

**Município de Barra Funda**  
**Secretaria Municipal da Saúde**



**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 - 2025**





**Município de Barra Funda**  
**Secretaria da Saúde**

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

**Barra Funda**  
**2021**

**Prefeito Municipal**

Marcos André Piaia

**Vice-Prefeito Municipal**

André Signor

**Secretário Municipal da Saúde**

Volnei de Oliveira

**Presidente do Conselho Municipal da Saúde**

Luiz Carlos Lucietto Junior

**COLABORADORES:**

Equipe de Saúde do Município de Barra Funda

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>31</b>
<b>2.1 Condições econômicas, sociais, ambientais, de habitação, de trabalho ....</b>	<b>31</b>
<b>2.2 Comportamentos e estilo de vida .....</b>	<b>40</b>
<b>2.3 Violências .....</b>	<b>41</b>
<b>3. Características epidemiológicas.....</b>	<b>47</b>
<b>4. Das redes de atenção à saúde .....</b>	<b>52</b>
<b>4.1 Atenção Básica .....</b>	<b>55</b>
<b>4.2 Saúde Bucal .....</b>	<b>58</b>
<b>4.3 Atenção Psicossocial .....</b>	<b>58</b>
<b>4.4 Atenção Materno-Paterno-Infantil.....</b>	<b>59</b>
<b>4.5 Atenção da Pessoa com Deficiência .....</b>	<b>60</b>
<b>4.6 Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não- Transmissíveis .....</b>	<b>61</b>
<b>4.7 Atenção às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) .....</b>	<b>61</b>
<b>4.8 Atenção às Urgências.....</b>	<b>63</b>
<b>4.9 Estabelecimentos hospitalares no território .....</b>	<b>63</b>
<b>4.10 Assistência Farmacêutica .....</b>	<b>64</b>
<b>4.11 Vigilância em Saúde.....</b>	<b>66</b>
<b>4.12 Regulação do Acesso .....</b>	<b>67</b>
<b>4.13 Serviços disponibilizados na rede privada contratada .....</b>	<b>67</b>
<b>4.14 Dificuldades de acesso e vazios assistenciais da região de saúde .....</b>	<b>68</b>
<b>5. Macroprocessos de governança da gestão estadual do SUS .....</b>	<b>69</b>
<b>5.1. Instâncias de pactuação intergestores.....</b>	<b>70</b>
<b>5.2 Planejamento Regional Integrado.....</b>	<b>71</b>
<b>5.3 Participação Social .....</b>	<b>72</b>
<b>5.3.1 Controle Social .....</b>	<b>72</b>
<b>5.3.2 Ouvidoria SUS.....</b>	<b>73</b>

<b>5.4 Implantação de Sistemas e Utilização de Informação para a tomada de decisão .....</b>	<b>74</b>
<b>5.5 Auditoria .....</b>	<b>75</b>
<b>5.6 Educação, ciência, tecnologia e Inovação em Saúde.....</b>	<b>75</b>
<b>5.7 Gestão do Trabalho.....</b>	<b>76</b>
<b>5.8 Financiamento.....</b>	<b>79</b>
<b>5.9 Judicialização em Saúde .....</b>	<b>81</b>
<b>6. Novo Coronavírus (SARS-COV-2) e a Covid-19 .....</b>	<b>82</b>
<b>III MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO .....</b>	<b>103</b>
<b>1 Análise das Metas do Plano Municipal de Saúde anterior .....</b>	<b>105</b>
<b>2 Metodologia de monitoramento do PMS 2022-2025 .....</b>	<b>107</b>
<b>3 Transparência .....</b>	<b>107</b>
<b>Referências .....</b>	<b>108</b>

## FIGURAS

Figura 1- Localização do município de Barra Funda 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.....	19
Figura 7- População por condição de atividade 2019.....	20
Figura 8- Razão de dependência .....	20
Figura 9- Expectativa de vida ao nascer .....	21
Figura 10- Mortalidade Infantil.....	21
Figura 11- Características da população.....	22
Figura 12- Situação dos domicílios .....	22
Figura 13- Coeficiente Geral de Natalidade regional .....	29
Figura 14- Proporção de idosos regional.....	30
Figura 15- Vínculos empregatícios no município 2019 .....	32
Figura 16- Estabelecimentos por porte segundo faturamento .....	32
Figura 17- Trabalhadores por faixa de remuneração média .....	33
Figura 18- Renda domiciliar per capita.....	33
Figura 19- Potencial de consumo por tipo .....	34
Figura 20- Composição do IDESE .....	35
Figura 21- Evolução IDESE .....	35
Figura 22- IFDM.....	36
Figura 23- Escolaridade da população.....	36
Figura 24- Taxa de analfabetismo.....	37
Figura 25- Situação dos domicílios .....	37
Figura 26- Volume de agrotóxico por região de saúde .....	38
Figura 27- Taxa regional de analfabetismo .....	39
Figura 28- Proporção de pessoas com baixa renda na região .....	39

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. ....	41
Figura 30- Série histórica de notificações de violência .....	42
Figura 31- Taxa total de violência, sexual e autoprovocada .....	42
Figura 32- Série histórica de notificações de suicídio .....	43
Figura 33- Total de suicídios por ano .....	43
Figura 34- Ocorrências de crimes violentos .....	43
Figura 35- Ranking de ocorrências por crimes violentos .....	44
Figura 36- Violência contra à mulher .....	45
Figura 37- Vítimas fatais em acidentes de trânsito .....	46
Figura 38- Redes de Atenção à Saúde .....	52
Figura 39- Poliarquia .....	53
Figura 40- RAS .....	55
Figura 41- Saúde da Família .....	56
Figura 42- Cobertura populacional por ESF e por ACS .....	57
Figura 43- RAPS .....	59
Figura 44- Prevenção Combinada .....	62
Figura 45- Componentes da Assistência Farmacêutica .....	64
Figura 46- Ciclo da Assistência Farmacêutica .....	65
Figura 47- Vigilância em Saúde .....	66
Figura 48- Governança e Gestão .....	69
Figura 49- Gestão de processos .....	70
Figura 50- Ouvidoria municipal da saúde .....	74
Figura 51- Evolução do investimento em saúde .....	80
Figura 52- Investimento por habitante .....	80
Figura 53- Ranking de municípios .....	81
Figura 54- Incidência da Covid-19 na população municipal .....	83
Figura 55- Instrumentos de planejamento no SUS .....	104
Figura 56 - Quantidade de metas atingidas – Pactuação Interfederativa de 2018 a 2020 .....	105

