a Saúde (R\$)	Outros recursos destinados a Saúde (R\$)	Total(R\$)
0 - Informações Complementares	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
122 - Administração Geral	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
301 - Atenção Básica	Corrente	N/A	2.473.600,00	755.000,00	177.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	3.405.600,00
	Capital	N/A	236.000,00	40.000,00	18.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	294.000,00
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Corrente	N/A	800.000,00	56.000,00	20.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	876.000,00
	Capital	N/A	N/A	10.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	10.000,00
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
304 - Vigilância Sanitária	Corrente	N/A	N/A	15.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	15.000,00
	Capital	N/A	N/A	8.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	8.000,00
305 - Vigilância Epidemiológica	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
306 - Alimentação e Nutrição	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

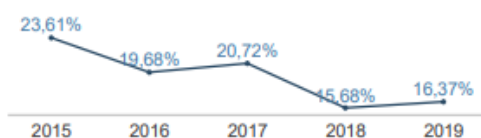
O gráfico a seguir considera os investimentos em saúde pelo município frente à sua receita de impostos.

Figura 51- Evolução do investimento em saúde

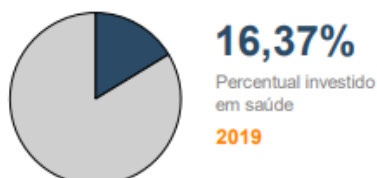
Investimento Total

Considera os investimentos do município em Saúde frente sua Receita de Impostos. (Fonte: TCE/RS)

Evolução do investimento



Investimento atual



Ano	Receita	Investimento	
2019	R\$ 15.033.762,81	R\$ 2.461.555,24	16,37%
2018	R\$ 14.064.859,58	R\$ 2.205.963,49	15,68%
2017	R\$ 12.807.382,91	R\$ 2.653.816,99	20,72%
2016	R\$ 12.655.062,51	R\$ 2.490.255,74	19,68%
2015	R\$ 10.558.149,90	R\$ 2.493.237,18	23,61%

Fonte: Mapa Social MPRS

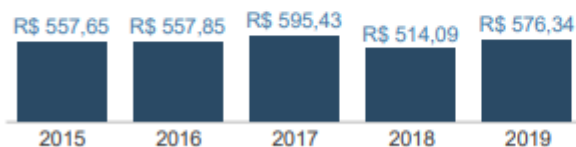
O investimento por habitante está demonstrado a seguir:

Figura 52- Investimento por habitante

Investimento por Habitante

Razão entre os investimentos em Saúde no período e a População do Município no referido período. (Fontes: TCE/RS e IBGE, Investimentos em Saúde e População do Município, respectivamente)

Investimento nos últimos anos

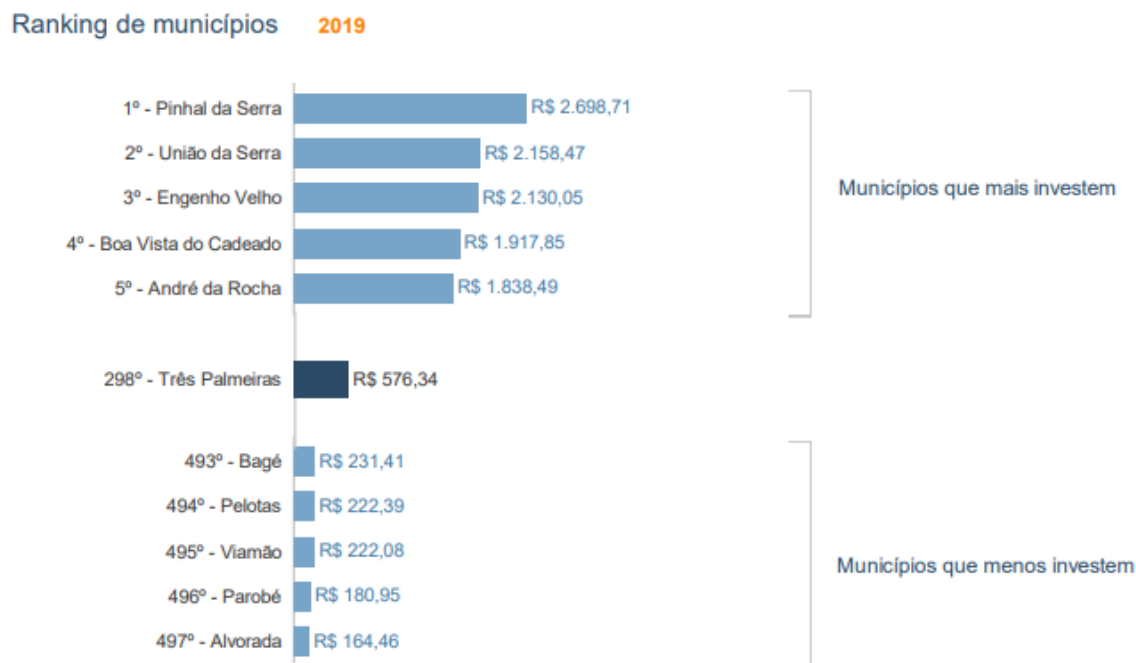


R\$ 576,34
Investimento por habitante
2019

Fonte: Mapa Social MPRS

Em um comparativo estadual com os demais municípios, Três Palmeiras se encontra na 298ª posição.

