

**Município de Ronda Alta**  
**Secretaria Municipal da Saúde**



**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 - 2025**





**Município de Ronda Alta**  
**Secretaria da Saúde**

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

**Ronda Alta**  
**2021**

**Prefeito Municipal**

Marcos Miguel Beux

**Vice-Prefeito Municipal**

Jackson Luis Bertocchi

**Secretário Municipal da Saúde**

Paulo Roberto Oliveira Fernandes

**Presidente do Conselho Municipal da Saúde**

Liamara Barreto Fortes

**COLABORADORES:**

Equipe de Saúde do Município de Ronda Alta

Conselho Municipal de Saúde

JC Assessoria e Consultoria em Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO .....</b>	<b>14</b>
<b>I ANÁLISE SITUACIONAL .....</b>	<b>17</b>
<b>1. Panorama demográfico e características da população .....</b>	<b>18</b>
<b>2. Determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1 Condições econômicas, sociais, ambientais, de habitação, de trabalho ....</b>	<b>26</b>
<b>2.2 Comportamentos e estilo de vida .....</b>	<b>35</b>
<b>2.3 Violências .....</b>	<b>36</b>
<b>3. Características epidemiológicas.....</b>	<b>41</b>
<b>4. Das redes de atenção à saúde .....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Atenção Básica .....</b>	<b>46</b>
<b>4.2 Saúde Bucal .....</b>	<b>48</b>
<b>4.3 Atenção Psicossocial .....</b>	<b>49</b>
<b>4.4 Atenção Materno-Paterno-Infantil.....</b>	<b>50</b>
<b>4.5 Atenção da Pessoa com Deficiência .....</b>	<b>51</b>
<b>4.6 Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não- Transmissíveis .....</b>	<b>52</b>
<b>4.7 Atenção às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) .....</b>	<b>52</b>
<b>4.8 Atenção às Urgências.....</b>	<b>54</b>
<b>4.9 Estabelecimentos hospitalares no território .....</b>	<b>54</b>
<b>4.10 Assistência Farmacêutica .....</b>	<b>57</b>
<b>4.11 Vigilância em Saúde.....</b>	<b>59</b>
<b>4.12 Regulação do Acesso .....</b>	<b>60</b>
<b>4.13 Serviços disponibilizados na rede privada contratada .....</b>	<b>60</b>
<b>4.14 Dificuldades de acesso e vazios assistenciais da região de saúde .....</b>	<b>61</b>
<b>5. Macroprocessos de governança da gestão estadual do SUS .....</b>	<b>62</b>
<b>5.1. Instâncias de pactuação intergestores.....</b>	<b>63</b>
<b>5.2 Planejamento Regional Integrado.....</b>	<b>64</b>
<b>5.3 Participação Social .....</b>	<b>65</b>
<b>5.3.1 Controle Social .....</b>	<b>65</b>
<b>5.3.2 Ouvidoria SUS .....</b>	<b>66</b>

<b>5.4 Implantação de Sistemas e Utilização de Informação para a tomada de decisão .....</b>	<b>68</b>
<b>5.5 Auditoria .....</b>	<b>68</b>
<b>5.6 Educação, ciência, tecnologia e Inovação em Saúde.....</b>	<b>68</b>
<b>5.7 Gestão do Trabalho .....</b>	<b>69</b>
<b>5.8 Financiamento.....</b>	<b>72</b>
<b>5.9 Judicialização em Saúde .....</b>	<b>75</b>
<b>6. Novo Coronavírus (SARS-COV-2) e a Covid-19 .....</b>	<b>76</b>
<b>II DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....</b>	<b>79</b>
<b>III MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO .....</b>	<b>99</b>
<b>1. Análise das Metas do Plano Municipal de Saúde anterior .....</b>	<b>101</b>
<b>2. Metodologia de monitoramento do PMS 2022-2025 .....</b>	<b>103</b>
<b>3. Transparência .....</b>	<b>103</b>
<b>Referências .....</b>	<b>104</b>

## FIGURAS

Figura 1- Localização do município de Ronda Alta 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.....	21
Figura 8- Razão de dependência .....	21
Figura 9- Expectativa de vida ao nascer .....	22
Figura 10- Mortalidade Infantil.....	22
Figura 11- Características da população.....	23
Figura 12- Situação dos domicílios .....	24
Figura 13- Coeficiente Geral de Natalidade regional .....	25
Figura 14- Proporção de idosos regional.....	25
Figura 15- Vínculos empregatícios no município 2019 .....	27
Figura 16- Estabelecimentos por porte segundo faturamento .....	27
Figura 17- Trabalhadores por faixa de remuneração média .....	28
Figura 18- Renda domiciliar per capita.....	28
Figura 19- Potencial de consumo por tipo .....	29
Figura 20- Composição do IDESE .....	30
Figura 21- Evolução IDESE .....	31
Figura 22- IFSM.....	31
Figura 23- Escolaridade da população .....	32
Figura 24- Taxa de analfabetismo.....	32
Figura 25- Situação dos domicílios .....	33
Figura 26- Volume de agrotóxico por região de saúde .....	33
Figura 27- Taxa regional de analfabetismo .....	34
Figura 28- Proporção de pessoas com baixa renda na região .....	34
Figura 29- 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. ....	35

Figura 30- Série histórica de notificações de violência .....	36
Figura 31- Taxa total de violência, sexual e autoprovocada .....	37
Figura 32- Série histórica de notificações de suicídio .....	37
Figura 33- Total de suicídios por ano .....	37
Figura 34- Ocorrência de crimes violentos .....	38
Figura 35- Ranking de ocorrências por crimes violentos .....	38
Figura 36- Violência contra à mulher .....	39
Figura 37- Ranking de ocorrências de crimes contra à mulher .....	40
Figura 38- Vítimas fatais em acidentes de trânsito .....	40
Figura 39- Redes de Atenção à Saúde .....	43
Figura 40- Poliarquia .....	44
Figura 41- RAS .....	46
Figura 42- Saúde da Família .....	47
Figura 43- Cobertura populacional por ESF .....	48
Figura 44- Cobertura Populacional por ACS .....	48
Figura 45- RAPS .....	50
Figura 46- Prevenção combinada .....	53
Figura 47- Localização dos estabelecimentos hospitalares .....	56
Figura 48- Habitantes por leito .....	56
Figura 49- Componentes da Assistência Farmacêutica .....	57
Figura 50- Ciclo da Assistência Farmacêutica .....	58
Figura 51- Vigilância em Saúde .....	59
Figura 52- Governança e Gestão .....	62
Figura 53- Gestão de processos .....	63
Figura 54- Ouvidoria municipal .....	66
Figura 55- Relatório de Pedidos na Ouvidoria municipal .....	67
Figura 56- Classificação de Pedidos na Ouvidoria municipal .....	67
Figura 57- Investimento total .....	74
Figura 58- Investimento por habitante .....	74
Figura 59- Investimento por habitante .....	75
Figura 60- Incidência da Covid-19 na população municipal .....	77
Figura 61- Instrumentos de planejamento no SUS .....	100

Figura 62 - Quantidade de metas atingidas – Pactuação Interfederativa de 2018 a 2020.....	101
---	-----

## TABELAS

Tabela 1- Identificação do usuário por faixa etária .....	20
Tabela 2- Distribuição da população indígena por aldeia .....	24
Tabela 3- Principais causas de internação .....	41
Tabela 4- Principais causas de mortalidade .....	42
Tabela 5- Leitos ATRA .....	55
Tabela 6- Leitos AHRA .....	55
Tabela 7- Vazios assistenciais .....	61
Tabela 8- Profissionais de saúde trabalhando no SUS .....	69
Tabela 9- Tipo de estabelecimento e gestão .....	70
Tabela 10- Natureza jurídica .....	71
Tabela 11- Demonstrativo da Programação de Despesa com saúde .....	73
Tabela 12- Dados Covid-19 .....	77
Tabela 13- Dados da vacinação .....	78
Tabela 14 - Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores 2018 a 2021.....	79
Tabela 15 – Metas da Pactuação Interfederativa % Atingidas 2020.....	86
Tabela 16 - Diretrizes – Objetivos - Metas – Indicadores - Plano de Saúde de 2022 – 2025 Aprovadas pela Conferencia Municipal de Saúde. ....	89

## **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 Ronda Alta 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 Ronda Alta.

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 à população.

**Paulo Roberto Fernandes**  
Secretário da Saúde de Ronda Alta/RS

## INTRODUÇÃO

A definição de Plano de Saúde encontra-se disposta 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 Ronda Alta, 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 Ronda Alta foi fundado em 26 de dezembro de 1963, possui uma área de 419,3 Km<sup>2</sup>, com população estimada (2019) de 10.309 habitantes, o que representa 0,09% da população estadual. Está localizado a uma distância de 347 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 Ronda Alta no contexto estadual



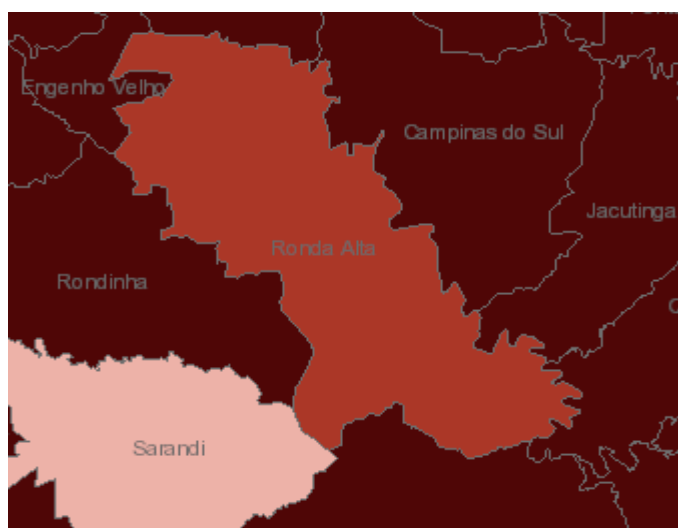
Fonte: IEDE/RS

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 97,42% da população é SUS dependente, com respeito ao Controle Social e uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família de 97,80%, o município de Ronda Alta 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 complementar 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.

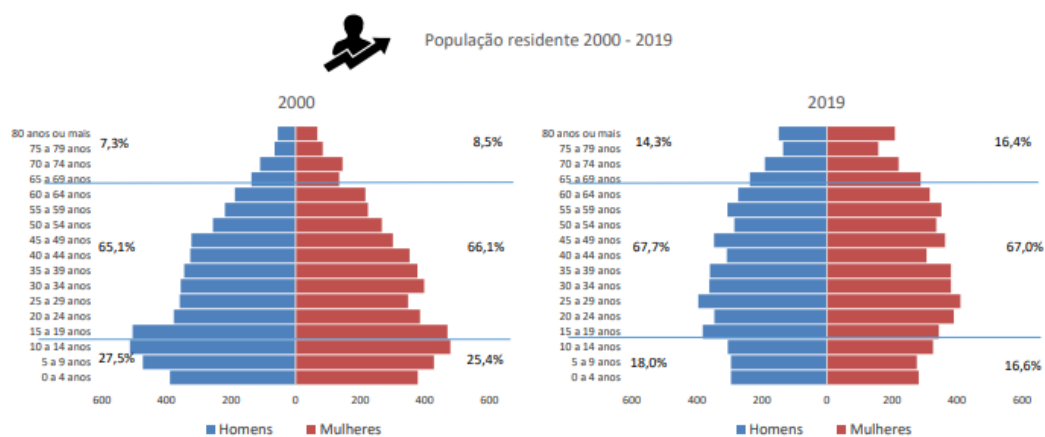
Parte-se, portanto, de um conceito ampliado de saúde e de uma compreensão do território não apenas como um espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial, ele também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial altera o espaço vivido (RIGHI, 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 Ronda Alta pode ser visualizada a partir do gráfico abaixo:

Figura 4- População residente 2000-2019



Fonte: DataSebrae

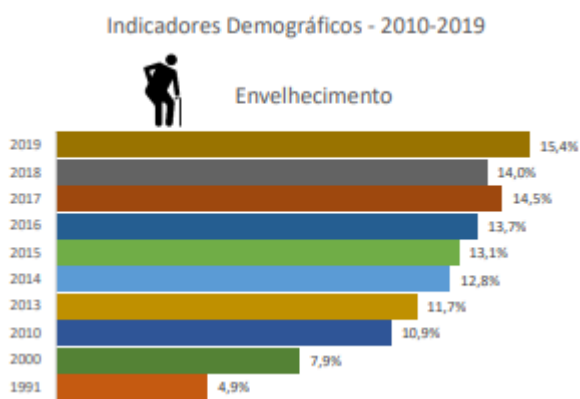
Muito embora possa ser considerado um processo global que atinge toda a sociedade brasileira, a transição demográfica apresenta-se como múltipla na medida em que se manifesta de forma diversa em cada contexto territorial e social (Brito, 2008).

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 quantitativos quase que uniformes de crianças e idosos.