## TABELAS

Tabela 1- Dados de usuários cadastrados pelas Equipes de AB .....	23
Tabela 2- Identificação do usuário por faixa etária .....	24
Tabela 3- Identificação do usuário SUS por sexo.....	25
Tabela 4- Identidade de gênero .....	25
Tabela 5- Orientação sexual .....	26
Tabela 6- Grupos familiares .....	26
Tabela 7- Raça e cor.....	26
Tabela 8- Nacionalidade .....	27
Tabela 9- Relação de parentesco com o responsável familiar .....	27
Tabela 10- Cuidado de crianças de 0 à 9 anos .....	28
Tabela 11- Informações sociodemográficas.....	28
Tabela 12- Situação no mercado de trabalho.....	38
Tabela 13- Comportamentos.....	40
Tabela 14- Situações de saúde gerais .....	47
Tabela 15- Peso.....	47
Tabela 16- Doença cardíaca .....	48
Tabela 17- Problemas nos rins .....	48
Tabela 18- Deficiência .....	49
Tabela 19- Principais causas de internação.....	50
Tabela 20- Principais causas de mortalidade.....	51
Tabela 21- Série histórica produção e atualização cadastral de usuários .....	57
Tabela 22- Vazios assistenciais .....	68
Tabela 23- Profissionais de saúde trabalhando no SUS .....	76
Tabela 24- Tipo de estabelecimento e gestão.....	77
Tabela 25- Natureza jurídica.....	78
Tabela 26- Demonstrativo da Programação de Despesa com saúde.....	79
Tabela 27 – Dados Covid-19.....	83
Tabela 28- Dados da vacinação.....	84
Tabela 29 - Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores 2018 a 2021.....	85
Tabela 30 – Metas da Pactuação Interfederativa % Atingidas 2020.....	92



Tabela 31 - Diretrizes – Objetivos - Metas – Indicadores - Plano de Saúde de 2022 – 2025 Aprovadas pela Conferencia Municipal de Saúde .....	95
--	----

## **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 Barra Funda 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 Barra Funda.

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

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

**Volnei de Oliveira**  
Secretário da Saúde de Barra Funda/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 Barra Funda, 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 Barra Funda foi fundado em 20 de março de 1992, possui uma área de 60 Km<sup>2</sup>, com população estimada (2019) de 2.634 habitantes, o que representa 0,02% da população estadual. Está localizado a uma distância de 334 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 Barra Funda no contexto estadual



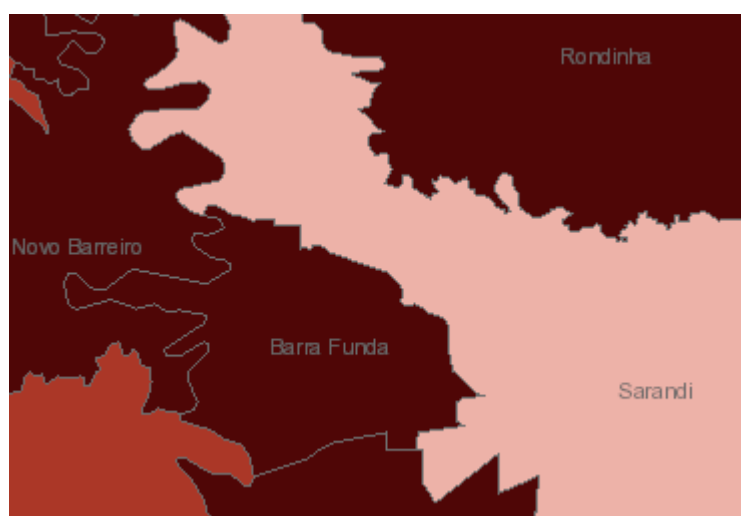
Fonte: IEDE/RS

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 96,41% da população é SUS dependente, com respeito ao Controle Social e uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família de 100%, o município de Barra Funda 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.

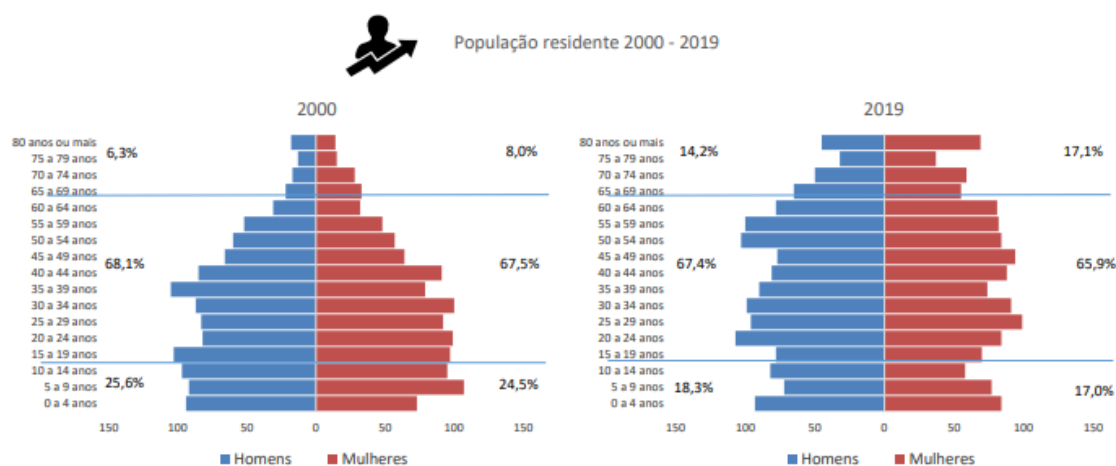
Parte-se, portanto, de um conceito ampliado de saúde e de uma compreensão do território não apenas como um espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial, ele também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial altera o espaço vivido (RIGHI,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

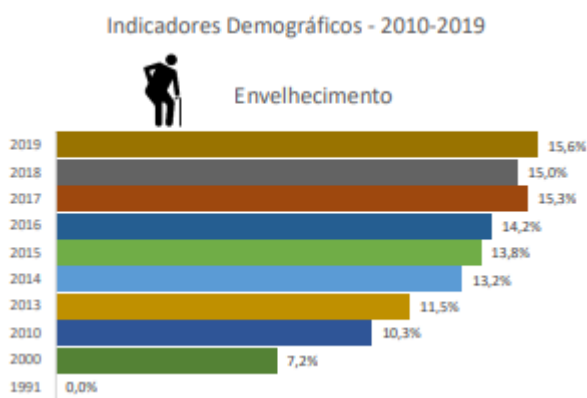
Contrariamente aos países desenvolvidos, onde o aumento da esperança de vida resultou na melhoria das condições de vida, no Brasil muitos indivíduos estão vivendo por mais tempo, sem, necessariamente, ampliar as suas condições socioeconômicas e sanitárias. Assim, o acelerado crescimento da população 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.