Figura 53- Ranking de municípios



Fonte: Mapa Social MPRS

5.9 Judicialização em Saúde

O município não possui número expressivo de demandas judiciais em que figura como réu. No entanto, considerando o fato de que o Estado do Rio Grande do Sul se destaca como o ente federativo brasileiro com o maior número de ações judiciais de massa, atua em colaboração com o Poder Judiciário no cumprimento de alvarás para aquisição de medicamentos que seriam direcionados para as partes, auxiliando o Estado do Rio Grande do Sul na destinação correta dos valores e no lançamento das dispensações junto ao Sistema AME.

Ainda, trabalha fortemente na prevenção de demandas por meio de orientações e inserções dos usuários no fluxo administrativo de acesso às políticas de saúde.

6. Novo Coronavírus (SARS-COV-2) e a Covid-19

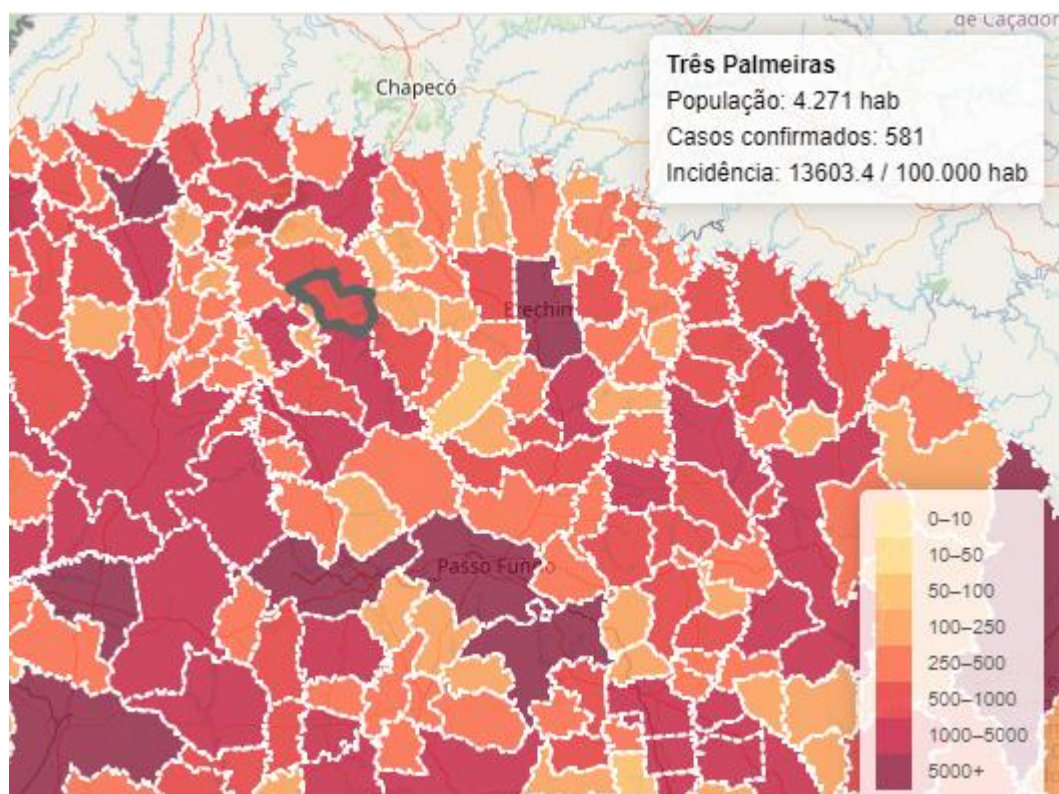
No Brasil, Ministério da Saúde (MS), governos estaduais e municipais começaram a estabelecer medidas para o enfrentamento das consequências do novo coronavírus. O MS ativou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-Covid-19) em 22 de janeiro de 2020. Entre os governos estaduais, um estado aprovou o plano de contingência ainda em janeiro, outros vinte em fevereiro e cinco em março. No Rio Grande do Sul (RS) o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) apresentou o Plano de Contingência e Ação Estadual do Rio Grande do Sul para Infecção Humana pelo Covid-19 no final de janeiro, publicado em 2 de fevereiro de 2020 (RIO GRANDE DO SUL. SES-RS, 2020), para se preparar para o monitoramento, controle e assistência a casos de infecção (ALLEBRANDT, et. al., 2020).

O Município de Três Palmeiras, de forma conjunta com o Estado, passou a estabelecer medidas preventivas e restritivas diversas, a partir do mês de março.

Destacam-se as medidas de isolamento; produção de decretos; plano de contingência; transparência e comunicação com os munícipes; monitoramento de casos positivos: rápido diagnóstico, devido a parcerias firmadas com universidades, para agilizar a testagem da população; e a ação destemida das equipes de saúde seja no processo de diagnóstico, cuidado ou vacinação.

Os dados de casos confirmados, incidência na população, óbitos e vacinação até o mês de agosto de 2021, seguem representados no mapa e tabela abaixo.

Figura 54- Incidência da Covid-19 na população municipal



Fonte: TI/Saúde

Tabela 27- Dados Covid-19

Município	Confirmados	Novos Confirmados	Incidência /100 mil hab	Óbitos	Novos Óbitos	Mortalidade /100 mil hab
Três Palmeiras	594	0	13907.7	17	0	398.0

Fonte: TI/Saúde

Tabela 28 - Dados da vacinação

Informações		
População geral: 4.271		Doses destinadas: 5.696
Doses aplicadas no município		
1ª dose: 3.291	2ª dose: 2.066	% aplicado
Dose única: 106	Total aplicado: 5.463	95,9
Em residentes: 4.837	Não residentes: 626	
População residente em todo estado		
* aqui são considerados todos os residentes no município, que podem ter tomado suas doses em outro município do Estado.		
1ª dose: 3.204	2ª dose: 1.983	
Dose única: 99	Total: 5.286	
% pop. pelo menos uma dose		% pop. esquema vacinal completo
77,3% (3.204)		48,7% (1.983)

Fonte: TI/Saúde

Maiores informações sobre as ações podem ser consultadas no Plano de Contingência municipal.

II DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Como instrumento central do planejamento em saúde, o PMS 2022-2025 é resultado da compatibilização do Plano de Governo, da Conferência Municipal de Saúde e da Pactuação Interfederativa de Indicadores.

Tabela 29 - Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores 2018 a 2021.

[illegible]

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
1.2.1	Aumentar a cobertura populacional de usuários suspeitos ou confirmados de covid-19.	Cobertura e acompanhamento dos usuários suspeitos e/ou confirmados.	95,00	2018	Percentual	95,00	Percentual	-	-	95,00	95,00
1.2.2	Realizar ampla divulgação das medidas preventivas à população em geral.	Garantir aos usuários acesso às informações referentes à prevenção do Covid-19.	100,00	-	Percentual	100,00	Percentual	-	-	100,00	100,00

DIRETRIZ Nº 2 - Diretriz 2- Garantir o acesso a população a serviço de qualidade ampliando e qualificando acesso a atenção especializada.

OBJETIVO Nº 2.1 - Objetivo 1- Fortalecimento de mecanismo de programação e de regulação a saúde si sus.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
2.1.1	Manter convenio com laboratório locais	Manter pagamento em dia com laboratório locais conforme convênio	2	2018	Número	2	Número	2	2	2	2
2.1.2	Manter convenio com hospitais e clínicas, exames de diagnóstico e consulta conforme regionalização	cobertura de serviço a demanda populacional	78,00	2018	Percentual	85,00	Percentual	78	80	83	85
2.1.3	Manter transporte para população do município para atendimento especializado	Garantir transporte a população conforme necessidade dos mesmos.	75,00	2018	Percentual	81,00	Percentual	75	78	80	81

DIRETRIZ Nº 3 - Diretriz 3- Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha com ênfase nas áreas e população de maior vulnerabilidade.

OBJETIVO Nº 3.1 - Objetivo 1. Organizar a Rede de Atenção à saúde materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
3.1.1	Aumentar o percentual de parto normal	Proporção de parto normal	80,00	2018	Percentual	90,00	Percentual	85	86	87	90
3.1.2	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães Com no mínimo sete consultas de pré-natal	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	85,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	86	88	90	95
3.1.3	Manter a realização de testes de sífilis nas gestantes usuárias Do SUS.	Número de teste de sífilis por gestantes	2,00	2018	Razão	2,00	Razão	2	2	2	2
3.1.4	Manter a taxa de mortalidade infantil em zero.	Taxa de mortalidade infantil	0	2018	Número	0	Número	0	0	0	0
3.1.5	Investigar os óbitos infantis e fetais	Número de óbitos maternos em determinado período e local de	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
3.1.6	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
3.1.7	Manter taxa zero de incidência de sífilis congênita em crianças menor de um ano.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	0	2018	Número	0	Número	0	0	0	0
3.1.8	Manter taxa zero de o óbito de mortes maternas.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	2018	Número	0	Número	0	0	0	0

OBJETIVO Nº 3.2 - Objetivo 2.Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer e do colo de útero.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
3.2.1	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exame citopatológico	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,85	2018	Razão	0,95	Razão	0,85	0,89	0,90	0,95
3.2.2	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres 50 anos 69.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	0,75	2018	Razão	0,85	Razão	0,75	0,75	0,80	0,85

DIRETRIZ Nº 4 - Diretriz4. Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

OBJETIVO Nº 4.1 - Objetivo 4.1 1 Melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante Qualificação da gestão e das redes de atenção.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
4.1.1	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (Número de óbitos prematuros menor de 70 anos pelo conjuntos das 4 doenças principais DCNT.	11	2018	Número	9	Número	11	10	9	9

DIRETRIZ Nº 5 - Diretriz 5- Implementação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado. No cuidado integral, com observância as praticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.

OBJETIVO Nº 5.1 - Objetivo 5.1 1 Articular o SUS com o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, com observância as praticas. De saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
5.1.1	Alcançar, no mínimo, 75% de crianças. Indígenas menor de 7 anos com esquema vacinal completo.	Percentual de crianças indígenas	75,00	2018	Percentual	75,00	Percentual	75	75	75	75
5.1.2	Investigar óbitos infantis e fetais indígenas	Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas Investigados	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
5.1.3	Investigar os óbitos maternos em mulheres indígenas.	Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas Investigados.	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
5.1.4	Investigar os óbitos de mulher indígena em idade fértil (MIF).	Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigado.	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100

DIRETRIZ Nº 6 - Diretriz 6-Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção a vigilância em saúde.