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

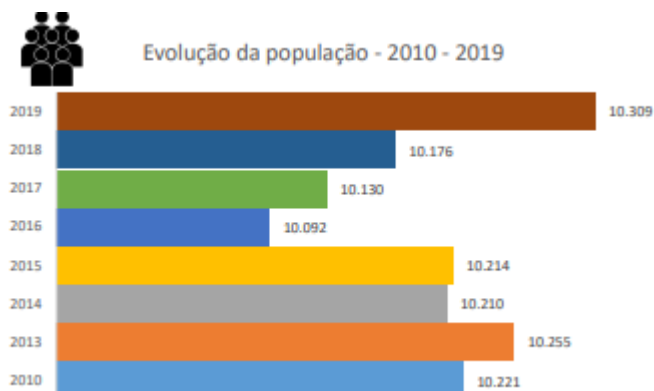
Figura 5- Indicadores Demográficos 2010-2019



Fonte: DataSebrae

No que se refere a evolução da população o município mantém uma média acima de 10 mil habitantes ao longo de toda a última década.

Figura 6- Evolução da população 2010-2019



Fonte: DataSebrae

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 1- Identificação do usuário por faixa etária

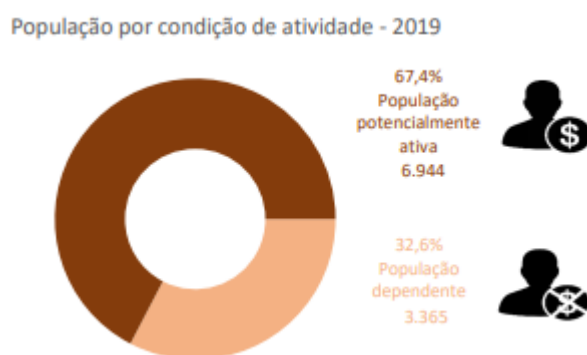
Período: 2020

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	330	314	644
5 a 9 anos	333	323	656
10 a 14 anos	300	320	620
15 a 19 anos	341	345	686
20 a 29 anos	777	776	1553
30 a 39 anos	790	801	1591
40 a 49 anos	664	672	1336
50 a 59 anos	631	714	1345
60 a 69 anos	568	570	1138
70 a 79 anos	332	355	687
80 anos e mais	150	211	361
<b>Total</b>	<b>5216</b>	<b>5401</b>	<b>10617</b>

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (DataSUS/Tabnet)

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.

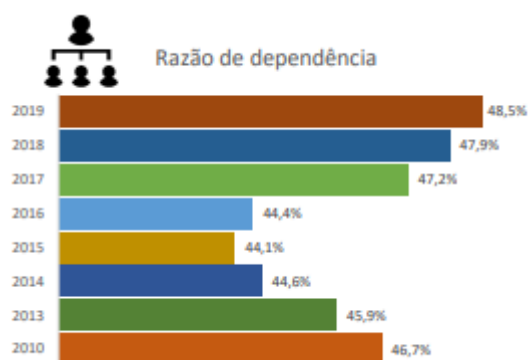
Figura 7- População por condição de atividade 2019



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 com leves percentuais em crescimento a partir de 2017.

Figura 8- Razão de dependência



Fonte: DataSebrae

A expectativa de vida ao nascer, segundo os censos mais recentes, tem tido significativo aumento no decorrer das décadas. Fenômeno que contribui para o envelhecimento, mas sinaliza melhores indicadores de saúde e condições de vida.

Figura 9- Expectativa de vida ao nascer



Fonte: DataSebrae

No que se refere à mortalidade infantil, a série histórica demonstra a importância de serem ampliadas ações voltadas à atenção na primeira infância, considerando que após uma queda no ano de 2017, o município vem mantendo taxa de óbitos de crianças menores de um ano de idade, conforme demonstra a série histórica.

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)

#### Taxa Mortalidade 2019



#### Evolução



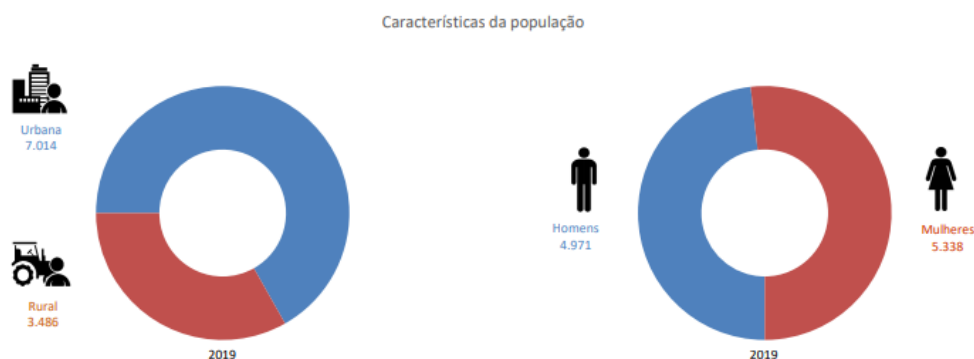
Ano	Meta
2019	9,50%
2018	9,75%
2017	9,99%
2016	9,99%
2015	9,99%

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.

A despeito da grande maioria da população residir na área urbana, existe um quantitativo relevante de população residente na área rural. O que reforça a necessidade de ações voltadas para a saúde do trabalhador do campo e o acesso de qualidade à saúde dos residentes das áreas mais longínquas do município, sem, contudo, observar os condicionantes e determinantes do adoecimento dos residentes urbanos.

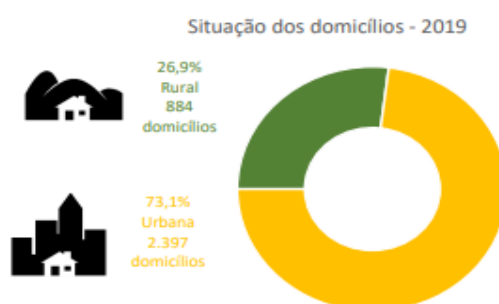
Figura 11- Características da população



Fonte: DataSebrae

A situação dos domicílios demonstra o mesmo perfil que a população, com predominância da distribuição no espaço urbano.

Figura 12- Situação dos domicílios



Fonte: DataSebrae

O município de Ronda Alta possui 932 indígenas aldeados residentes em seu território. A população indígena encontra-se distribuída em diversas aldeias conforme demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 2- Distribuição da população indígena por aldeia

Aldeia	Etnia	População
Alto Recreio	Kaingang/Guarani	443
Gramado Verde	Kaingang	35
Baixada	Kaingang	121
Produção	Kaingang	11
Pedras Brancas	Kaingang/Xokleng	322

Fonte: PRI

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 inferior ao da região de saúde, enquanto a proporção de idosos supera o indicador regional. Reforçando à análise introdutória do presente item quanto aos desafios da gestão e assistência à saúde.

Figura 13- Coeficiente Geral de Natalidade regional

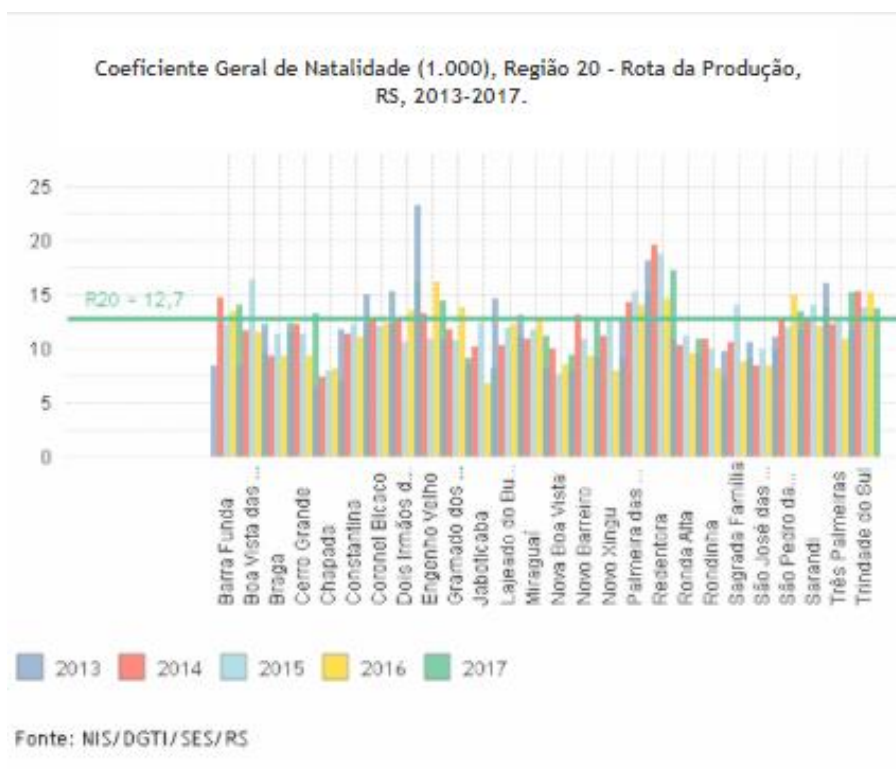
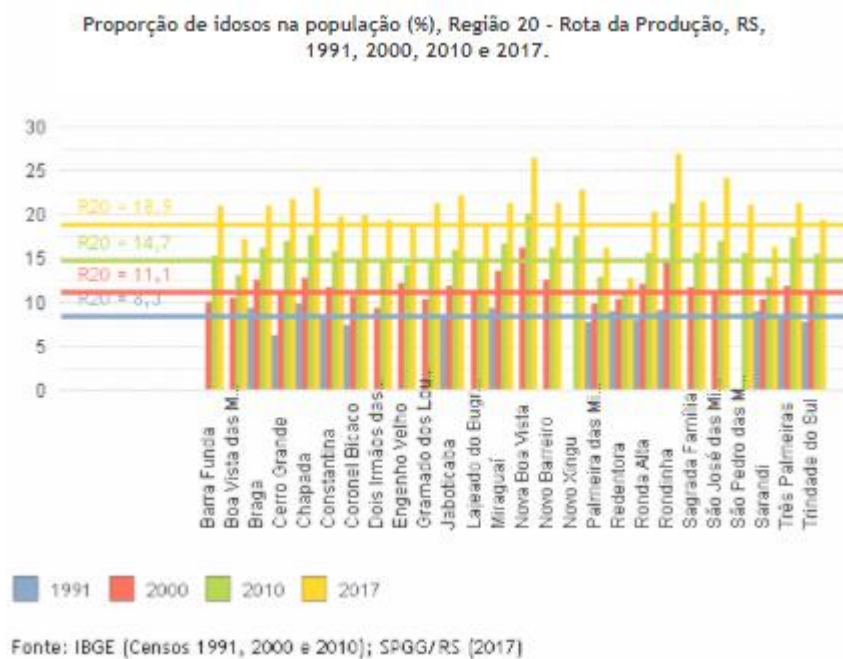


Figura 14- Proporção de idosos regional



## **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).

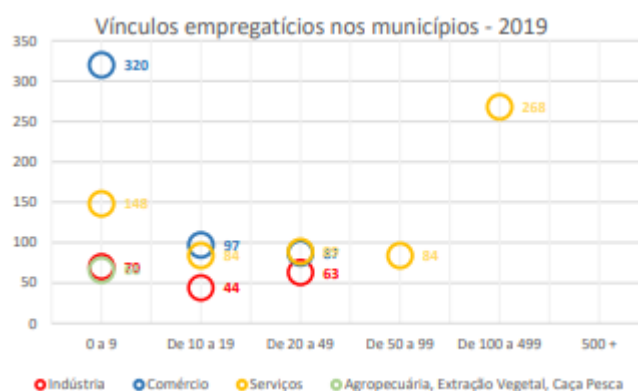
Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença relacionam a atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando a garantia de melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro 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 o trabalho no comércio, seguida da 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.

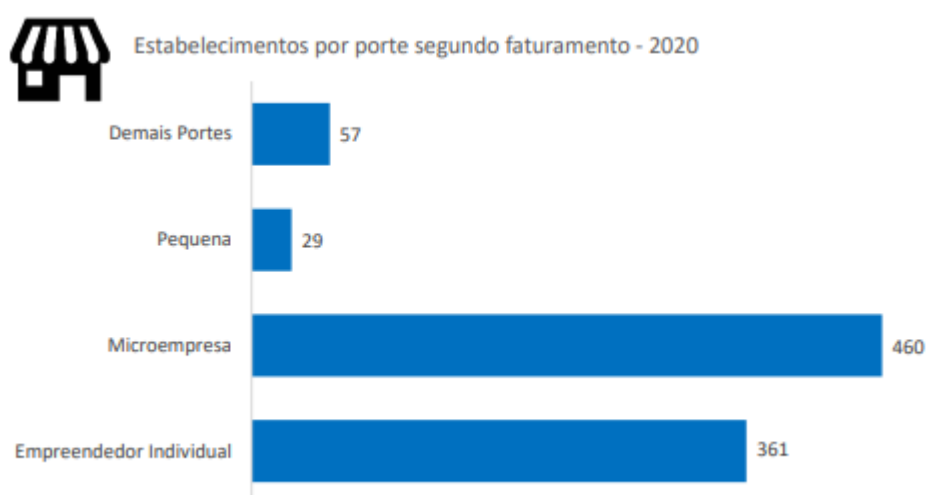
Figura 15- Vínculos empregatícios no município 2019



Fonte: DataSebrae

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

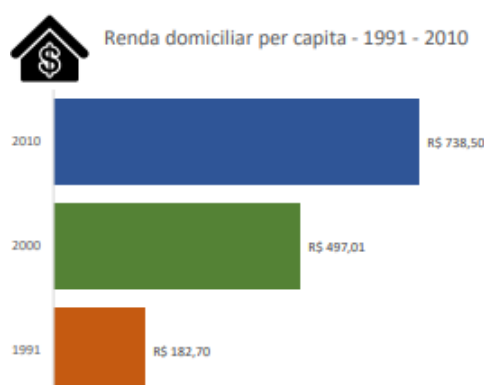
Figura 17- Trabalhadores por faixa de remuneração média