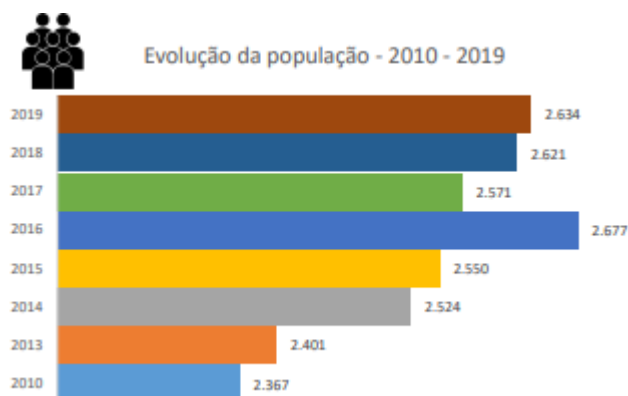
Figura 5- Indicadores Demográficos 2010-2019



Fonte: DataSebrae

No que se refere a evolução da população o município mantém uma média acima de 2 mil habitantes ao longo de toda a última década.

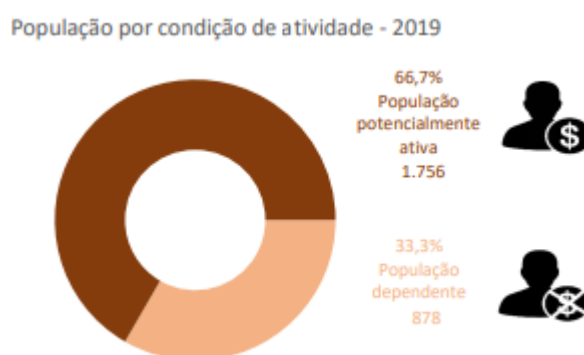
Figura 6- Evolução da população 2010-2019



Fonte: DataSebrae

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

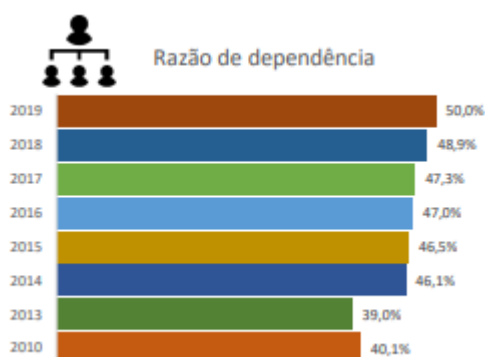
Figura 7- População por condição de atividade 2019



Fonte: DataSebrae

Mesmo assim, quando se observa a Razão de dependência da população, indicador que mede a razão entre a população economicamente dependente e a população economicamente ativa e parte do pressuposto de que jovens e idosos de uma população são dependentes economicamente dos demais, verifica-se uma série histórica 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, não tem tido significativo aumento no decorrer das últimas duas décadas, mesmo assim apresenta uma média alta, correspondente a média estadual e nacional.

Figura 9- Expectativa de vida ao nascer



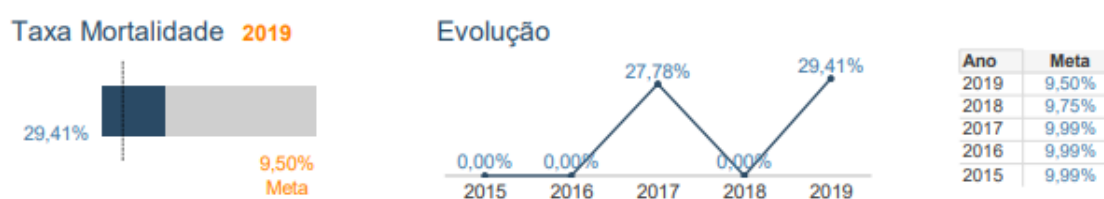
Fonte: DataSebrae

No que se refere à mortalidade infantil, a série histórica demonstra ocorrência nos anos de 2017 e 2019, havendo um esforço potencial da assistência à saúde nos últimos anos com o intento de manter a média zerada. O cuidado com as crianças e o retorno a taxa igual a zero é uma das prioridades da atenção primária em saúde.

Figura 10- Mortalidade Infantil

### Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 Habitantes

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

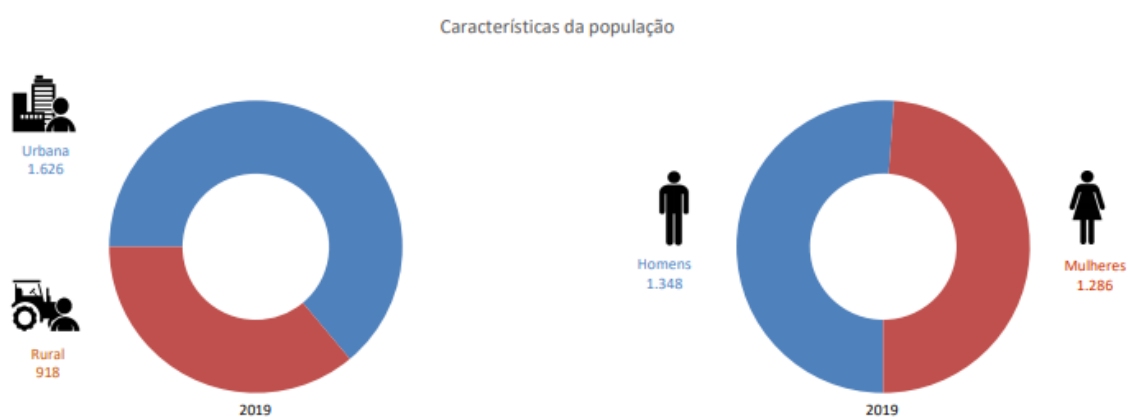


Fonte: Mapa Social MPRS

Segundo os bancos de dados oficiais, o número de homens é superior ao de mulheres, característica que difere o perfil da população do município com o da população estadual, onde predominam as mulheres. As demandas do público masculino impactam em ações diferenciadas da atenção à saúde, considerando que existe menor adesão ao autocuidado e as ações preventivas. No entanto, é preciso referir que o olhar da equipe de saúde sobre o território constata, como adiante se verá, uma inexatidão do dado oficial no contexto atual.

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, deixar de observar os condicionantes e determinantes do adoecimento dos residentes urbanos.

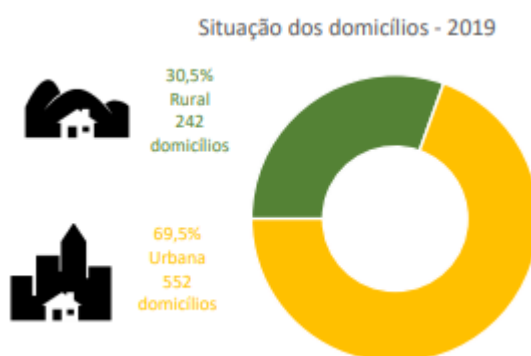
Figura 11- Características da população



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

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

Conforme se depreende do dado abaixo a população do município se encontra devidamente cadastrada nos sistemas de informação a saúde. A atualização constante dos cadastros garante uma atuação com maior evidência científica na tomada de decisões de gestão, já que permite avaliar os dados locais e construir métricas direcionadoras da ação em tempo oportuno.