OBJETIVO Nº 6.1 - Objetivos 6.1- Fortalecer a promoção e vigilância em saúde

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
6.1.1	Manter, em pelo menos 70%. As coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais Alcançadas.	75,00	2018	Percentual	75,00	Percentual	75	75	75	75

6.1.2	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
6.1.3	Garantir a realização de exames anti-HIV nos Casos novos de tuberculose.	Proporção de exame ANTI-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
6.1.4	manter a proporção de registro de óbitos Com causa básica definida.	Proporção de registro de óbito com causa básica definida	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
6.1.5	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias Imediatas registradas no Sistema de Informações Sobre Agravos de Notificação (Sinan), em até 60. Dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsórias Imediatas (DNC) encerradas em até 60 dias após notificação	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
6.1.6	Ampliar o número de notificações de casos de Doenças ou agravos relacionados ao trabalho .	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados aos trabalhos notificados	24	2018	Número	24	Número	24	24	24	24
6.1.7	Executar todas as ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias. Meta Municipal: realizar 100% das ações de vigilância Sanitária no município.	Percentuais municípios que executam as ações de vigilância sanitárias consideradas necessárias a todo município	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
6.1.8	manter zerada a incidência de AIDS em menores de 5 anos.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	0	2018	Número	0,00	Razão	0	0	0	0
6.1.9	manter a proporção de cura nas coortes de Casos novos de hanseníase	Proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos coortes	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
6.1.10	Garantir exames dos contatos intradomiciliares De casos novos de hanseníase	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
6.1.11	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	6	2018	Número	6	Número	6	6	6	6
6.1.12	Reduzir o diagnóstico tardio por infecção por HIV.	proporção de pacientes HIV positivo com primeiro CD4 inferior 200 cel/mm3	85,00	2018	Percentual	85,00	Percentual	95	90	85	85
6.1.13	manter o acesso ao diagnóstico da hepatite B e C .	Número de teste sorológicos anti HCV e HBSAG realizado	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
6.1.14	Manter monitoramento dos casos suspeitos raiva humana em animais	fortalecimento em vigilância em saúde	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100

OBJETIVO Nº 6.2 - Objetivos 6.2- Programar ações de saneamento básico ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
6.2.1	manter a proporção de análises realizadas em amostras de Água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro. residual livre e turbidez.	Proporção de análise realizada em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	90,00	2018	Percentual	95,00	Percentual	90	92	93	95

DIRETRIZ Nº 7 - Diretriz 7- Contribuição à adequada formação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.

OBJETIVO Nº 7.1 - Objetivo 11. 1 Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
7.1.1	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de Atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.	Proporção de ações de educação permanente implementadas e /ou realizadas	4	2018	Número	4	Número	4	4	4	4

OBJETIVO Nº 7.2 - Investir em treinamentos e qualificação de profissionais da Atenção Básica no enfrentamento da Covid-19, durante o período da pandemia.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
7.2.1	Proporcionar treinamento específico aos profissionais de saúde para o enfrentamento do Covid-19	Realizar e potencializar programas de educação continuada aos profissionais de saúde.	95,00	2018	Percentual	95,00	Percentual	-	-	95,00	95,00

DIRETRIZ Nº 8 - Diretriz 8- implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável

OBJETIVO Nº 8.1 - Objetivo 8.1 Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes ao combate às endemias, educadores populares com o SUS.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
8.1.1	Nº plano de saúde enviado ao conselho de Saúde.	Proporção de plano de saúde enviado ao conselho de saúde	1	2018	Número	1	Número	1	1	1	1
8.1.2	capacitar os conselhos de Saúde.	Palestra informando quanto a importância do papel na função conselheiro.	1	2018	Número	1	Número	1	1	1	1

DIRETRIZ Nº 9 - Diretriz 9. Fortalecimento da saúde mental, com ênfase no enfrentamento na dependência de drogas.

OBJETIVO Nº 9.1 - 1 Ampliar o acesso a atenção psicossocial da população em geral de forma articulada com os demais pontos de atenção a saúde outros pontos intersetorial.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
9.1.1	Manter cobertura a população a atenção psicossocial	cobertura atenção psicossocial.	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100

DIRETRIZ Nº 10 - Diretriz 10- Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

OBJETIVO Nº 10.1 - Implantar sistema de informação de gestão da assistência farmacêutica como estratégia de qualificação da gestão da assistência farmacêutica no SUS.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
10.1.1	Manter sistema de informação de gestão da assistência farmacêutica em todos os serviços farmacêuticos da atenção básica.	Número de serviços farmacêuticos da atenção básica com sistema de informação nas duas unidades do município.	2	2018	Número	2	Número	2	2	2	2
10.1.2	Garantir disponibilidade de medicamento em quantidade e tempo oportuno e identificação e cadastramento da população que faz uso de medicação de uso contínuo.	qualificação da assistência farmacêutica.	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100

DIRETRIZ Nº 11 - Diretriz 11- qualificar a estrutura organizacional e logística das unidades de saúde do município.

OBJETIVO Nº 11.1 - Estimular processos de gestão de qualidade fazendo uso eficiente dos recursos públicos do município.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
11.1.1	garantir a continuidade da manutenção preventiva dos equipamentos médicos, enfermagem deontológicos	qualificação e manutenção do serviço de saúde.	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
11.1.2	garantir a manutenção e conservação da frota de veículos , bem como a renovação dos mesmos quando necessário	conservação e manutenção serviço de saúde	100,00	-	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
11.1.3	prover as unidades de saúde insumos e equipamentos para desempenhar suas atividades	fartaleciemnto ao serviço de saúde	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100

Fonte: DIGISUS Gestor - Módulo Planejamento (DIGISUSGM)

Tabela 30- Metas da Pactuação Interfederativa % Atingidas 2020

Nº	Tipo	Indicador	Unidade de Medida	Meta 2020	Resultado do Quadrimestre	% Alcançada da meta
1	U	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Número	7	10	57,14
2	E	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	Percentual	100,00	100,00	100,00
3	U	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Percentual	95,00	95,83	100,87
4	U	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	Percentual	75,00	0,00	0,00
5	U	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	Percentual	80,00	100,00	125,00
6	U	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Percentual	85,00	100,00	117,65
8	U	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	Número	0	0	0,00
9	U	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	Número	0	0	0,00
10	U	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Percentual	89,00	78,13	87,79
11	U	Razão de exames citopatológicos do colo do Útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	Razão	0,66	0,58	87,88
12	U	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	Razão	0,75	0,40	53,33