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

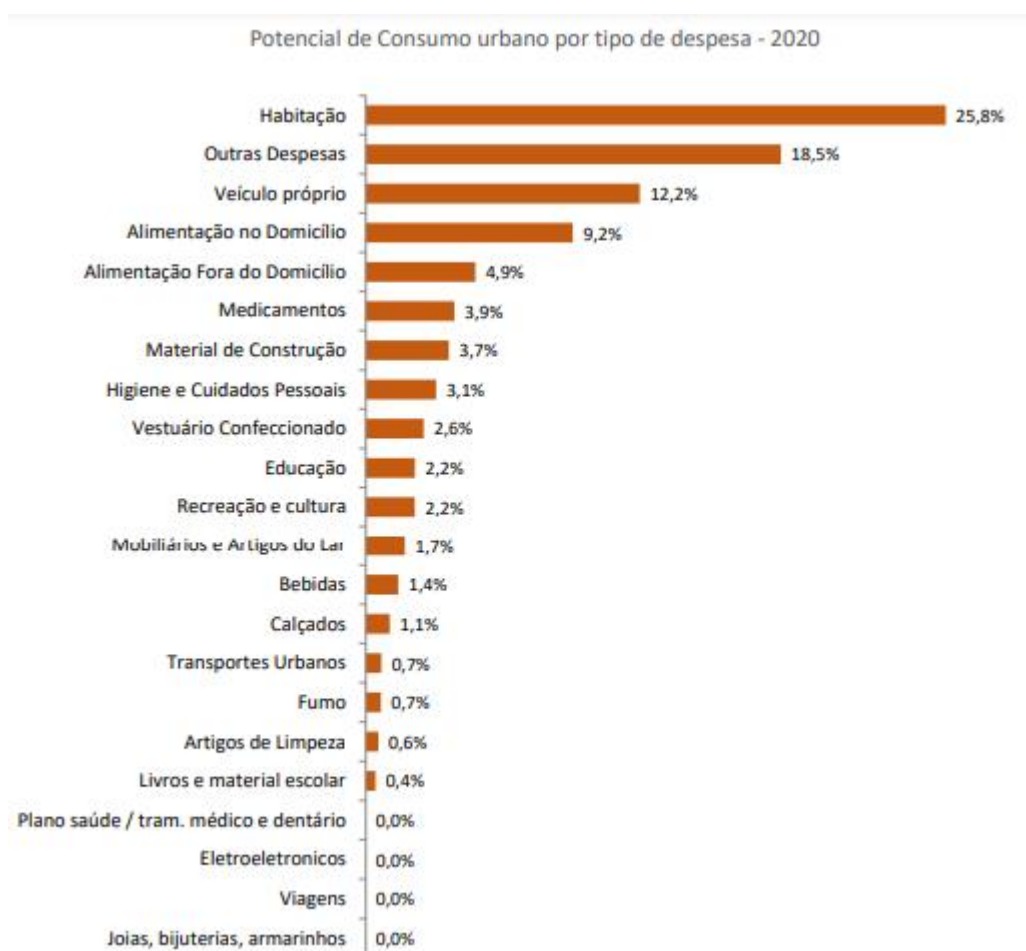


Fonte: DataSebrae

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 97,42%.

Figura 19- Potencial de consumo por tipo



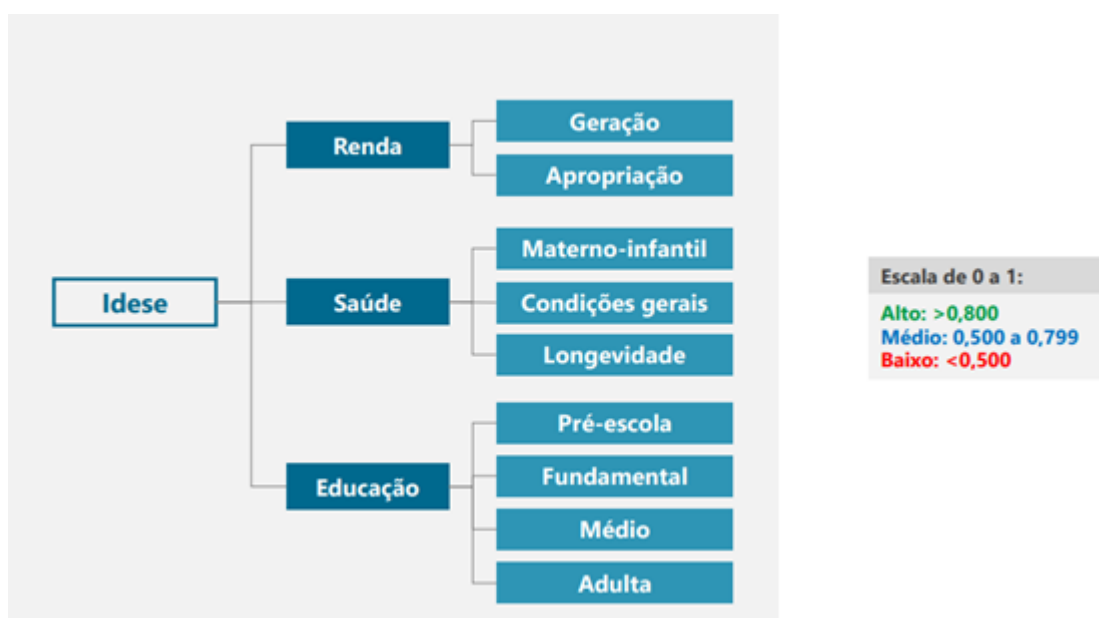
Fonte: DataSebrae

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).

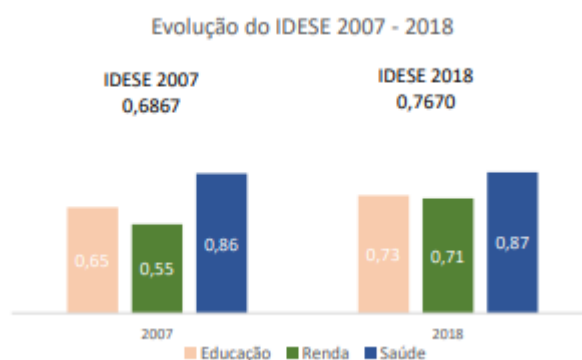
Figura 20- Composição do IDESE



Fonte: DEE/RS

Da análise da evolução do IDESE no município de Ronda Alta é possível perceber uma elevação significativa, sobretudo, no que se refere ao indicador saúde.

Figura 21- Evolução IDESE



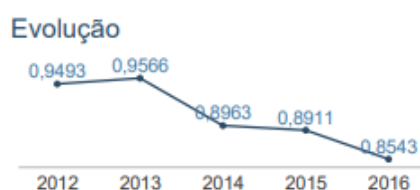
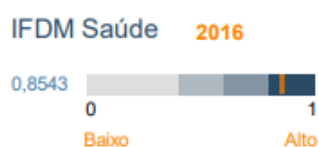
Fonte: DataSebrae

Outrossim, o índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal, que tem por foco indicadores da saúde básica, conforme descritos no gráfico, apresenta uma queda expressiva a partir do ano de 2013, chamando atenção para a ampliação do cuidado no pré natal.

Figura 22- IFSM

### IFDM - Saúde

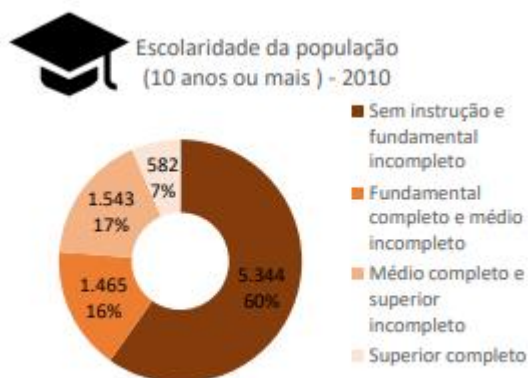
Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM). Tem foco na saúde básica e é composto por quatro indicadores com pesos iguais (25% cada): Percentual de Gestantes com mais de 6 Consultas Pré-Natal, Proporção de Mortes por Causas Mal Definidas, Taxa de Óbitos Infantis por Causas Evitáveis e Internações Evitáveis por Atenção Básica. O índice varia de 0 a 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento. (Fonte: FIRJAN – Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro)



Fonte: Mapa Social MPRS

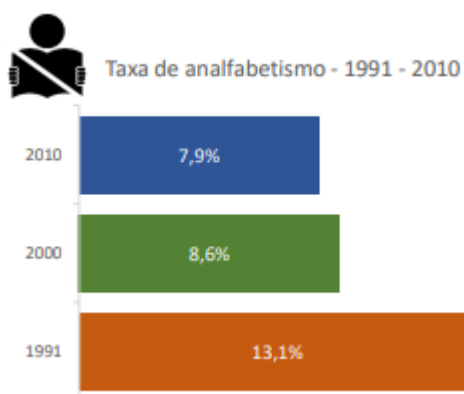
Ainda, no que concerne à escolaridade da população e a taxa de analfabetismo, o último censo demonstrou um imenso desafio considerando a prevalência de pessoas sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto, com o passar dos anos esse quadro vem sendo revertido, conforme demonstra o próprio IDESE, mas ainda representa um dado importante a ser trabalho, já que a universalização do acesso à educação repercute positivamente nas ações de saúde, sobretudo, no autocuidado.

Figura 23- Escolaridade da população



Fonte: DataSebrae

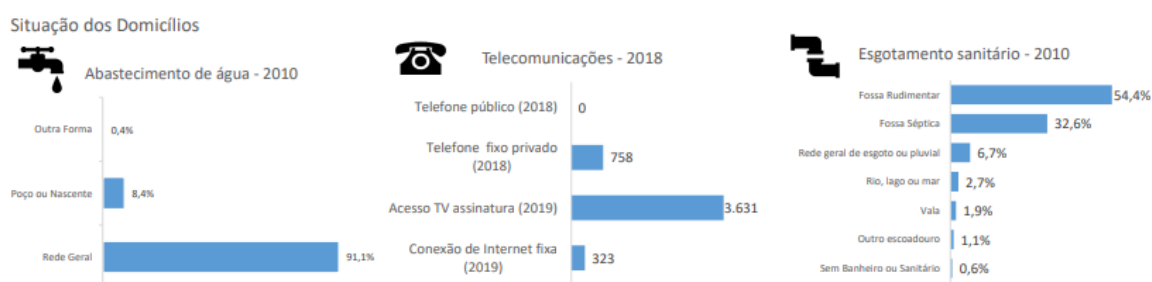
Figura 24- Taxa de analfabetismo



Fonte: DataSebrae

No que se refere as questões ambientais e de acesso a telecomunicações referentes a situação dos domicílios o dado oficial demonstra que a maioria 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.

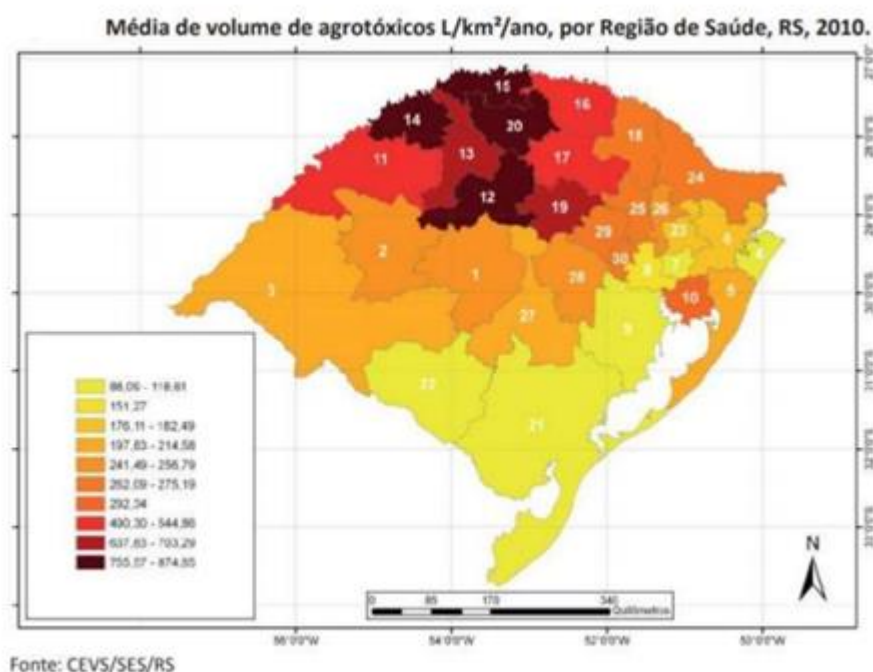
Figura 25- Situação dos domicílios



Fonte: DataSebrae

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

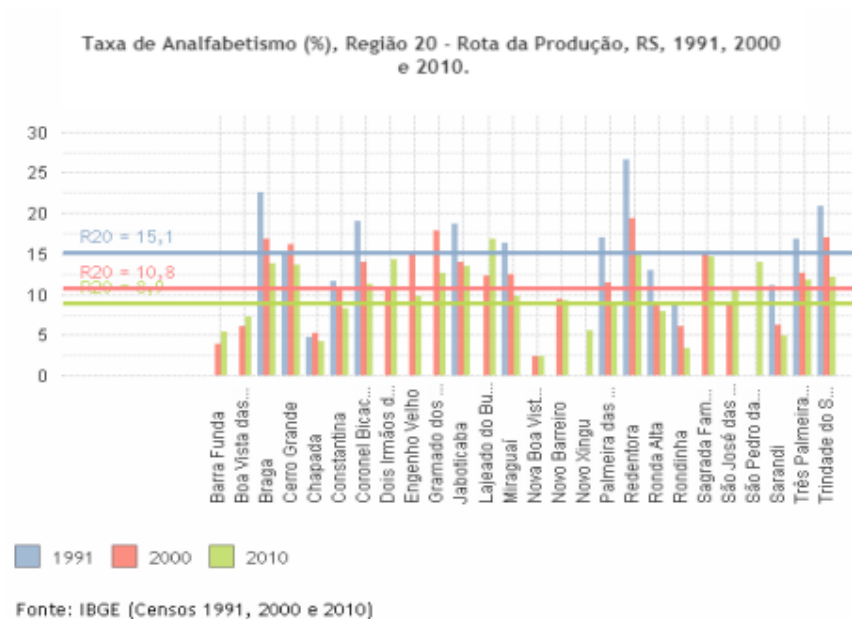
Figura 26- Volume de agrotóxico por região de saúde