Tabela 1- Dados de usuários cadastrados pelas Equipes de AB

<b>Dados gerais</b>	
<b>Descrição</b>	<b>Quantidade</b>
Cidadãos ativos	3061
Saída de cidadãos do cadastro	240
<b>Total:</b>	<b>3301</b>

Fonte: e-SUS

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



Tabela 2- Identificação do usuário por faixa etária

**Identificação do usuário / cidadão - Faixa etária**

Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf	Total
Menos de 01 ano	9	11	0	20
01 ano	10	19	0	29
02 anos	18	12	0	30
03 anos	24	9	0	33
04 anos	17	18	0	35
05 a 09 anos	83	84	0	167
10 a 14 anos	73	67	0	140
15 a 19 anos	77	97	0	174
20 a 24 anos	131	98	0	229
25 a 29 anos	97	114	0	211
30 a 34 anos	74	115	0	189
35 a 39 anos	128	100	0	228
40 a 44 anos	77	102	0	179
45 a 49 anos	108	118	0	226
50 a 54 anos	128	110	0	238
55 a 59 anos	117	103	0	220
60 a 64 anos	102	93	0	195
65 a 69 anos	73	99	0	172
70 a 74 anos	68	66	0	134
75 a 79 anos	52	70	0	122
80 anos ou mais	36	54	0	90
Não informado	0	0	0	0
<b>Total:</b>	<b>1502</b>	<b>1559</b>	<b>0</b>	<b>3061</b>

Fonte: e-SUS

Quando se analisa os cadastros do e-SUS, é possível verificar uma inconsistência do perfil demográfico com o dado oficial existente. Das ações de territorialização da saúde se depreende que no território há a prevalência de mulheres. População que necessita de um olhar ampliado para os determinantes e condicionantes de saúde, considerando questões como a dupla jornada e a maternidade.

A falta de compatibilidade dos dados, demonstra que a utilização do Sistema e-SUS enquanto ferramenta de gestão do processo de trabalho e do planejamento no SUS é muito importante, considerando que os dados atualizados de bancos oficiais

se reportam à estimativas decorrentes do último censo, datado de 2010, razão pela qual nem sempre refletem a realidade do contexto territorial. Esse fator demonstra a importância dos agentes comunitários de saúde e da atuação das Estratégias de Saúde da Família na produção de dados para o planejamento da gestão em saúde.

Tabela 3- Identificação do usuário SUS por sexo

Identificação do usuário / cidadão - Sexo	
Descrição	Quantidade
Masculino	1502
Feminino	1559
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>3061</b>

Fonte: e-SUS

No dado acerca da identidade de gênero e orientação sexual não houveram informações que demonstrem a diversidade no território.

Tabela 4- Identidade de gênero

Informações sociodemográficas - Identidade de gênero		
Descrição		Quantidade
Deseja informar identidade de gênero?	Sim	0
	Não	2908
	N. Inf	153
Homem transsexual		0
Mulher transsexual		0
Travesti		0
Outro		0

Fonte: e-SUS

Tabela 5- Orientação sexual

**Informações sociodemográficas - Orientação sexual**

Descrição	Quantidade	
Deseja informar orientação sexual?	Sim	1
	Não	3001
	N. Inf	59
Heterossexual	0	
Homossexual (gay / lésbica)	0	
Bissexual	0	
Outro	0	

Fonte: e-SUS

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

Tabela 6- Grupos familiares

**Identificação do usuário / cidadão**

Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Desconhece nome da mãe	12	3049	-
Desconhece nome do pai	550	2511	-
Responsável familiar	1042	2018	1

Fonte: e-SUS

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

Tabela 7- Raça e cor

**Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor**

Descrição	Quantidade
Branca	2875
Preta	44
Amarela	62
Parda	80
Indígena	0
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>3061</b>

Fonte: e-SUS

A totalidade da população residente se declara brasileira.

Tabela 8- Nacionalidade

<b>Identificação do usuário / cidadão - Nacionalidade</b>	
Descrição	Quantidade
Brasileira	3061
Naturalizado	0
Estrangeiro	0
Não informado	0
<b>Total:</b>	<b>3061</b>

Fonte: e-SUS

No que diz respeito ao responsável familiar e a relação de parentesco observa-se que a preponderância de dependência é de filhos para com os pais.

Tabela 9- Relação de parentesco com o responsável familiar

<b>Informações sociodemográficas - Relação de parentesco com o responsável familiar</b>	
Descrição	Quantidade
Cônjuge / Companheiro(a)	698
Filho(a)	927
Enteado(a)	24
Neto(a) / Bisneto(a)	110
Pai / Mãe	52
Sogro(a)	17
Irmão / Irmã	34

<b>Informações sociodemográficas - Relação de parentesco com o responsável familiar</b>	
Descrição	Quantidade
Genro / Nora	41
Outro parente	23
Não parente	6
Não informado	1129
<b>Total:</b>	<b>3061</b>

Fonte: e-SUS

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

Tabela 10- Cuidado de crianças de 0 à 9 anos

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

Descrição	Quantidade
Adulto responsável	258
Outra(s) criança(s)	0
Adolescente	0
Sozinha	0
Creche	2
Outro	0
Não informado	2802
<b>Total:</b>	<b>3062</b>