13	U	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	Percentual	80,00	47,14	58,93
14	U	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	Percentual	6,75	10,00	51,85
15	U	Taxa de mortalidade infantil	Número	1,00	0,00	101,00
16	U	Número de Óbitos maternos em determinado período e local de residência	Número	0	0	100,00
17	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Percentual	100,00	100,00	100,00
18	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Percentual	70,00	73,65	105,21
19	U	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	Percentual	100,00	100,00	100,00
22	U	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Número	4,00	0,00	0,00
23	U	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	Percentual	95,00	100,00	105,26
		Indicadores RS				
RS 1	U	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar	Percentual	100,00	100,00	100,00
RS 2	U	Proporção de amostras de água com presença de Escherichia coli, em Soluções Alternativas Coletivas	Percentual	5,00	3,39	132,20
RS 3	U	Proporção de Óbitos por Acidentes de Trabalho Investigados	Percentual	100,00	100,00	100,00
RS 4	U	Taxa de Notificação de Agravos (Acidentes e Doenças) Relacionados ao Trabalho	Taxa/10.000hab	24,00	46,96	195,67

Fonte: BI

Tabela 31 - Diretrizes – Objetivos - Metas – Indicadores - Plano de Saúde de 2022 – 2025 Aprovadas pela Conferencia Municipal de Saúde.

Número	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Esfera	Unidade de Medida	Meta Prevista / Ano			
					2022	2023	2024	2025
Diretriz 1 - Consolidar o SUS no município, com ênfase na humanização, integralidade, garantia do acesso á saúde, viabilizando as condições necessárias para a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação.								
Objetivo 1 - Garantir assistência a saúde, a fim de mininizar os agravantes e determinantes, promovendo a saúde								
1.1.1	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Número de óbitos prematuros menor de 70 anos pelos conjuntos das 4 doenças principais DCNT.	1 Federal	Taxa	10,00	9,00	8,00	7,00
1.1.2	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	2 Federal	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.3	manter a proporção de registro de óbitos Com causa básica definida.	Proporção de registro de óbito com causa básica definida	3 Federal	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.4	Manterr, em pelo menos 70%. As coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral	4 Federal	Proporção	75,00	75,00	80,00	85,00

		1ª dose - com cobertura vacinal preconizada.						
1.1.5	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias Imediatas registradas no Sistema de Informações Sobre Agravos de Notificação (Sinan), em até 60. Dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsórias imediatas (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	5 Federal	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.6	Manter a proporção de cura nas coortes de Casos novos de hanseníase	Proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos coortes	6 Federal	Proporção	85,00	86,00	87,00	88,00
1.1.7	Manter taxa zero de incidência de sífilis congênita em crianças menor de um ano.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	8 Federal	Número	0,00	0,00	0,00	0,00
1.1.8	Manter zerada a incidência de AIDS em menores de 5 anos.	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	9 Federal	Número	0,00	0,00	0,00	0,00
1.1.9	Manter a proporção de análises realizadas em amostras de Água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análise realizada em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	10 Federal	Proporção	90,00	92,00	94,00	96,00
1.1.10	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exame citopatológico	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	11 Federal	Razão	0,50	0,52	0,56	0,58

1.1.11	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres 50 anos 69.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	12 Federal	Razão	0,36	0,38	0,40	0,42
1.1.12	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.	Proporção de parto normal	13 Federal	Proporção	45,00	48,00	49,00	50,00
1.1.13	Reduzir o número de casos de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	14 Federal	Proporção	11,00	10,50	10,00	9,50
1.1.14	Manter a taxa de mortalidade infantil em zero.	Taxa de mortalidade infantil	15 Federal	Taxa	0,00	0,00	0,00	0,00
1.1.15	Manter taxa zero de o óbito de mortes maternas.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	16 Federal	Número	0,00	0,00	0,00	0,00
1.1.16	Manter a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pela equipe de saúde na atenção básica	17 Federal	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.17	Manter o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	18 Federal	Percentual	88,00	89,00	90,00	91,00
1.1.18	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	19 Federal	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00

1.1.19	Executar todas as ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias. Meta Municipal: realizar 100% das ações de vigilância Sanitária no município.	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	20 Federal	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.20	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	22 Federal	Número	4,00	5,00	5,00	6,00
1.1.21	Manter em 100% a proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	23 Federal	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.23	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Proporção de cura de casos novos tuberculose pulmonar bacilífera	RS1 Estadual	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.24	Reduzir a proporção de amostras de água com presença de Escherichia coli, em soluções alternativas coletivas.	Proporção de amostras de água com presença de Escherichia Coli, em soluções alternativas coletivas.	RS2 Estadual	Proporção	4,00	3,60	3,00	2,00
1.1.25	Manter o índice em 100 % de óbitos investigados por acidente de trabalho	Proporção de Óbitos por Acidente de Trabalho investigados.	RS3 Estadual	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.26	Ampliar o número de notificações de casos de Doenças ou agravos relacionados ao trabalho.	Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho.	RS4 Estadual	Taxa	40,00	42,00	44,00	46,00

Objetivo 2- Ocupar os espaços organizativos do sus e qualificar o processo de trabalho dos profissionais e gestores.