Fonte: CEVS/SES/RS

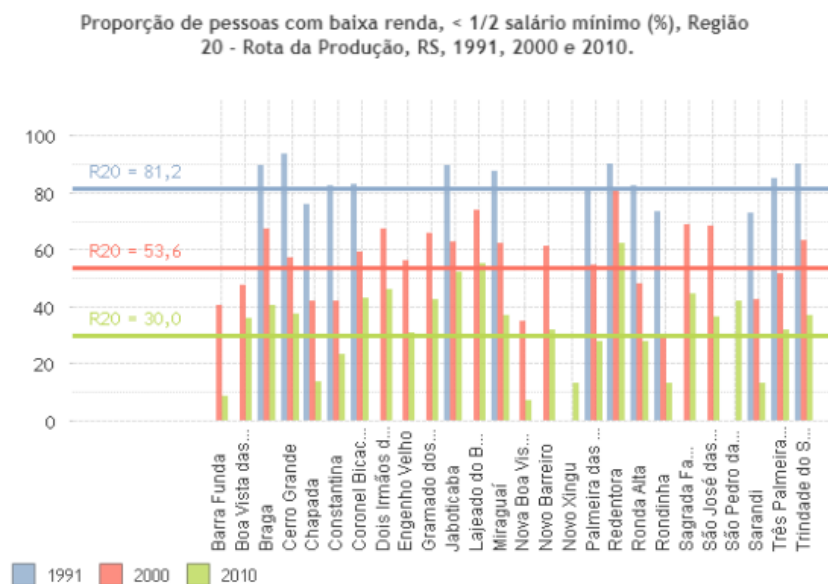
Ainda, considerando os dados regionais constantes do Diagnóstico da Região 20, que integram o Planejamento Regional Integrado é possível perceber que a taxa de analfabetismo do município é significativamente inferior a média regional, assim como a proporção de pessoas com baixa renda.

Figura 27- Taxa regional de analfabetismo



Fonte: PRI

Figura 28- Proporção de pessoas com baixa renda na região



Fonte: PRI

## 2.2 Comportamentos e estilo de vida

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 29- 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.

	Acre	Alagoas	Amapá	Amazonas	Bahia	Ceará	Distrito Federal	Espírito Santo	Goiás	Maranhão	Mato Grosso	Mato Grosso do Sul	Minas Gerais	Pará	Paraná	Pernambuco	Piauí	Rio de Janeiro	Rio Grande do Norte	Rio Grande do Sul	Roraima	Roraima	Santa Catarina	São Paulo	Sergipe	Tocantins	
Dieta inadequada	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Pressão sistólica elevada	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	
Índice de massa corporal elevado	3	7	5	6	8	8	10	9	6	9	9	10	6	8	11	8	7	13	8	13	8	4	12	12	7	8	
Glicemia de jejum elevada	4	5	3	3	5	3	4	4	3	5	4	5	4	5	5	6	5	5	6	4	2	6	5	3	4		
Tabagismo	5	3	4	4	3	4	2	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	5	4	3	4	3	
Uso de álcool e drogas	6	4	6	5	4	5	5	5	5	3	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5	6	5	6	5	5	
Colesterol total elevado	7	6	7	7	6	6	6	6	6	7	6	6	6	7	6	4	6	6	5	6	3	6	7	3	4	6	6
Desnutrição materno-infantil	8	10	8	9	9	9	7	8	8	11	8	8	8	8	11	8	9	10	9	9	9	7	8	8	8	9	9
Taxa de filtração glomerular baixa	9	12	12	12	12	11	13	13	11	9	10	11	11	10	12	10	12	9	12	12	11	10	14	11	10	12	10
Riscos ocupacionais	10	9	9	10	10	10	9	10	10	11	10	9	11	9	9	10	11	8	10	10	11	10	10	9	10	11	
Poluição do ar	11	8	11	11	7	7	9	7	7	8	7	7	7	7	7	7	8	7	7	7	7	9	11	7	7	8	7
Atividade física insuficiente	12	14	14	14	14	15	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	13	14	14	14	14	12	15	14	14	14
Sexo inseguro	13	13	10	8	13	13	11	12	13	12	13	13	13	12	13	13	14	10	13	8	13	9	9	11	13	13	
Água, esgoto e lavagem de mãos inseguros	14	11	13	13	11	12	12	11	12	13	12	12	12	13	10	12	11	12	11	11	12	12	13	13	13	11	12
Densidade mineral óssea baixa	15	17	15	15	17	15	14	17	17	15	15	15	16	15	15	17	15	17	17	15	17	15	15	14	16	17	15
Abuso e violência sexual	16	16	17	17	16	16	15	15	17	16	16	15	17	17	15	17	16	16	17	16	16	16	16	16	15	15	16
Outros riscos ambientais	17	15	16	16	15	17	17	16	16	16	17	17	16	16	16	16	15	15	16	15	17	17	17	17	16	17	1

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

No que se refere ao estilo de vida, à atividade física insuficiente, associada a hábitos alimentares característicos da população gaúcha como o elevado consumo de carnes, somam-se a outras questões que impactam no adoecimento da população, ampliando à necessidade de atividades voltadas à prevenção de condições crônicas

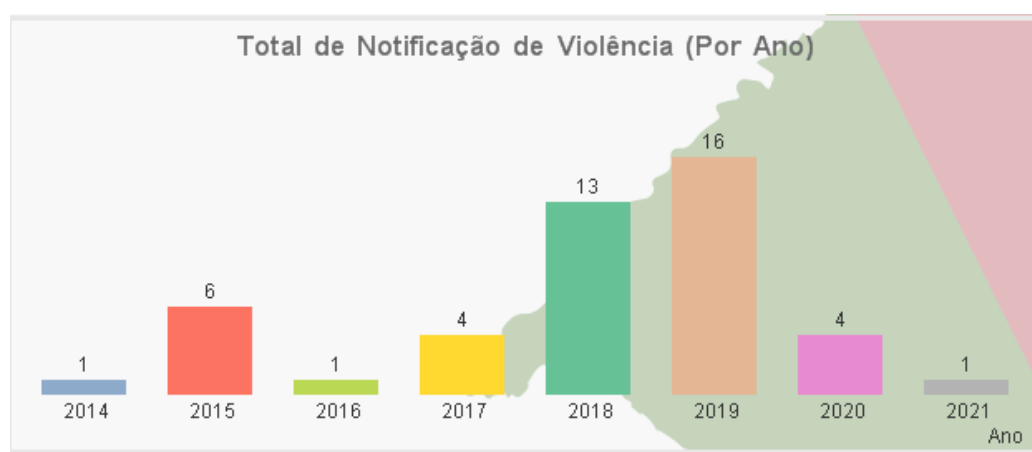
não-transmissíveis e seus agravos. Razão pela qual manter atualizados os indicadores acerca dessas condições é um desafio que se impõe no âmbito da gestão em saúde para que as equipes possam programar suas práticas com base na melhor evidência científica.

### 2.3 Violências

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

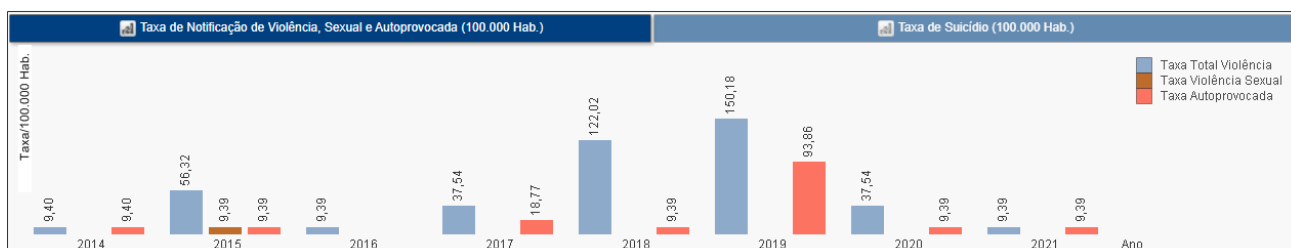
No que se refere aos dados da área da saúde, da série histórica relativa à taxa total de violência verifica-se um aumento no ano de 2019, embora o número bruto não pareça expressivo, quando a taxa é aplicada no indicador por 100 mil habitantes, se verifica uma taxa preocupante no que se refere a violência total. A taxa total de violência prepondera em toda a série histórica, no entanto, chama atenção o fato de que as lesões autoprovocadas aparecem com taxa expressiva ao longo do período.

Figura 30- Série histórica de notificações de violência



Fonte: BI

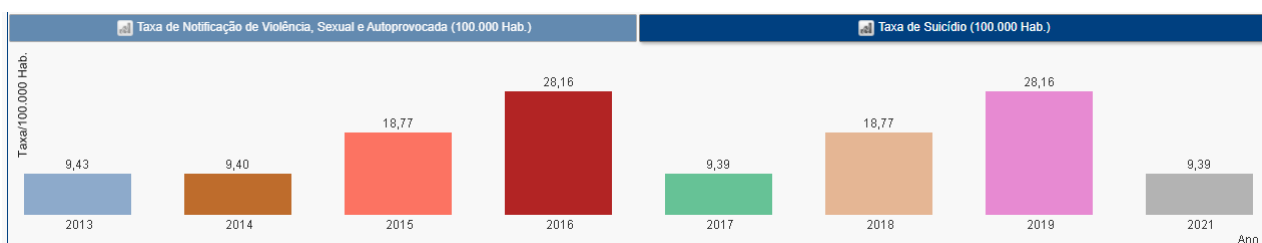
Figura 31- Taxa total de violência, sexual e autoprovocada



Fonte: BI

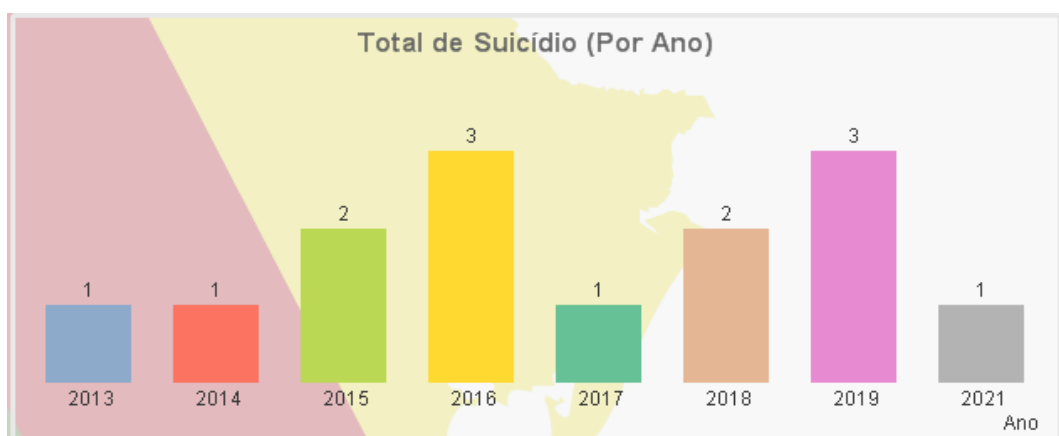
No que se refere a taxa de suicídio é possível observar picos nos anos de 2016 e 2019. Com relação a esse indicador ocorre a mesma situação que a análise das violências, já que quando aplicado a uma taxa dividida por 100 mil habitantes repercute em um percentual significativo.

Figura 32- Série histórica de notificações de suicídio



Fonte: BI

Figura 33- Total de suicídios por ano



Fonte: BI

A partir dos dados oriundos da segurança pública, no entanto, verifica-se disparidade entre os picos de violência. O dado demonstra a necessidade de

ampliação da interlocução entre a rede de combate às violências para compartilhamento de dados e articulação de ações.