Fonte: e-SUS

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

Tabela 11- Informações sociodemográficas

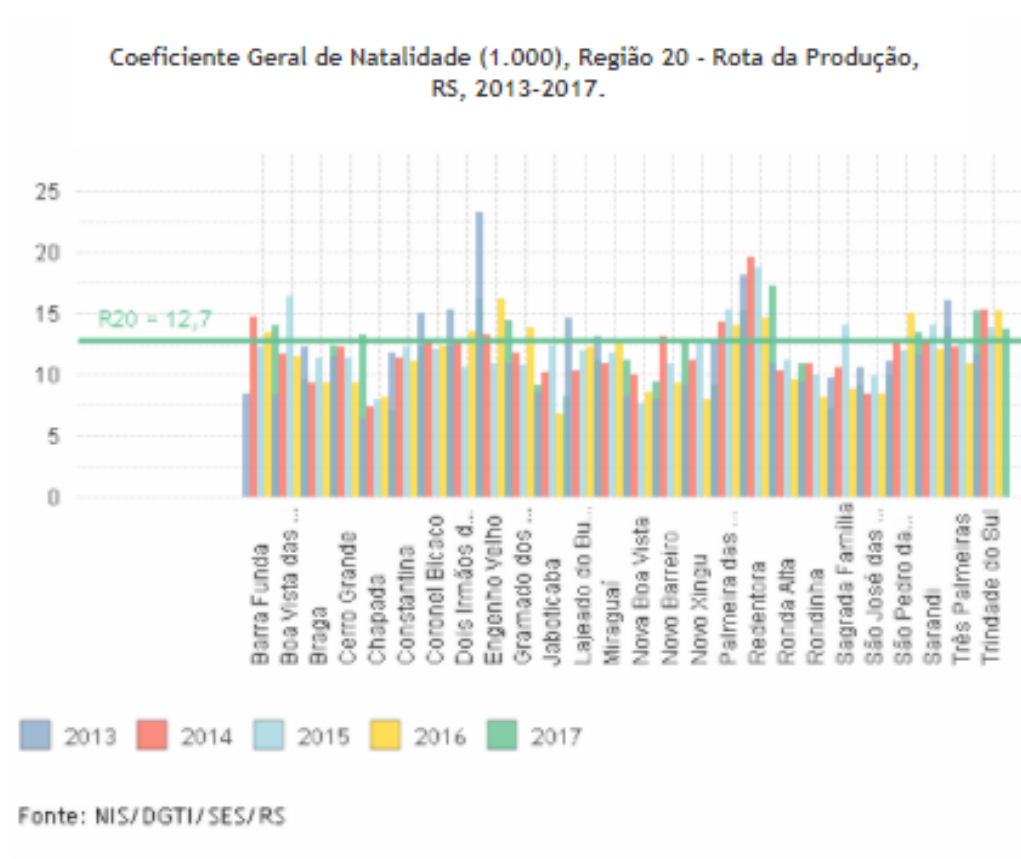
**Informações sociodemográficas - Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou**

Descrição	Quantidade
Creche	166
Pré-escola (exceto CA)	1
Classe de alfabetização - CA	17
Ensino fundamental 1ª a 4ª séries	566
Ensino fundamental 5ª a 8ª séries	662
Ensino fundamental completo	73
Ensino fundamental especial	18
Ensino fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)	13
Ensino fundamental EJA - séries finais (supletivo 5ª a 8ª)	31
Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico e etc)	578
Ensino médio especial	194
Ensino médio EJA (supletivo)	5
Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado	480
Alfabetização para adultos (Mobral, etc)	5
Nenhum	76
Não informado	176
<b>Total:</b>	<b>3061</b>

Fonte: e-SUS

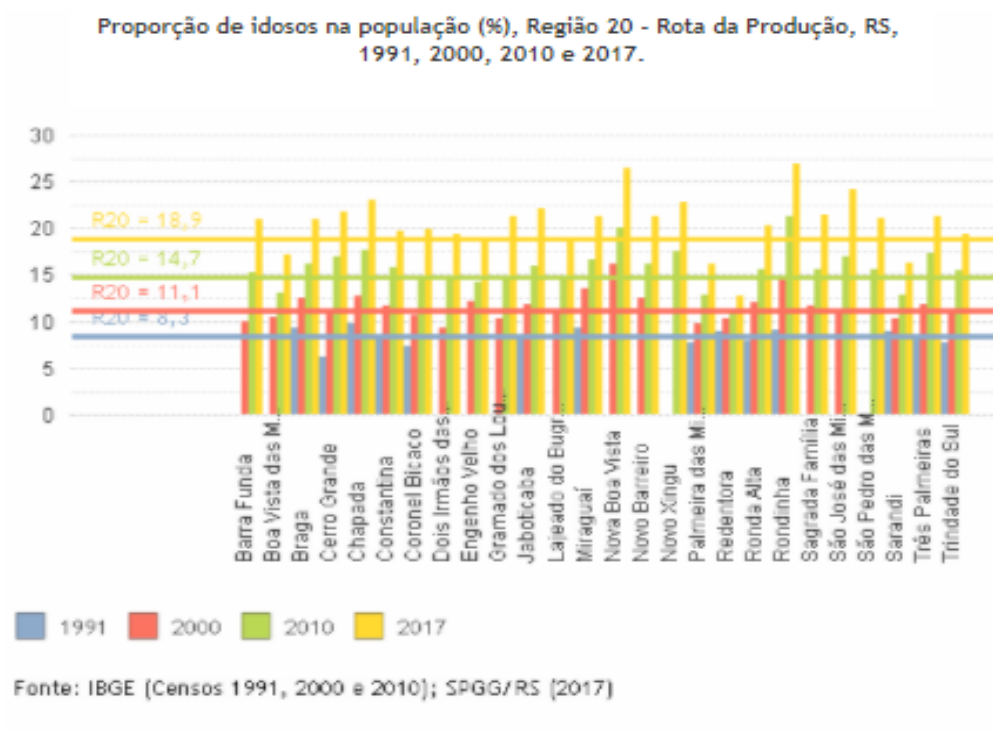
Por fim, considerando os dados regionais constantes do Diagnóstico da Região 20, que integram o Planejamento Regional Integrado é possível perceber que em termos demográficos o coeficiente geral de natalidade por mil nascidos vivos do município é superior ao da região de saúde, assim como a proporção de idosos supera o indicador regional. A taxa de nascimentos difere significativamente do perfil da maioria dos demais municípios da região que no último ano da série histórica apresentada se encontravam abaixo da média regional.

Figura 13- Coeficiente Geral de Natalidade regional



Fonte: BI

Figura 14- Proporção de idosos regional



Fonte: BI

## **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).

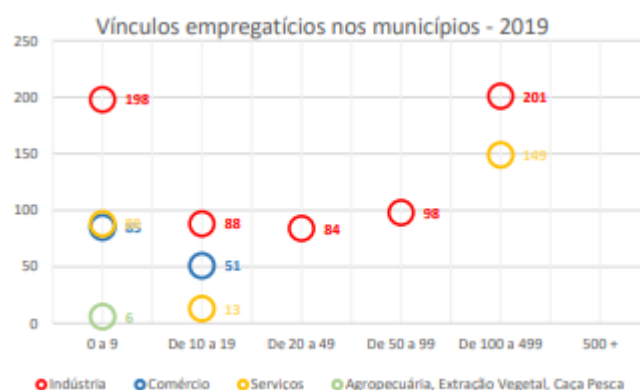
Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença relacionam a atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando a garantia de melhor acesso a água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro 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; PELEGRIN 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 na indústria, 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.