[illegible]

1.3.1	Testar os suspeitos conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde	Manter a testagem dos suspeitos conforme protocolo	Municipal	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
1.3.2	Monitorar os suspeitos e casos positivos de Covid-19 no município.	Monitorar todos os suspeitos e casos positivos de Covid-19	Municipal	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
1.3.3	Realizar ampla divulgação das medidas preventivas à população em geral.	Garantir aos usuários acesso às informações referentes à prevenção do Covid-19.	Municipal	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00
1.3.4	Implantar e ampliar as ações de saúde mental realizadas pelas equipes de AB, enfatizando também o contexto da pandemia do Covid-19	Número de ações votadas a saúde mental. (Saúde Mental dos Profissionais de Saúde, aos familiares e aos pacientes que passaram pelo Covid-19)	Municipal	Número	2,00	2,00	3,00	3,00
1.3.5	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mãe com no mínimo seis consultas de pré-natal.	Proporção de nascidos vivos de mães com seis consultas de pré-natal iniciado até a 20ª semana de gestação.	Municipal - Desempenho	Proporção	60,00	61,00	62,00	63,00
1.3.6	Garantir a realização de exames de Sífilis e HIV para as gestantes.	Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV.	Municipal Desempenho	Proporção	60,00	61,00	62,00	63,00
1.3.7	Garantir atendimento odontológico e nutricional as gestantes.	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	Municipal Desempenho	Proporção	62,00	64,00	66,00	68,00
1.3.8	Realizar a aferição de pressão arterial das pessoas com hipertensão a cada seis meses.	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre.	Municipal Desempenho	Percentual	60,00	62,00	64,00	66,00

1.3.9	Garantir a realização de exame de hemoglobina glicada dos diabéticos uma vez ao ano.	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.	Municipal Desempenho	Percentual	62,00	63,00	64,00	65,00
1.3.10	Aumentar o Número de atendimentos individuais de nível superior, exceto médicos e enfermeiros	Número de atendimentos individuais de nível superior, exceto médicos e enfermeiros	Municipal	Número				
1.3.11	Ampliar as consultas de puericultura.	Número de consultas de puericultura em crianças menores de 2 anos.	Municipal	Número	40,00	45,00	50,00	55,00
1.3.12	Ampliar o número de profissionais da Atenção Primária em Saúde que utilizam as consultorias do Telessaúde.	Número de profissionais da Atenção Primária em Saúde que utilizam as consultorias do Telessaúde.	Municipal	Número	2,00	3,00	3,00	4,00
1.3.13	Implantar e ofertar as Práticas Integrativas Complementares	Proporção de implantação das diferentes Práticas Integrativas Complementares	Municipal	Proporção				
1.3.14	Ampliar o número de consultas de profissionais de nível superior por meio de agendamento, qualificando o acolhimento com a classificação de risco.	Porcentagem de consultas com profissionais de nível superior por meio de agendamento, através do sistema E-Sus AB.	Municipal	Proporção				
1.3.15	Ampliar as visitas domiciliares pelas equipes multidisciplinares.	Número de visitas/atendimentos domiciliares por equipe multidisciplinar, priorizando usuários portadores de doenças crônicas, gestantes, crianças e idosos.	Municipal	Número	130,00	140,00	150,00	160,00

1.3.16	Ampliar a quantidade de atividades educativas nas escolas do município.	Proporção de temas preconizados realizados nas escolas do município através do PSE.	Municipal	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
1.3.17	Implantar e fortalecer a ouvidoria do SUS municipal.	Proporção de ouvidoria do SUS municipal implantada.	Municipal	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
1.3.18	Ampliar os grupos que buscam a educação em saúde nas comunidades da cidade e do interior.	Quantidade de ações coletivas nos grupos criados para alcançar as comunidades da cidade e do interior, visando a educação em saúde, bem como fornecer informações que proporcionem uma melhor qualidade de vida.	Municipal	Número	2,00	3,00	3,00	4,00
1.3.19	Garantir a disponibilidade, exames e serviços hospitalares encaminhadas pela Atenção Básica.	Garantir a disponibilidade de consultas, exames e serviços hospitalares encaminhadas pela Atenção Básica.	Municipal	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
1.3.20	Garantir o acesso da população a medicamentos essenciais e com qualidade.	Garantir o acesso da população medicamentos essenciais para atender as necessidades da população.	Municipal	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00

II MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Monitoramento e Avaliação consistem em elementos essenciais da gestão pública. São funções estratégicas de planejamento e devem ser inerentes a todas as políticas, pois informam a tomada de decisão e o Controle Social sobre os rumos da política de saúde, induzindo a alocação dos recursos disponíveis de forma adequada e solucionando possíveis problemas de execução das ações e programas (SES/RS, 2021).

O monitoramento consiste no acompanhamento contínuo de uma política pública, através da coleta e análise sistemática de dados sobre a sua execução, a fim de verificar se sua implementação está de acordo com as metas planejadas. A avaliação fundamenta-se na análise dos efeitos da política para determinar a capacidade de gerar as mudanças planejadas, ou seja, busca estabelecer uma relação de causa e efeito, inferindo um julgamento de valor sobre a intervenção (SES/RS, 2021).

As ações e os recursos necessários para atingir as metas propostas neste Plano estão definidos na Programação Anual de Saúde (PAS). A cada quatro meses, através do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), o município monitora as ações realizadas no período (SES/RS, 2021).

Anualmente, as ações propostas e o alcance das metas do ano são avaliados através do Relatório Anual de Gestão (RAG), momento em que podem ser construídas propostas e recomendações para a próxima PAS e/ou realizados os redirecionamentos do Plano de Saúde (SES/RS, 2021).