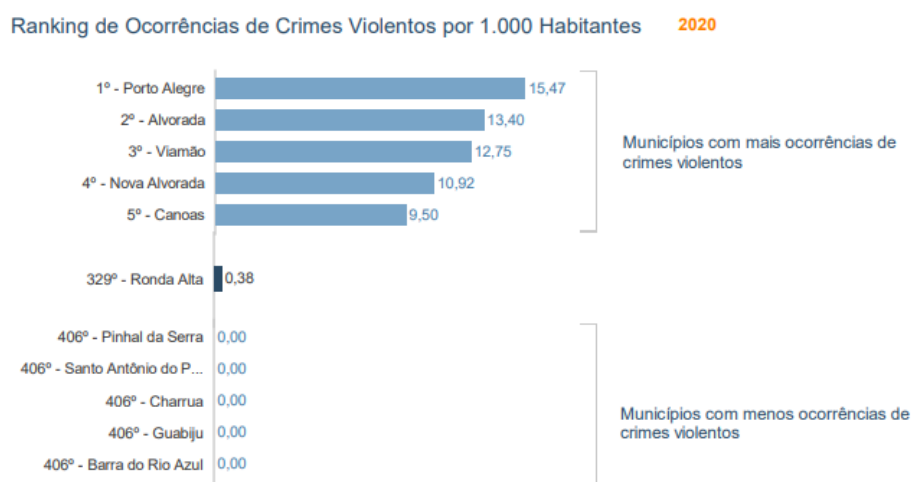
Figura 34- Ocorrência de crimes violentos



Fonte: Mapa Social MP RS

Quanto a violência de crimes violentos é observada no comparativo com os demais municípios gaúchos, o município encontra-se na 329ª posição.

Figura 35- Ranking de ocorrências por crimes violentos



Observações:  
1) As Ocorrências Criminais são registros de ocorrências para fatos consumados, porém sujeitos à alteração pela própria fonte, em decorrência do andamento das investigações criminais. Os dados foram extraídos da fonte em 20/02/2021.  
2) 91 Municípios gaúchos não tiveram ocorrências em Crimes Violentos no ano de 2020. Portanto, os cinco municípios apresentados no ranking com menos ocorrências são meramente ilustrativos.

Fonte: Mapa Social MP RS

Apesar da queda no último ano, os dados criminais demonstram um quantitativo considerável de violência contra a mulher no território local. O que chama

atenção para a necessidade de notificações e políticas de saúde voltadas para o combate à violência contra a mulher.

Figura 36- Violência contra à mulher



Fonte: Mapa Social MP RS

Quando a violência contra a mulher é observada no comparativo com os demais municípios gaúchos, o município encontra-se na 133ª posição.

Figura 37- Ranking de ocorrências de crimes contra à mulher



## Observações:

1) As Ocorrências Criminais são os fatos registrados até a data da extração da base de dados, sujeito ainda a alterações provenientes da revisão de ocorrências duplicadas, apuração de informações oriundas de investigações, diligências, perícias, correção do fato no final da investigação policial, etc. Dados extraídos em 20/02/2021.

2) Femicídio: Trata-se dos Homicídios enquadrados pelo recorte de gênero.

3) 7 municípios gaúchos não tiveram ocorrências de crimes contra a mulher no ano de 2020. Portanto, os cinco municípios apresentados no ranking com menos ocorrências são meramente ilustrativos.

1

Fonte: Mapa Social MP RS

No que se refere a violência no trânsito também se verifica uma série histórica de municípios vitimados ao longo dos últimos anos.

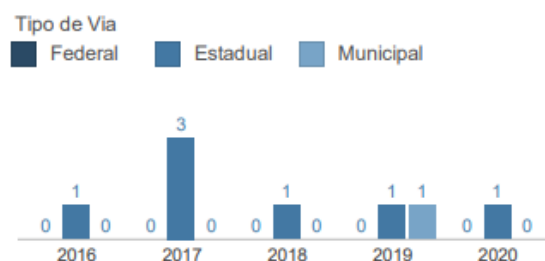
Figura 38- Vítimas fatais em acidentes de trânsito

## Vítimas Fatais em Acidentes de Trânsito 2020



\* Dados extraídos da fonte em 07/03/2017.

## Evolução de Acidentes Fatais 2020



Fonte: Mapa Social MP RS

Os dados demonstram 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

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 pelas doenças do aparelho respiratório.

Tabela 3- Principais causas de internação

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	24	17	29	19	91
II. Neoplasias (tumores)	31	32	30	34	18
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11	7	9	8	10
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	11	8	6	10	3
V. Transtornos mentais e comportamentais	21	37	44	42	32
VI. Doenças do sistema nervoso	9	5	13	6	13
VII. Doenças do olho e anexos	-	2	1	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	2	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	37	37	49	36	21
X. Doenças do aparelho respiratório	80	59	48	65	46
XI. Doenças do aparelho digestivo	44	31	39	36	40
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	8	6	7	2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	23	15	16	22	14
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	41	45	46	38	31
XV. Gravidez parto e puerpério	18	28	17	28	19
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3	2	5	4	4
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	2	2	5	2
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	2	-	-	1
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	19	19	24	21	22
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	1	-	4	1	1
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-
Total	380	358	388	382	370

Fonte: SIH/SUS

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

Tabela 4- Principais causas de mortalidade

Capítulo CID-10	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	4	2
II. Neoplasias (tumores)	22	13	18
III. Doenças sangue órgãos hemat e transit imunitár	-	-	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	9	5
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	1	2
VI. Doenças do sistema nervoso	10	7	6
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	24	24	19
X. Doenças do aparelho respiratório	7	13	11
XI. Doenças do aparelho digestivo	7	6	3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	1	-
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4	1	2
XV. Gravidez parto e puerpério	-	1	-
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	-	-
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	-	1
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	1	1
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6	10	12
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	-
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>91</b>	<b>82</b>

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 39- Redes de Atenção à Saúde

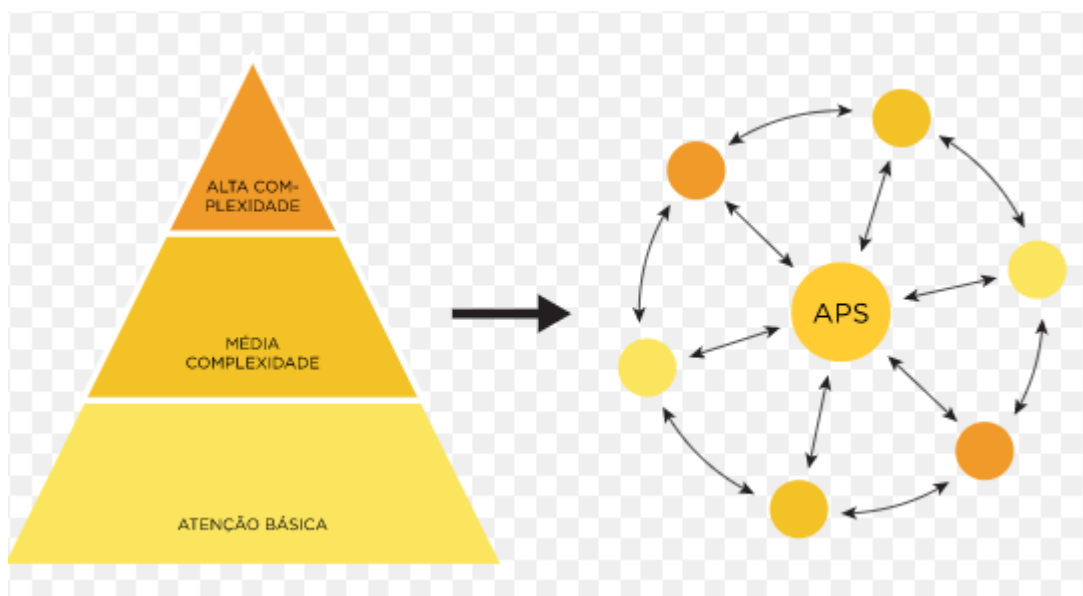


Fonte: Rede HumanizaSUS

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 40- Poliarquia



Fonte: CIAR/UFG

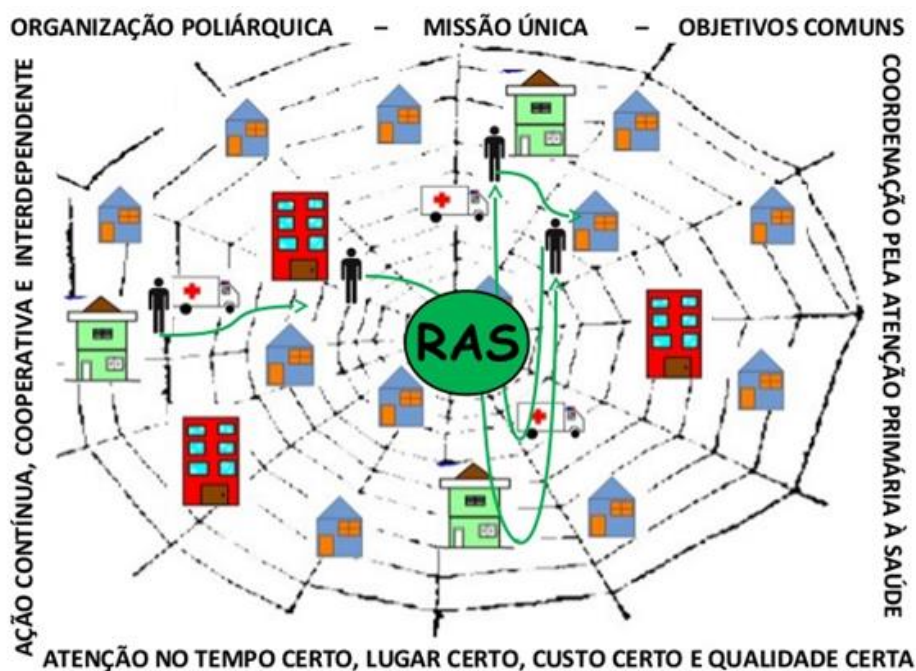
De acordo com Mendes (2012), para ser efetivada de forma eficiente e com qualidade, a Rede de Atenção à Saúde precisa ser estruturada segundo os seguintes fundamentos:

- 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 41- 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 de atenção à saúde e as referências especializadas do município de Ronda Alta.

#### 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 42- Saúde da Família



Fonte: Ministério da Saúde

O município de Ronda Alta possui três Estratégias de Saúde da Família implementadas, o que garante uma cobertura de 97,80% da população. Além de adesão a programas como Academia de Saúde, Programa Bolsa Família, Saúde na Hora, Saúde Indígena, dentre outros.

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

Figura 43- Cobertura populacional por ESF



Fonte: Mapa Social MP/RS

No que se refere à cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde, o município se encontra diante do desafio de universalizar a cobertura, considerando que a partir do ano de 2017 apenas 16% da população encontra-se coberta por ACS. Os referidos profissionais são de extrema importância para a atenção integral à saúde.

Figura 44- Cobertura Populacional por ACS



Fonte: Mapa Social MP/RS

## 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).

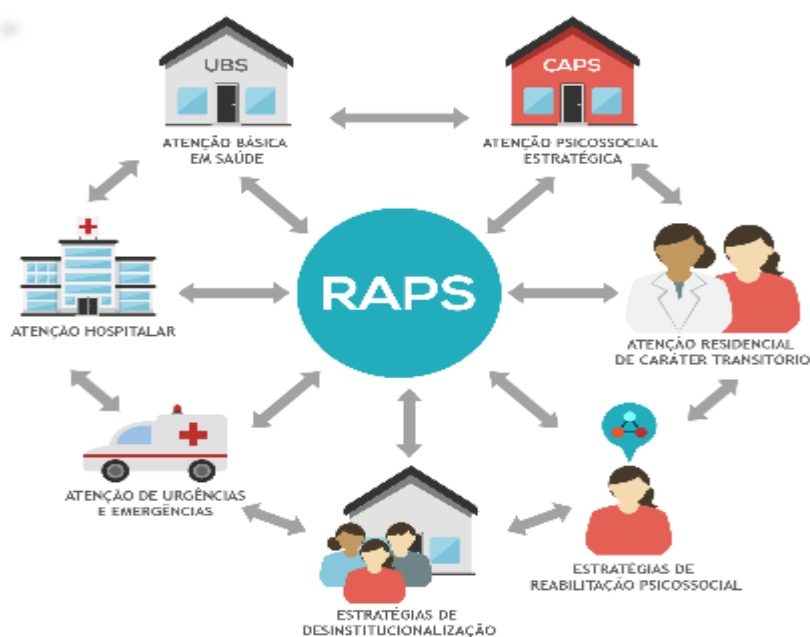
### **4.3 Atenção Psicossocial**

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 NAAB, NASF-AB e Oficinas Terapêuticas.

Ainda, busca implantar uma Equipe Multifuncional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), projeto para o qual já possui aprovação nas instâncias colegiadas do SUS.

Figura 45- RAPS



Fonte: Ministério da Saúde

Em âmbito hospitalar, possui no território duas instituições com leitos integrais em saúde mental: Associação Hospitalar Ronda Alta e Hospital dos Trabalhadores de Ronda Alta. Tanto para os hospitais do território, quanto para as demais referências regionais, 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, tendo seus partos e nascimentos regionalizados.

A maternidade de referência é o Hospital Comunitário de Sarandi.

A atenção hospitalar do território também dispõe de ambulatório em Ginecologia, referência para toda a região de saúde.

#### **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 Ronda Alta 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.

O município atua também no Programa de Tratamento e Prevenção ao Tabagismo.

#### **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 46- 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, além de prover o transporte sanitário. Possui base do SAMU, pleito aprovado em CIR para instalação de Unidade Avançada do SAMU e duas portas de entrada nas instituições hospitalares localizadas no território.

#### **4.9 Estabelecimentos hospitalares no território**

O município de Ronda Alta possui dois estabelecimentos hospitalares.