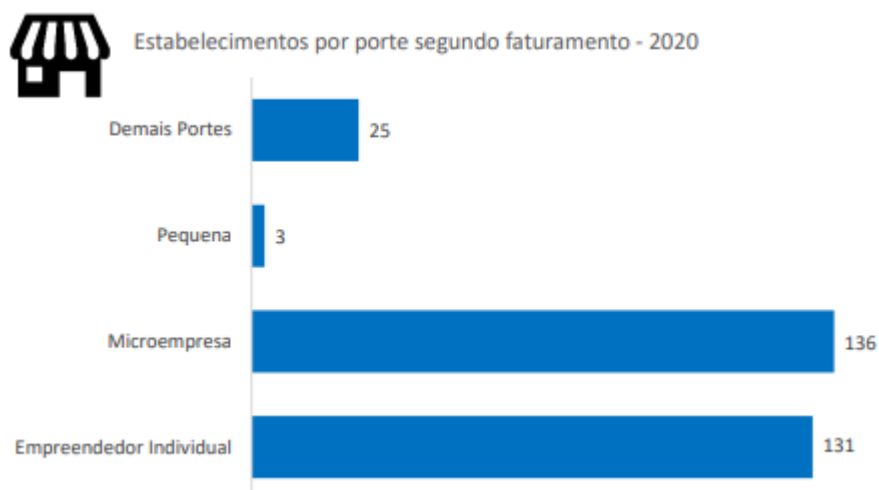
Figura 15- Vínculos empregatícios no município 2019



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

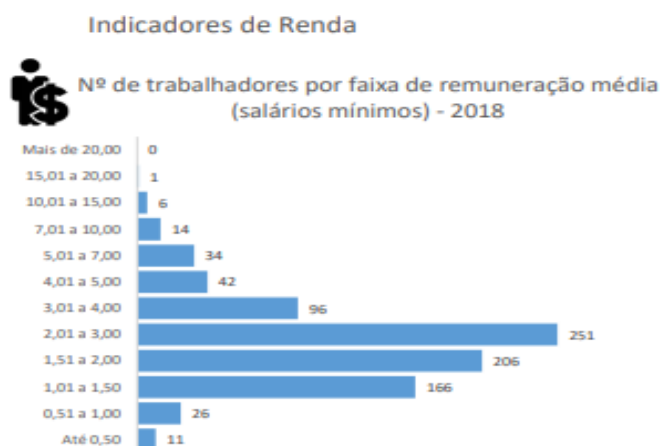


Fonte: DataSebrae

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 dois salários mínimos e três salários mínimos. 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.

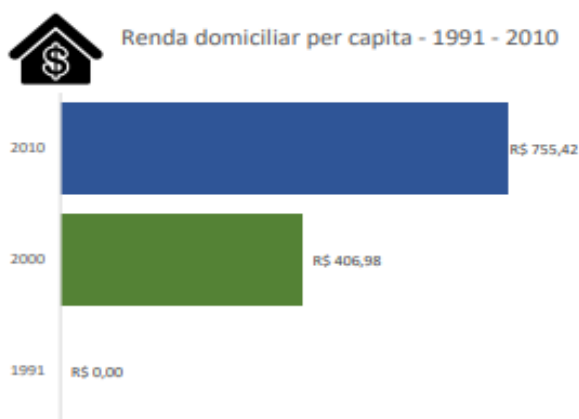
Figura 17- Trabalhadores por faixa de remuneração média



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

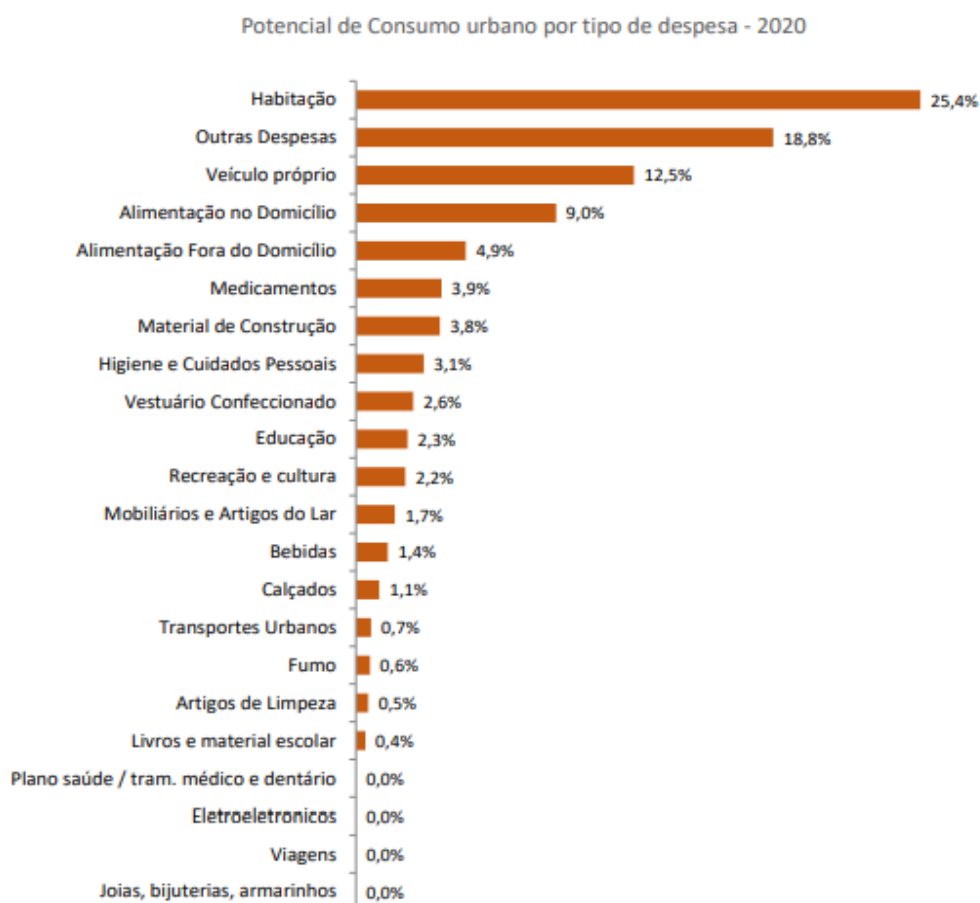


Fonte: DataSebrae

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 96,41%.