A Portaria MS Nº 750/2019 instituiu o Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP), no âmbito do SUS, como uso obrigatório para o registro de informações e documentos relativos ao PES, à PAS e às metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, bem como a elaboração do RDQA e do RAG, a partir do ano de 2018. O uso do DGMP aperfeiçoa a gestão em saúde, facilita o acompanhamento das políticas de saúde, aprimora o uso dos recursos públicos, apoia os gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde e facilita o monitoramento e avaliação das metas e ações em saúde estabelecidas, com transparência das políticas e do uso de recursos públicos, tanto para o gestor quanto para o Conselho de Saúde (SES/RS, 2021).

O Plano Plurianual (PPA), instrumento legal de planejamento de Governo, apresenta para o período de quatro anos as metas e prioridades da administração pública estadual. Através da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), são previstos os investimentos anuais para desenvolver as ações necessárias que garantirão o alcance das metas na Lei Orçamentária Anual (LOA) (SES/RS, 2021).

Figura 55- Instrumentos de planejamento no SUS

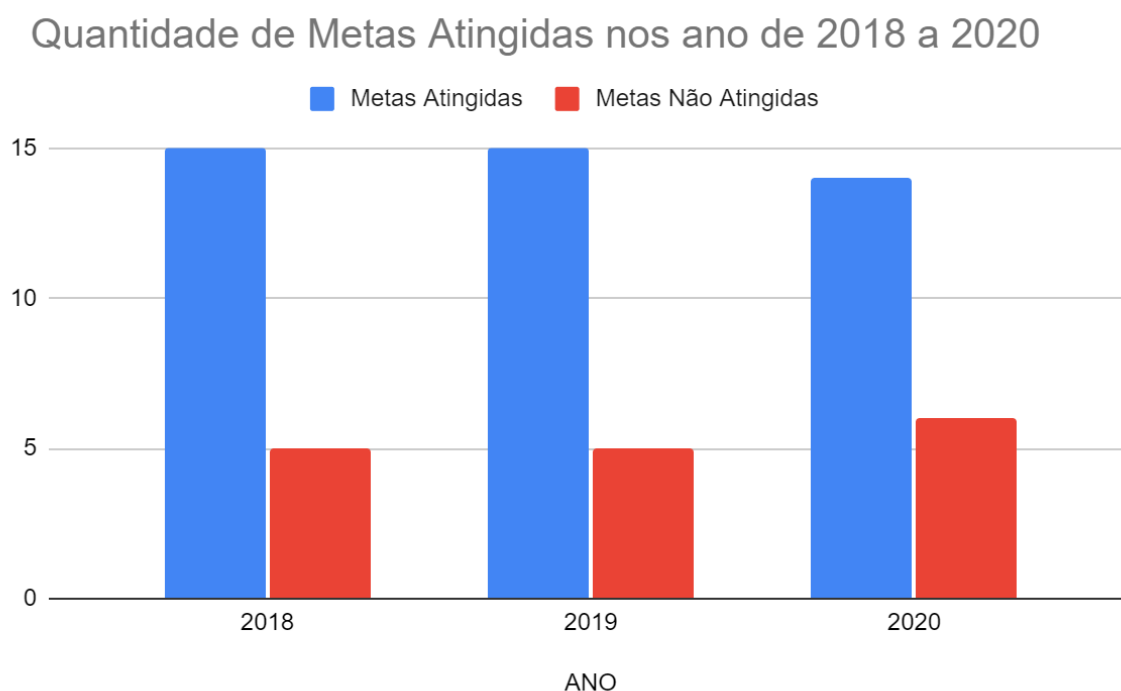


Fonte: Manual de Planejamento no SUS

1. Análise das Metas do Plano Municipal de Saúde anterior

O monitoramento das Programações Anuais de Saúde- PAS relativas ao período de vigência do PMS 2018-2021 demonstrou que as metas programadas sofreram significativas alterações em decorrência da imprevisibilidade do período pandêmico, mesmo assim houve o esforço para que parte expressiva do planejado fosse cumprido.

Figura 56 - Quantidade de metas atingidas – Pactuação Interfederativa de 2018 a 2020



Fonte:BI

No entanto, no quadriênio de 2018-2021 importantes alterações foram impostas à gestão da atenção primária em saúde, conforme analisa Sarturi (2021):

Reformulada no final de 2017 a PNAB mudou a forma de transferência dos recursos federais ao SUS para duas formas de repasse – Custeio e Investimento, apoiada pelo CONASS e CONASEMS de forma que desse o aporte necessário ao financiamento da Atenção Básica. O governo federal repassava aos municípios dois tipos de recursos: o piso de atenção básica (PAB) fixo (de acordo com a população) e o PAB variável (conforme pactuação, adesão, metas e ações). Neste momento também todos os serviços de saúde da atenção básica passam a ser denominados de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

No ano de 2019, o Ministério da Saúde instituiu a equipe de Atenção Primária, anteriormente chamadas de equipes de atenção básica. Diferentes da equipe de Saúde da Família por sua formação obrigatória por médicos e enfermeiros. Em 2020, com a reformulação da PNAB criam-se as Unidades de Saúde da Família (USF) diferentes das UBS a exigência mínima de formação é de um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro, um médico e um agente comunitário da saúde. Vale dizer que especialmente com a situação da Pandemia a inclusão das teleconsultas vieram a somar nas ações de saúde no território. Sobre o repasse de recursos as mudanças na PNAB no ano de 2020 alteraram este fluxo junto aos municípios que agora deve considerar o número de usuários/as cadastrados/as nas equipes de saúde e o desempenho destas, a partir de indicadores como qualidade do pré-natal e controle de diabetes, hipertensão e infecções sexualmente transmissíveis.