A **Associação dos Trabalhadores de Ronda Alta- ATRA**, instituição hospitalar filantrópica, é Porta de Entrada na Urgência/ Emergência e referência em saúde mental e traumatologia para a região de saúde. À distribuição de leitos pode ser visualizada na tabela abaixo:

Tabela 5- Leitos ATRA

Descrição ↕	Leitos Existentes	Leitos SUS
<b>▼ COMPLEMENTAR</b>		
66 - UNIDADE ISOLAMENTO	2	2
<b>▼ ESPEC - CIRURGICO</b>		
03 - CIRURGIA GERAL	10	7
<b>▼ ESPEC - CLINICO</b>		
33 - CLINICA GERAL	19	13
87 - SAUDE MENTAL	3	3
<b>▼ OBSTETRICO</b>		
10 - OBSTETRICIA CIRURGICA	4	2
<b>▼ OUTRAS ESPECIALIDADES</b>		
47 - PSIQUIATRIA	16	16
<b>▼ PEDIATRICO</b>		
45 - PEDIATRIA CLINICA	3	2

Fonte: CNES

**A Associação Hospitalar de Ronda Alta**, instituição hospitalar filantrópica, é Porta de Entrada na Urgência/ Emergência e referência em saúde mental e ginecologia para a região de saúde. A distribuição de leitos pode ser visualizada na tabela abaixo:

Tabela 6- Leitos AHRA

Descrição ↕	Leitos Existentes	Leitos SUS
<b>▼ ESPEC - CIRURGICO</b>		
03 - CIRURGIA GERAL	3	2
<b>▼ ESPEC - CLINICO</b>		
33 - CLINICA GERAL	26	24
<b>▼ OBSTETRICO</b>		
10 - OBSTETRICIA CIRURGICA	3	2
<b>▼ OUTRAS ESPECIALIDADES</b>		
47 - PSIQUIATRIA	18	16
<b>▶ PEDIATRICO</b>		

Fonte: CNES

No mapa a seguir é possível visualizar a localização dos dois estabelecimentos hospitalares localizados na cidade de Ronda Alta.

Figura 47- Localização dos estabelecimentos hospitalares



Fonte: Google Maps

Os dados apresentados a seguir demonstram o quantitativo de habitantes por leito no município. O dado elevado deve levar em conta que as instituições presentes no território prestam serviço regionalizado. Ao atender as diretrizes da regionalização do SUS o município vem demonstrando potencialidade enquanto polo regional da prestação de serviços de saúde pública.

Figura 48- Habitantes por leito

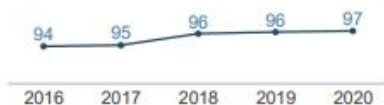
## Assistência à Saúde

(Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde e DATASUS)

### Habitantes por leito

**97** 2020

Ministério da Saúde: 333 a 400<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para a quantidade de habitantes por leito.

Ano	Leitos de internação disponíveis <sup>1</sup>	Leitos complementares disponíveis <sup>1</sup>	Habitantes por Leito
2020	108	2	97
2019	108	2	96
2018	108	2	96
2017	111	2	95
2016	111	2	94

Leitos de Internação: são as camas destinadas à internação de um paciente nas categorias de leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, Hospital Dia e outras especialidades.  
Leitos Complementares: são as camas destinadas à assistência de alta complexidade a pacientes de UTI e Unidade Intermediária.

<sup>1</sup> São os leitos disponibilizados para atendimento SUS e não SUS.

Fonte: Datasus/Mapa Social do MP/RS

#### 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 49- Componentes da Assistência Farmacêutica

<b>BÁSICO</b>	<b>ESPECIALIZADO</b>	<b>ESTRATÉGICO</b>
Medicamentos e insumos essenciais	Medicamentos para assistência integral à saúde	Medicamentos para tratamento de doenças endêmicas e epidemias
<b>Destinação</b>	<b>Destinação</b>	<b>Destinação</b>
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
<b>Âmbito</b>	<b>Âmbito</b>	<b>Âmbito</b>
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 Ronda Alta 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 50- 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 51- 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, devido ao vazio assistencial em serviços no âmbito da região de saúde, o município de Ronda Alta contratualiza serviços não previstos nas contratualizações estaduais junto aos prestadores locais e regionais.

Possui também contrato de prestação de serviços com Laboratórios 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 7- Vazios assistenciais

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Dermatologia	Gastroenterologia	Hematologia	Infectologia	Infecologia	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													
	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
	20	x	x					x	x			x		x
Sul	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
	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 52- 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 53- 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 Ronda Alta 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 Ronda Alta é estimulada por meio de conferências, reuniões com o Conselho Municipal de Saúde, grupos de usuários e ouvidoria.

#### **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 Ronda Alta 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).

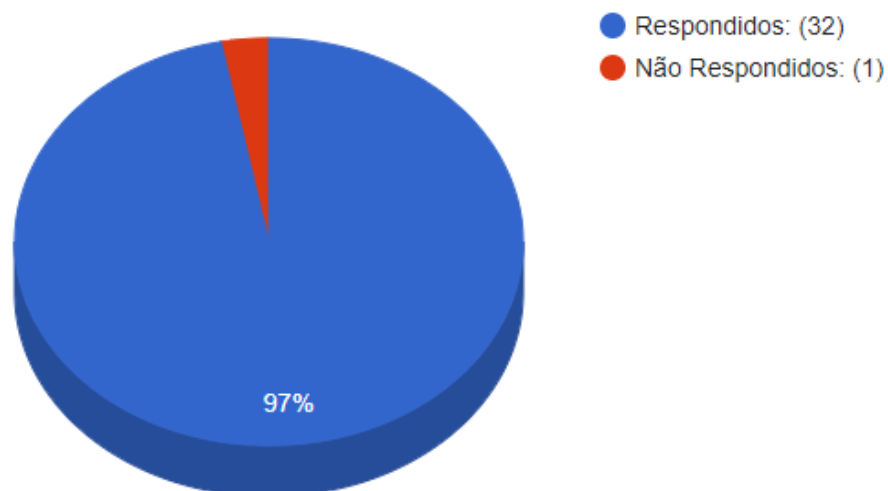
O município de Ronda Alta possui um canal de Ouvidoria. A Ouvidoria constitui-se em um canal de efetiva participação social na Administração Municipal. Com foco na boa qualidade e transparência da prestação dos serviços públicos e no aprimoramento das relações entre governo e sociedade. A Ouvidoria tem 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 (MUNICÍPIO DE RONDA ALTA).

Figura 54- Ouvidoria municipal



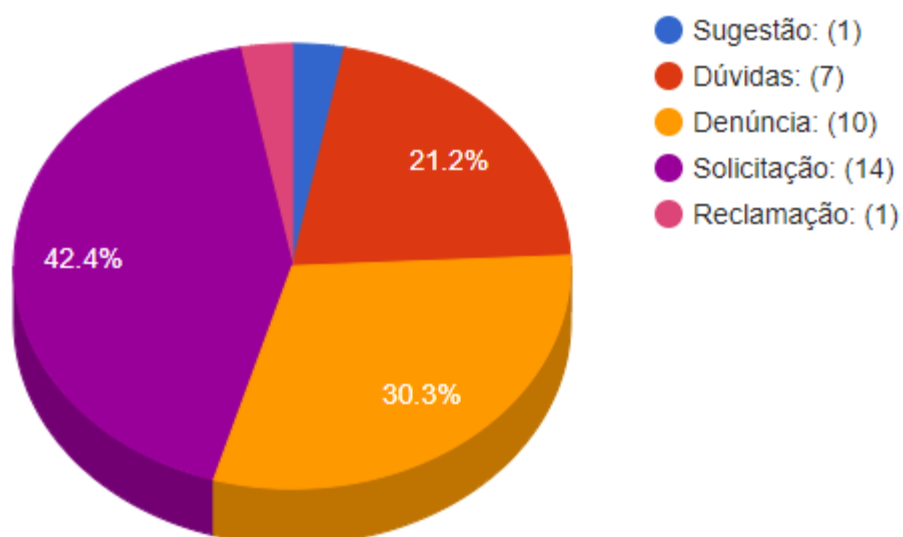
Fonte: Município de Ronda Alta

Figura 55- Relatório de Pedidos na Ouvidoria municipal

**Relatório de Pedidos na Ouvidoria - Ano: TODOS**

Fonte: Município de Ronda Alta

Figura 56- Classificação de Pedidos na Ouvidoria municipal



Fonte: Município de Ronda Alta

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 8- 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)	4	2	13	41	4
	Intermediados por outra entidade (08)	0	0	0	0	0
	Autônomos (0209, 0210)	1	0	2	2	0
	Residentes e estagiários (05, 06)	0	0	0	0	0
	Bolsistas (07)	1	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	1	0
	Autônomos (0209, 0210)	0	0	6	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)	1	3	5	8	1
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

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Data da consulta: 21/07/2020.

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)	5	5	4	7	
	Celetistas (0105)	1	1	1	1	
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Autônomos (0209, 0210)	4	10	11	8	
	Bolsistas (07)	0	1	1	0	
	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	134	103	106	98	
	Residentes e estagiários (05, 06)	3	2	5	4	

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)	4	11	15	11	

Fonte: CNES

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

Tabela 9- Tipo de estabelecimento e gestão

Rede física de estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimentos				
Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	0	0	1	1
FARMACIA	0	0	1	1
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	0	0	5	5
HOSPITAL GERAL	1	1	0	2
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	0	0	1	1
POLICLINICA	1	0	4	5
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>15</b>

Fonte: CNES

Tabela 10- Natureza jurídica

Rede física de estabelecimentos de saúde por natureza jurídica				
Natureza Jurídica	Municipal	Estadual	Dupla	Total
<b>ADMINISTRACAO PUBLICA</b>				
MUNICIPIO	9	0	1	10
<b>ENTIDADES EMPRESARIAIS</b>				
SOCIEDADE SIMPLES LIMITADA	1	0	0	1
SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA	2	0	0	2
<b>ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS</b>				
ASSOCIACAO PRIVADA	0	1	1	2
<b>PESSOAS FISICAS</b>				
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>15</b>

Fonte: CNES

O município não possui vinculação a consórcios públicos de saúde.

No que se refere a 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 11- 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	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	Comente	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
122 - Administração Geral	Comente	N/A	115.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	115.000,00
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
301 - Atenção Básica	Comente	4.311.000,00	740.000,00	441.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	5.492.000,00
	Capital	13.000,00	179.000,00	116.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	308.000,00
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Comente	238.000,00	295.000,00	140.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	673.000,00
	Capital	2.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	2.000,00
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Comente	N/A	105.000,00	105.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	210.000,00
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
304 - Vigilância Sanitária	Comente	N/A	30.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	30.000,00
	Capital	N/A	5.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	5.000,00
305 - Vigilância Epidemiológica	Comente	N/A	80.000,00	12.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	92.000,00
	Capital	N/A	10.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	10.000,00
306 - Alimentação e Nutrição	Comente	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

Fonte: DIGISUS Gestor - Módulo Planejamento (DIGISUSGMP) - Consulta Online

O gráfico a seguir considera os investimentos em saúde pelo município frente a sua receita de impostos, revelando uma expressiva queda de investimentos a partir de 2017.

Figura 57- Investimento total

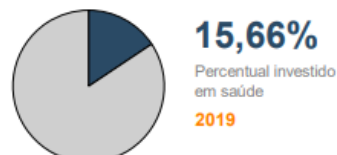
### Investimento Total

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\$ 26.170.981,08	R\$ 4.099.537,74	15,66%
2018	R\$ 24.576.292,84	R\$ 3.698.667,40	15,05%
2017	R\$ 22.554.315,51	R\$ 4.630.641,12	20,53%
2016	R\$ 21.684.492,43	R\$ 4.069.193,69	18,77%
2015	R\$ 19.439.926,56	R\$ 4.222.680,67	21,72%

Fonte: Mapa Social MP RS

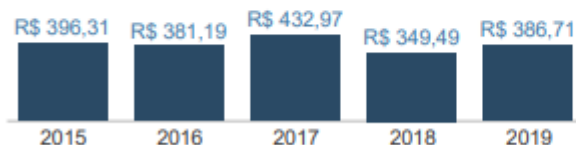
O investimento por habitante está demonstrado a seguir:

Figura 58- 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)

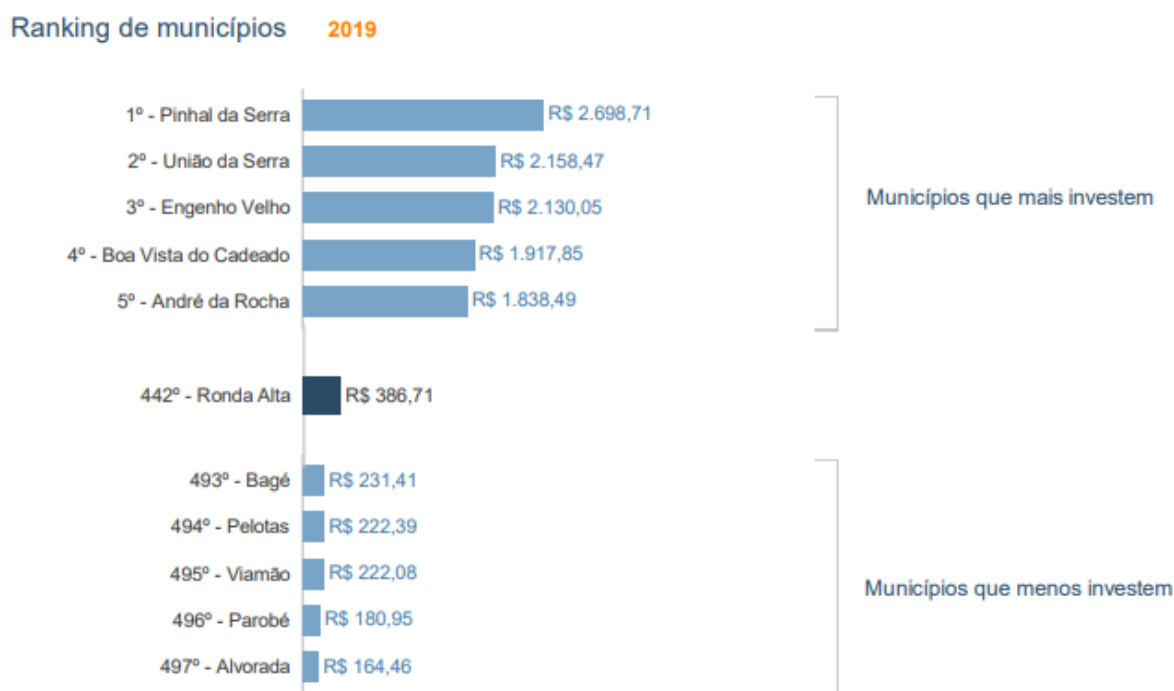
#### Investimento nos últimos anos



Fonte: Mapa Social MP RS

Em um comparativo estadual com os demais municípios, Ronda Alta se encontra na 442ª posição.