Figura 19- Potencial de consumo por tipo



Fonte: DataSebrae

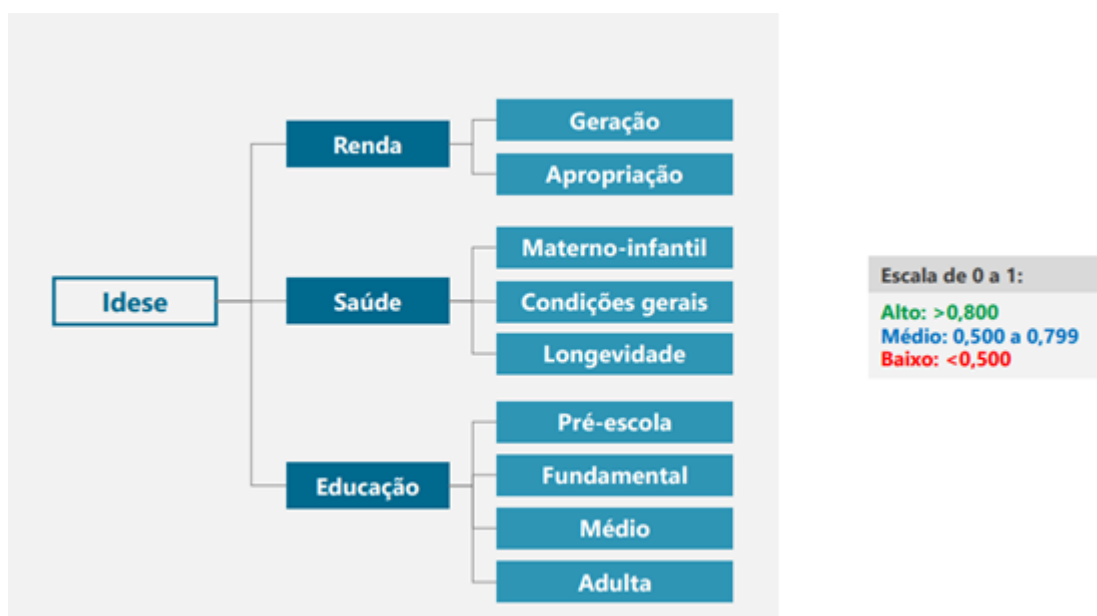
Outro indicador relevante para essa análise é o IDESE. O Departamento de Economia e Estatística (DEE) calcula os resultados do Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese) do Estado do Rio Grande do Sul e de suas regionalizações: municípios, microrregiões, mesorregiões, Conselhos Regionais de Desenvolvimento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

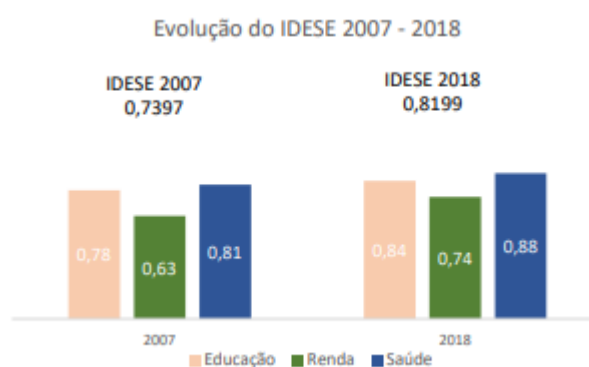
Figura 20- Composição do IDESE



Fonte: DEE/RS

Da análise da evolução do IDESE no município de Barra Funda é possível perceber uma elevação significativa em todos os indicadores que o compõe.

Figura 21- Evolução IDESE



Fonte: DataSebrae

Observa-se também um aumento no índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal. O indicador com foco na saúde básica é composto por quatro indicadores com pesos iguais, conforme explicação no gráfico a seguir.

Figura 22- IFDM

### IFDM - Saúde

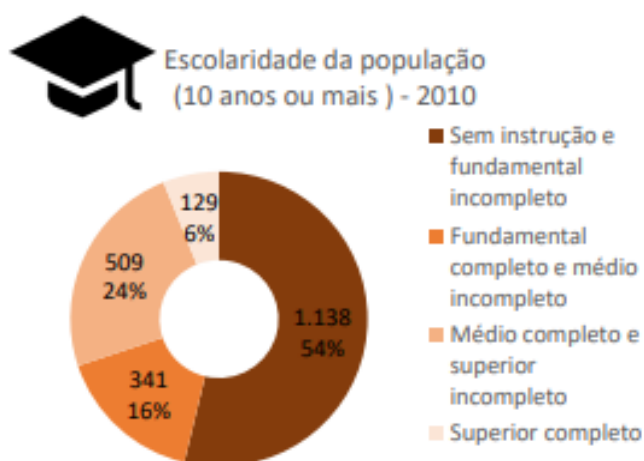
Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM). Tem foco na saúde básica e é composto por quatro indicadores com pesos iguais (25% cada): Percentual de Gestantes com mais de 6 Consultas Pré-Natal, Proporção de Mortes por Causas Mal Definidas, Taxa de Óbitos Infantis por Causas Evitáveis e Internações 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

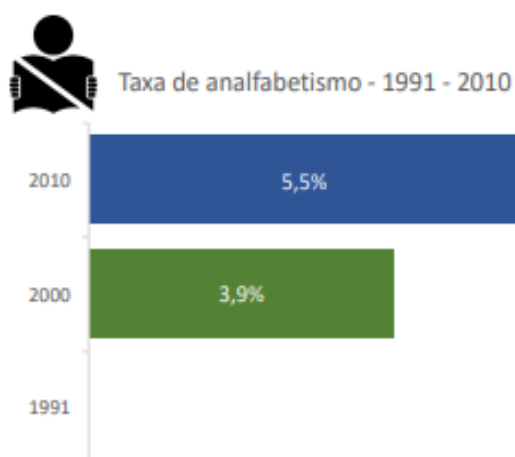
Ainda, no que concerne a escolaridade da população e a taxa de analfabetismo, o último censo demonstrou um imenso desafio considerando a prevalência de pessoas sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto, com o passar dos anos esse quadro vem sendo revertido, conforme demonstra o próprio IDESE.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