Além disso, questões como a informatização das unidades, ampliação dos horários de atendimento, formação especializada em saúde da família e ações de promoção à saúde passam a ser consideradas, bem como a vulnerabilidade socioeconômica dos usuários.

Todas estas mudanças políticas trazem consigo repercussões importantes nos modelos de atenção à saúde, que vem sendo alterados a passos dados. Vale dizer que o modelo sanitário no qual a doença, seu controle e a prevenção que foram eixos principais preconizados nos anos 80 e ainda meados dos 90 com inúmeras políticas como o PACS vem sendo substituídos pelo modelo ampliado e integral de atenção à saúde. Há vista como dito acima as alterações de PSF para ESF, cuja base visa fomentar a saúde nos princípios do SUS e promover a gestão horizontalizada, compartilhada e colaborativa.

Esse conjunto de alterações legislativas, o contexto pandêmico e os debates provenientes da Conferência Municipal de Saúde demonstraram a necessidade de se avançar para a organização de metas que contemple os indicadores exigidos pela pactuação Interfederativa, bem como fossem acrescentadas metas condizentes com a dinâmica de vida local no presente atual e com foco no desenvolvimento futuro, avançando também nas práticas de preventivas, de assistência e de educação permanente em saúde. Essa percepção orientou a construção do presente plano.

2. Metodologia de monitoramento do PMS 2022-2025

O monitoramento terá como base o acompanhamento das metas e dos resultados esperados para a sociedade. Para tanto os indicadores serão analisados e debatidos em reuniões de equipe e reuniões com o controle social, com o objetivo de que de maneira cooperada se construa o caminho da viabilidade da execução do planejado no presente instrumento.

O Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP) será utilizado como ferramenta para tanto.

3. Transparência

O presente instrumento de planejamento será disponibilizado para acesso de toda a população no site do Município de Três Palmeiras.

Cópias impressas serão disponibilizadas para os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, Conselheiros de Saúde, Controle Interno Municipal, Casa Legislativa e Fundo Municipal de Saúde.

O processo de prestação de contas ocorre, legalmente, através dos RDQA e RAG.

Referências

ALLEBRANDT, Sérgio Luís et al. Planejamento regional e pandemia: o modelo de distanciamento controlado do Rio Grande do Sul. **DRd - Desenvolvimento Regional em debate**, v. 10, p. 1403-1428, 11 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.24302/drd.v10i0.3317>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRITO, F. (2008) A transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008. Acesso em: 07 jan. 2021, de <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a02.pdf>>.

CAMPOS, Thiago Lopes Cardoso; SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. A diretriz constitucional de participação social no SUS. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo. (org.) **Coletânea direito à saúde: institucionalização**. Brasília: CONASS, 2018, p. 44-55.

CONASEMS. Orientações tripartite para o Planejamento Regional Integrado. Disponível em: < <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/09/PRI-Orientacoes-Tripartite-Terceira-Edicao.pdf>>.

CONASS. CONASS Debate – **A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2014. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/conass-debate-a-crise-contemporanea-dos-modelos-de-atencao-a-saude/>>.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália Aurélio. Participação e controle social em saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271. ISBN 978-85-8110-017-3. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stocolm, Institute for Future Studies, 1991. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.196.7167&rep=rep1&type=pdf>>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. 1 ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

RIGHI, L. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica. In BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos Humaniza SUS**. Ministério da Saúde: Brasília, 2010.

SECRETARIA DA SAÚDE DE GOIÁS. **Manual de governança da gestão por processos**. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/uploads/2017/08/1.-manual-de-governanca-da-gestao-por-processos-na-ses.pdf>.

SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>>.

SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde: 2020/2023**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016. Disponível em: < <https://saude-admin.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/01164321-ma-0001-20-plano-estadual-de-saude-28-05-interativo-b.pdf>>.

UCHÔA, E., FIRMO, JOA e LIMA-COSTA, MFF. (2002) Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, MCS e COIMBRA JUNIOR, CEA, (orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 25-35. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>>. Acesso em 06 fev. 2021.

Sistemas de informação e bancos de dados consultados:

DataSebrae

CNES

DigiSUS

DigiSUS-Gestor

IEDE

TI Saúde

Datasus

IEDE

DEE/RS

RESOLUÇÃO Nº 04, DE 21 DE SETEMBRO DE 2021

Dispõe sobre a Aprovação do Plano Municipal de Saúde do Município de Três Palmeiras e dá outras providências.

A Presidente do Conselho Municipal de Saúde, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CMS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando a afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS) como modelo de sistema universal de saúde instituído pela Constituição Federal de 1988, em seus princípios e diretrizes garantidores da universalidade, integralidade e equidade do acesso às ações e serviços públicos de saúde, incluindo a gestão descentralizada, hierarquizada, regionalizada e com a participação da comunidade;

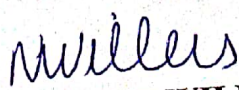
Considerando a aprovação da demanda realizada em reunião extraordinária ocorrida na data de 16 setembro de 2021, conforme

Resolve:

Art. 1º - Aprovar o Plano Municipal de Saúde – Gestão 2022/2025, da Secretaria Municipal de Saúde de Três Palmeiras – RS, conforme anexo I.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Município, 21 de setembro de 2021.


NARA ELIANE WILLERS
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Três Palmeiras-RS