Figura 59- Investimento por habitante



Fonte: Mapa Social MP RS

## 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 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**

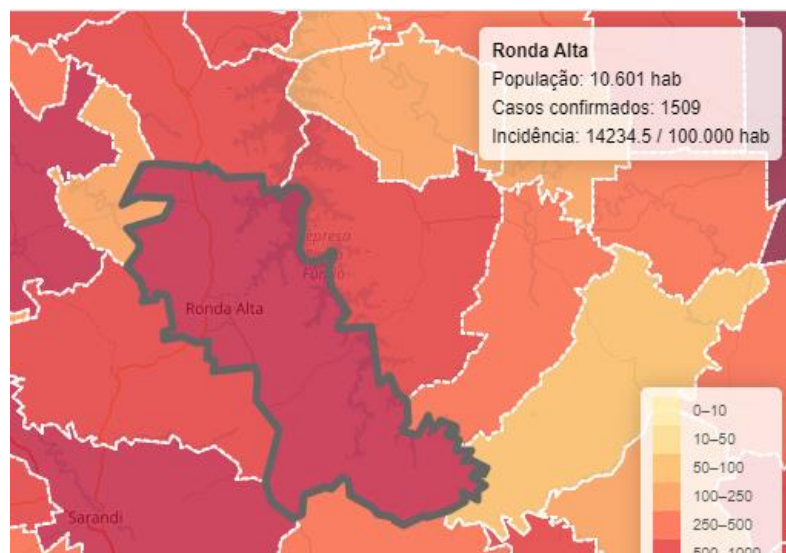
No Brasil, Ministério da Saúde (MS), governos estaduais e municipais começaram a estabelecer medidas para o enfrentamento das consequências do novo coronavírus. O MS ativou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-Covid-19) em 22 de janeiro de 2020. Entre os governos estaduais, um estado 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 Ronda Alta, 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 60- Incidência da Covid-19 na população municipal



Fonte: TI/Saúde

Tabela 12- Dados Covid-19

Município	Confirmados	Novos Confirmados	Incidência /100 mil hab	Óbitos	Novos Óbitos	Mortalidade /100 mil hab
Ronda Alta	1524	3	14376.0	25	0	235.8

Fonte: TI/Saúde

Tabela 13- Dados da vacinação

<b>Informações</b>		
População geral: 10.601	Doses destinadas: 12.580	
<b>Doses aplicadas no município</b>		
1ª dose: 6.841	2ª dose: 4.379	<b>% aplicado</b>
Dose única: 235	Total aplicado: 11.455	<b>91,1</b>
Em residentes: 10.582	Não residentes: 873	
<b>População residente em todo estado</b>		
* aqui são considerados todos os residentes no município, que podem ter tomado suas doses em outro município do Estado.		
1ª dose: 7.096	2ª dose: 4.432	
Dose única: 232	Total: 11.760	
% pop. pelo menos uma dose		% pop. esquema vacinal completo
69,1% (7.096)		44,0% (4.432)

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 da avaliação das metas do PMS anterior, do Planos de Governo, da Conferência Municipal de Saúde e da Pactuação Interfederativa de Indicadores.

Tabela 14 - Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores 2018 a 2021.

<b>DIRETRIZ Nº 1 - Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.</b>											
<b>OBJETIVO Nº 1.1 - Contribuir para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas.</b>											
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
1.1.1	Reduzir o número de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	17	2018	Número	17	Número	17	17	17	16
<b>OBJETIVO Nº 1.2 - As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual: λ a vacina Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por Haemophilus influenzae tipo B e hepatite B; λ a vacina Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas</b>											

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	Manter e/ou aumentar o percentual 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.	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	75,00	2018	Percentual	75,00	Percentual	75	75	75	75

**OBJETIVO Nº 1.3** - Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todas as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas. Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.

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
1.3.1	Manter o percentual de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100

**OBJETIVO Nº 1.4** - Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade desses serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Nesse contexto, chama-se atenção para o custo elevado dos programas de reabilitação, que oneram a gestão, restringindo o investimento em aç

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
1.4.1	Manter a cura de todos os casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100

**OBJETIVO Nº 1.5** - Avalia a proporção de amostras de água analisadas conforme determinado pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, inferindo na qualidade da água consumida pela população.

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
1.5.1	Aumentar o percentual de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	90,00	2018	Percentual	90,00	Percentual	90,00	90,00	91,00	92,00

**OBJETIVO Nº 1.6** - O indicador objetiva mensurar e monitorar os novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: durante a gestação e durante o parto. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, conseqüentemente, a sífilis congênita.

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
1.6.1	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	0	2018	Número	0	Número	0	0	0	0

**OBJETIVO Nº 1.7** - Expressa o número de casos novos de aids na população de menores de 5 anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado, medindo o risco de ocorrência de casos novos de aids nessa população.

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
1.7.1	Diminuir o número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	1	-	Número	0	Número	1	1	1	1

**OBJETIVO Nº 1.8** - Evidencia o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.

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
1.8.1	Aumentar o número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	4	2018	Número	4	Número	4	4	5	5

**OBJETIVO Nº 1.9** - Identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.

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
1.9.1	Aumentar 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.	95,00	2018	Percentual	95,00	Percentual	95,00	95,00	96,00	96,00

**DIRETRIZ Nº 2** - Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

**OBJETIVO Nº 2.1** - Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Possibilita, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema, que possam evitar a ocorrência de eventos similares.

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 todos os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100

**OBJETIVO Nº 2.2** - Possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados.

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
2.2.1	Aumentar os registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95,00	2018	Percentual	95,00	Percentual	95,00	95,00	96,00	96,00

**OBJETIVO Nº 2.3** - Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais. Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

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
2.3.1	Aumentar a proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	43,00	2018	Percentual	43,00	Percentual	43	43	44	44

**OBJETIVO Nº 2.4** - Monitorar a tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil com o objetivo de nortear as ações de saúde nas unidades básicas, escolas (programa saúde na escola) e maternidades no território. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes.

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
2.4.1	Reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	14,00	2018	Percentual	14,00	Percentual	14	14	13	13

**OBJETIVO Nº 2.5** - Monitorar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento e a qualidade da atenção hospitalar ofertada a crianças menores de 1 ano.

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
2.5.1	Reduzir o número de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil	2	2018	Número	2	Número	2	2	1	1

**OBJETIVO Nº 2.6** - Avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento reduzam as mortes maternas evitáveis. Considerando que as principais causas de mortes são hipertensão, hemorragia e infecções perinatais.

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
2.6.1	Reduzir o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	1	2018	Número	1	Número	1	1	0	0

**DIRETRIZ Nº 3 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS**

**OBJETIVO Nº 3.1** - Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos.

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 a 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 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	0,56	2018	Razão	0,60	Razão	0,56	0,57	0,6	0,6

**OBJETIVO Nº 3.2** - Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos.

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	Aumentar a 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 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.	0,40	2018	Razão	0,40	Razão	0,4	0,5	0,5	0,5

**OBJETIVO Nº 3.3** - Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização 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
3.3.1	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	80,00	2018	Percentual	80,00	Percentual	80	85	90	95

**OBJETIVO Nº 3.4** - Monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.

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
3.4.1	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	78,00	2018	Percentual	78,00	Percentual	78	80	80	85
3.4.2	Aumentar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	80,00	2018	Percentual	80,00	Percentual	80	80	85	85

**OBJETIVO Nº 3.5** - Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica. Possibilitar a análise da situação atual dos serviços ofertados, estimar a necessidade de melhorias e onde devem ser realizadas. Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços da Rede de Atenção à 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
3.5.1	Aumentar a cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	80,00	2018	Percentual	80,00	Percentual	80	80	85	85

**DIRETRIZ Nº 4 - Fortalecer os serviços de saúde para a detecção, notificação, investigação e monitoramento de casos suspeitos de Covid-19, conforme a definição de caso estabelecida, pelo Ministério da Saúde.**

**OBJETIVO Nº 4.1** - Diminuir o número de casos de Covid-19 no município de Ronda Alta, garantindo suporte necessário para o atendimento adequado, enfatizando medidas de prevenção e minimizando os riscos de transmissão.

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	Testar os suspeitos conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde	Manter a testagem dos suspeitos conforme protocolo	0,00	2018	Percentual	90,00	Percentual	0,00	0,00	90,00	90,00
4.1.2	Monitorar os suspeitos e casos positivos de Covid-19 no município de Ronda Alta.	Monitorar todos os suspeitos e casos positivos de Covid-19	0,00	2018	Percentual	100,00	Proporção	0,00	0,00	100,00	100,00
4.1.3	Orientar a adoção de medidas preventivas como o uso de EPIs.	Orientar a adoção de medidas preventivas.	0,00	-	Percentual	90,00	Percentual	0,00	0,00	90,00	90,00

Fonte: DIGISUS Gestor - Módulo Planejamento (DIGISUSGM)

Tabela 15 – Metas da Pactuação Interfederativa % Atingidas 2020

## 8. Indicadores de Pactuação Interfederativa

Homologado pelo Gestor Estadual

N	Indicador	Tipo	Meta ano 2020	Resultado Anual	% alcançada da meta	Unidade de Medida
1	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	U	17	13	76,47	Número
2	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	E	100,00	100,00	100,00	Percentual
3	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	U	95,00	95,00	100,00	Percentual
4	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	U	75,00	0,00	0,00	Percentual
5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	U	80,00	100,00	125,00	Percentual
6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	U	85,00	100,00	125,00	Percentual
7	Número de Casos Autóctones de Malária	E	-			Número

8	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	U	0	0	0,00	Número
9	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	U	0	0	0,00	Número
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	U	95,00	82,47	86,81	Percentual
11	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	U	0,59	0,52	88,13	Razão
12	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.	U	0,41	0,48	117,07	Razão
13	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	U	45,00	43,00	95,55	Percentual
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	U	15,20	15,00	98,68	Percentual
15	Taxa de mortalidade infantil	U	0	0	0,00	Número

16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	U	0	0	0,00	Número
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	U	100,00	65,09	65,09	Percentual
18	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	U	70,00	0,00	0,00	Percentual
19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	U	100,00	100,00	100,00	Percentual
21	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	E	-			Percentual
22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	U	4	0	0,00	Número
23	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	U	95,00	100,00	105,26	Percentual

Fonte: DIGISUS Gestor - Módulo Planejamento (DIGISUSGM)

Tabela 16 - Diretrizes – Objetivos - Metas – Indicadores - Plano de Saúde de 2022 – 2025 Aprovadas pela Conferencia Municipal de Saúde

Numero	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Esfera	Unidade de Medida	Meta Prevista / Ano			
					2022	2023	2024	2025
<b>Diretriz 1 - Promover o SUS como política organizativa da saúde no município, fortalecendo a atenção básica e firmando os princípios e diretrizes do SUS, melhorando a saúde da população.</b>								
<b>Objetivo 1 - Promover a saúde em todos os ciclos de vida, reduzindo os agravos em saúde.</b>								
<b>1.1.1</b>	Reduzir o número de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	1 Federal	<b>Taxa</b>	10	9,00	9,00	8,00
<b>1.1.2</b>	Manter todos os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	2 Federal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00
<b>1.1.3</b>	Aumentar os registros de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	3 Federal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00
<b>1.1.4</b>	Manter e/ou aumentar o percentual de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose),	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,	4 Federal	<b>Proporção</b>	75	80,00	85,00	90,00

	Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada							
<b>1.1.5</b>	Manter o percentual de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	5 Federal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.1.6</b>	Manter a cura de todos os casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	6 Federal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.1.7</b>	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	8 Federal	<b>Número</b>	0	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>1.1.8</b>	Diminuir o número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	9 Federal	<b>Número</b>	0	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>1.1.9</b>	Aumentar o percentual de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	10 Federal	<b>Proporção</b>	85	86,00	87,00	88,00	88,00
<b>1.1.10</b>	Aumentar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população local e da população da mesma faixa etária.	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	<b>Razão</b>	0,44	0,46	0,48	0,50	0,50

<b>1.1.11</b>	Ampliar a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente local e população da mesma faixa etária.	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	<b>Razão</b>	0,35	0,38	0,40	0,41
<b>1.1.12</b>	Aumentar a proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.	13 Federal	<b>Proporção</b>	36	38,00	39,00	40,00
<b>1.1.13</b>	Reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	14 Federal	<b>Proporção</b>	12	11,85	11,65	11,45
<b>1.1.14</b>	Reduzir o número de mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil.	15 Federal	<b>Taxa</b>	12	10,00	9,75	9,00
<b>1.1.15</b>	Reduzir o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	16 Federal	<b>Número</b>	0	0,00	0,00	0,00
<b>1.1.16</b>	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	17 Federal	<b>Percentual</b>	12	11,00	10,00	9,00
<b>1.1.17</b>	Aumentar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) em seus atuais níveis.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	18 Federal	<b>Percentual</b>	82	84,00	86,00	87,00

<b>1.1.18</b>	Aumentar a cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica em seus atuais níveis.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	19 Federal	<b>Percentual</b>	100	100,00	100,00	100,00
<b>1.1.19</b>	Elevar o percentual do município na realização de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no período de um ano.	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	20 Federal	<b>Percentual</b>	90	95,00	100,00	100,00
<b>1.1.20</b>	Aumentar o número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	22 Federal	<b>Número</b>	4	4,00	5,00	6,00
<b>1.1.21</b>	Aumentar 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	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00
<b>1.1.23</b>	Ampliar a detecção e a cura de novos casos de tuberculose.	Proporção de cura de casos novos tuberculose pulmonar bacilífera.	RS1 Estadual	<b>Proporção</b>	75	80,00	85,00	90,00
<b>1.1.24</b>	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	<b>Proporção</b>	5	4,00	3,00	2,00
<b>1.1.25</b>	Manter o índice em 100 % de óbitos investigados por acidente de trabalho	Proporção de Óbitos por Acidente de Trabalho investigados.	RS3 Estadual	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00

<b>1.1.26</b>	Aumentar a meta estipulada para taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho.	Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho.	RS4 Estadual	<b>Taxa</b>	39	40,00	41,00	41,00
<b>Objetivo 2- Fomentar, para as necessidades do SUS, a formação e a educação permanente dos profissionais e os gestores.</b>								
<b>1.2.1</b>	Promover ações de Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS, gestores municipais e controle social.	Número de ações de Educação Permanente em Saúde destinadas a trabalhadores do SUS, gestores municipais e controle social.	Municipal	<b>Número</b>	2	3,00	4,00	5,00
<b>1.2.2</b>	Promover reuniões de equipe quinzenais com a participação dos profissionais e gestores municipais de saúde.	Proporção de reuniões de quinzenais com realizadas com a participação dos profissionais e gestores municipais de saúde.	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00
<b>1.2.3</b>	Garantir a disponibilidade de materiais de consumo (ambulatoriais e de escritório) bem como a manutenção e renovação dos materiais permanentes (veículos e equipamentos médico-hospitalares e odontológicos), construção e/ou ampliação das unidades.	Garantir a disponibilidade de materiais de consumo (ambulatoriais e de escritório) bem como a manutenção e renovação dos materiais permanentes (veículos e equipamentos médico-hospitalares e odontológicos), construção e/ou ampliação das unidades.	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00
<b>1.2.4</b>	Flexibilização do uso dos recursos vinculados para melhor aproveitamento dos mesmos.	Utilizar de maneira adequada os recursos vinculados, conforme necessidade do município tendo a aprovação do Conselho de Saúde.	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00

<b>1.2.5</b>	Qualificar o monitoramento e avaliação no âmbito municipal por meio da execução dos instrumentos de gestão do SUS, através da participação e controle social	Proporção de monitoramento e avaliação no âmbito municipal por meio da execução dos instrumentos de gestão do SUS, através da participação e controle social	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00
<b>1.2.6</b>	Promover a integração dos profissionais da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a saúde com encontros mensais.	Integração dos profissionais da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária a saúde.	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100	100	100
<b>Objetivo 3- Aprimorar e melhorar os serviços da atenção básica no município.</b>								
<b>1.3.1</b>	Ampliar as visitas domiciliares pela equipe multidisciplinar.	Número de visitas/atendimentos domiciliares pela equipe multidisciplinar, priorizando usuários portadores de doenças crônicas, gestantes, crianças e idosos.	Municipal	<b>Número</b>	400	450,00	500,00	550,00
<b>1.3.2</b>	Ampliar a quantidade de atividades educativas nas escolas do município.	Proporção de temas preconizados realizados nas escolas do município através do PSE.	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00
<b>1.3.3</b>	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	<b>Número</b>	2	3,00	3,00	4,00

<b>1.3.4</b>	Ampliar o número de consultas de profissionais de nível superior por meio de agendamento.	Porcentagem de consultas com profissionais de nível superior por meio de agendamento, através do sistema E-Sus AB.	Municipal	<b>Proporção</b>	5	10,00	20,00	30,00
<b>1.3.5</b>	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	<b>Número</b>	2	3,00	3,00	4,00
<b>1.3.6</b>	Implantar e ofertar as Práticas Integrativas Complementares	Proporção de implantação das diferentes Práticas Integrativas Complementares	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00
<b>1.3.7</b>	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	<b>Número</b>	5500	5800	6000	6200
<b>1.3.8</b>	Ampliar as consultas de puericultura.	Número de consultas de puericultura em crianças menores de 2 anos.	Municipal	<b>Número</b>	200	250,00	300,00	400,00
<b>1.3.9</b>	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	<b>Número</b>	2	2,00	3,00	3,00
<b>1.3.10</b>	Ampliar o acesso a atenção a saúde com qualificação, resolutividade e humanização.	Melhorar o acolhimento e ampliar o horário das unidades de saúde.	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00

<b>1.3.11</b>	Manter alimentação adequada e constante dos sistemas de informação de responsabilidade do município.	Alimentação adequada e constante dos dados em saúde nos sistemas de informação.	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100	100	100
<b>1.3.12</b>	Implantar e fortalecer a ouvidoria do SUS municipal.	Proporção de ouvidoria do SUS municipal implantada.	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100	100	100
<b>1.3.13</b>	Aumentar a cobertura vacinal contra a gripe para todos os grupos prioritários.	Proporção de vacinas da campanha para grupos prioritários.	Municipal	<b>Proporção</b>	90	95	100	100
<b>1.3.14</b>	Ampliar a oferta de testes rápidos.	Proporção a oferta de testes rápidos de hepatites B e C, HIV e Sífilis.	Municipal	<b>Proporção</b>	90	95	100	100
<b>1.3.15</b>	Garantir o acesso da população a medicamentos essenciais e com qualidade.	Garantir o acesso da população a medicamentos essenciais para atender as necessidades da população.	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100	100	100
<b>1.3.16</b>	Manter a investigação dos óbitos infantis.	Proporção de Investigação de óbitos infantis.	Municipal	<b>Proporção</b>	90	95	95	100
<b>1.3.17</b>	Notificar 100% dos acidentes por animais peçonhentos no SINAN.	Proporção de notificação de acidentes por animais peçonhentos no SINAN.	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100	100	100
<b>1.3.18</b>	Manter as notificações dos casos de violência de 100%.	Proporção de notificação dos casos de violência.	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100	100	100
<b>1.3.19</b>	Manter servidores efetivos como responsáveis municipais pela	Servidores efetivos como responsáveis municipais pela	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100	100	100

	alimentação dos sistemas de informação do SUS.	alimentação dos sistemas de informação do SUS.							
<b>1.3.20</b>	Diminuir as doenças causadas pelo tabagismo.	Número de ações voltadas a conscientização da população quanto aos riscos do tabagismo.	Municipal	<b>Número</b>	2	3	4	4	
<b>1.3.21</b>	Desenvolver ações voltadas a prevenção da saúde do homem.	Número de ações voltadas a prevenção da saúde do homem.	Municipal	<b>Número</b>	2	2	3	3	
<b>1.3.22</b>	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	<b>Proporção</b>	100	100	100	100	
<b>1.3.23</b>	Testar os suspeitos conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde	Manter a testagem dos suspeitos conforme protocolo	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00	
<b>1.3.24</b>	Monitorar os suspeitos e casos positivos de Covid-19 no município de Ronda Alta.	Monitorar todos os suspeitos e casos positivos de Covid-19	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00	
<b>1.3.25</b>	Orientar a adoção de medidas preventivas como o uso de EPIs.	Orientar a adoção de medidas preventivas.	Municipal	<b>Proporção</b>	100	100,00	100,00	100,00	
<b>1.3.26</b>	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	<b>Proporção</b>	60	61,00	62,00	63,00	

<b>1.3.27</b>	Garantir a realização de exames de Sífilis e HIV para as gestantes.	Proporção de gestantes com realização de exames para Sífilis e HIV durante o pré-natal.	Municipal - Desempenho	<b>Proporção</b>	63	64,00	65,00	66,00
<b>1.3.28</b>	Garantir atendimento odontológico as gestantes.	Proporção de gestantes com no mínimo um atendimento odontológico realizado.	Municipal - Desempenho	<b>Proporção</b>	62	64,00	66,00	68,00
<b>1.3.29</b>	Realizar a aferição de pressão arterial de todas as pessoas com hipertensão.	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre.	Municipal - Desempenho	<b>Percentual</b>	61	63,00	66,00	68,00
<b>1.3.30</b>	Garantir a realização de exame de hemoglobina glicada dos diabéticos no mínimo uma vez por ano	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada uma vez por ano.	Municipal - Desempenho	<b>Percentual</b>	60	62,00	64,00	66,00

### **III 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 61- Instrumentos de planejamento no SUS

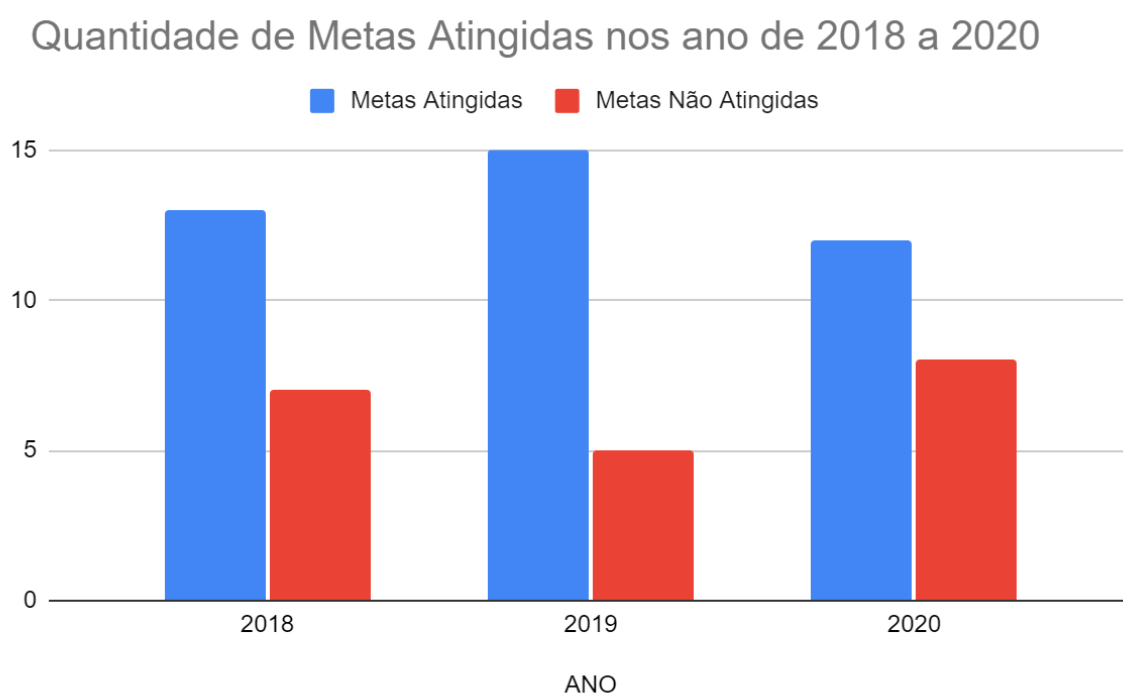


Fonte: Manual de Planejamento no SUS

## 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 62 - 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 duras passas. Vale dizer que o modelo sanitaria no qual a doença, seu controle e a prevenção que foram carro chefe preconizadas 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. Haja 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, bom 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 Ronda Alta.

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>.

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](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

Mapa Social MP/RS



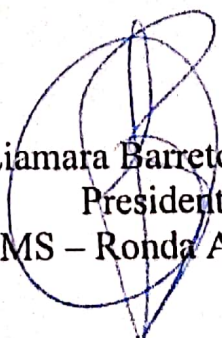
# Conselho Municipal de Saúde Ronda Alta - RS

## “Sociedade Construindo Saúde”

### PARECER 14/2021

Conforme decisão da plenária do Conselho Municipal de Saúde, em Assembleia Geral Extraordinária, realizada no dia 16 de setembro de 2021, registrada na Ata nº 09/2021 conforme cópia em anexo, emitimos **PARECER FAVORÁVEL** a apresentação do Plano Municipal de Saúde (2022-2025), conforme material exposto pelo representante da JC Assessoria e Consultoria em Saúde.

Ronda Alta, 04 de Novembro de 2021.

  
Liamara Barreto Fortes  
Presidente  
CMS – Ronda Alta - RS