Figura 23- Escolaridade da população



Fonte: DataSebrae

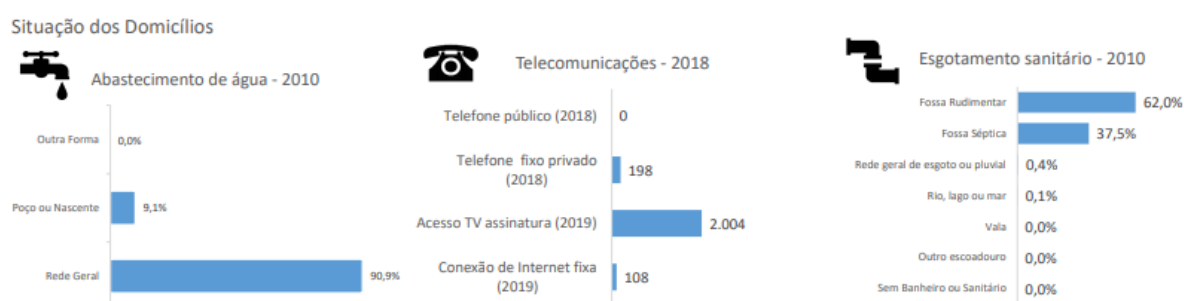
Figura 24- Taxa de analfabetismo



Fonte: DataSebrae

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

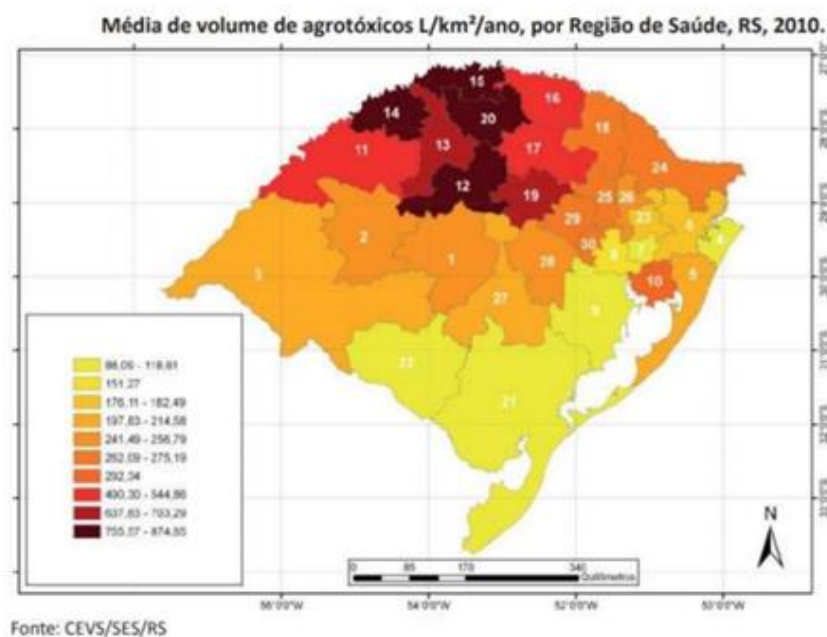
Figura 25- Situação dos domicílios



Fonte: DataSebrae

O município Barra Funda 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

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

Tabela 12- Situação no mercado de trabalho

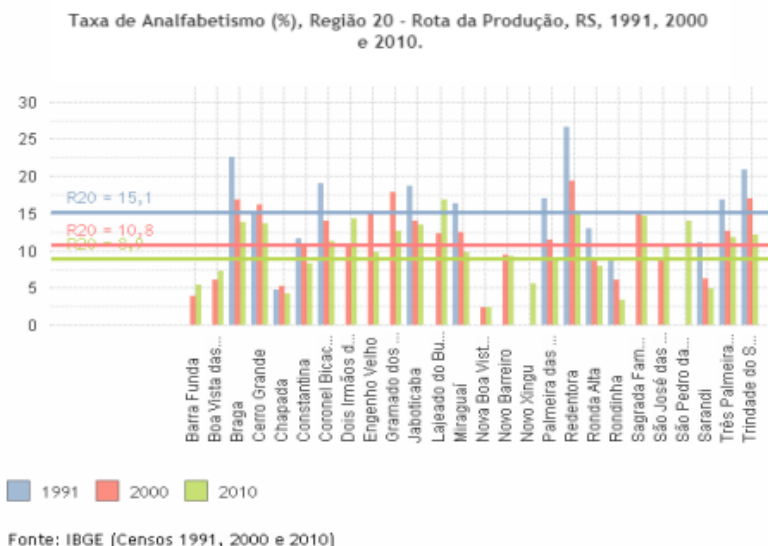
#### Informações sociodemográficas - Situação no mercado de trabalho

Descrição	Quantidade
Empregador	85
Assalariado com carteira de trabalho	440
Assalariado sem carteira de trabalho	80
Autônomo com previdência social	248
Autônomo sem previdência social	42
Aposentado / Pensionista	583
Desempregado	3
Não trabalha	556
Servidor público / Militar	76
Outro	368
Não informado	580
<b>Total:</b>	<b>3061</b>

Fonte: e-SUS

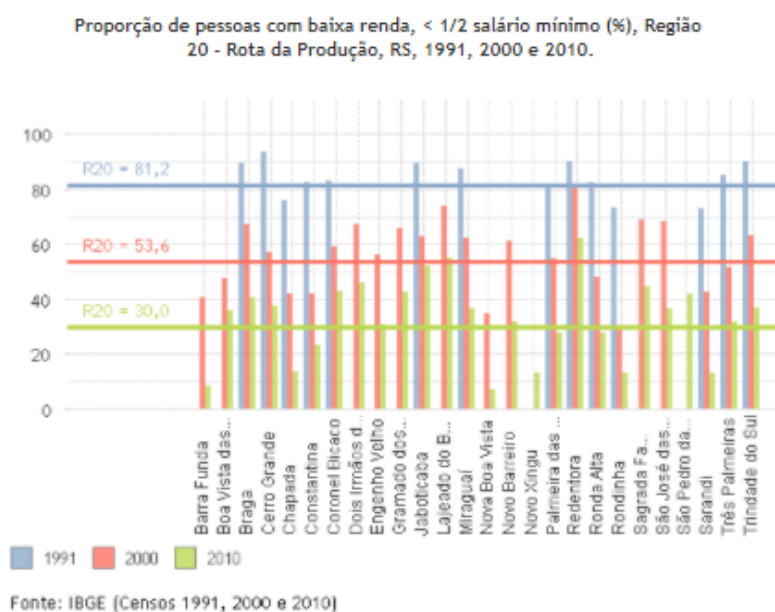
Ainda, considerando os dados regionais constantes do Diagnóstico da Região 20, que integram o Planejamento Regional Integrado é possível perceber que a taxa de analfabetismo do município é significativamente inferior à média regional, assim como a proporção de pessoas com baixa renda.

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 tabela abaixo demonstra algumas características vinculadas ao contexto social do município. A prevalência da população SUS dependente e uma participação não prevalente em grupos comunitários são dados relevantes para este tópico.

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

Tabela 13- Comportamentos

Outras informações sociodemográficas			
Descrição	Sim	Não	Não Inf.
É membro de povo ou comunidade tradicional?	21	2756	284
Frequenta cuidador tradicional?	10	2981	70
Frequenta escola ou creche	719	2310	32
Participa de algum grupo comunitário?	962	2035	64
Possui plano de saúde privado?	53	2947	61

Fonte: e-SUS

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	Mat. Grosso	Mat. Grosso do Sul	Minas Gerais	Pará	Paraná	Pernambuco	Piauí	Rio de Janeiro	Rio Grande do Norte	Rio Grande do Sul	Rondônia	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	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	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	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	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	11	10	12	10	
Riscos ocupacionais	10	9	9	10	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	9	7	7	8	7	7	7	9	11	7	7	8	7	
Atividade física insuficiente	12	14	14	14	14	14	15	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	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	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	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	16	15	15	17	16	16	15	17	17	15	17	16	16	17	16	16	16	16	15	15	16
Outros riscos ambientais	17	15	16	16	15	17	17	16	16	16	17	17	17	16	16	16	16	15	15	16	17	17	17	17	17	16	17

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

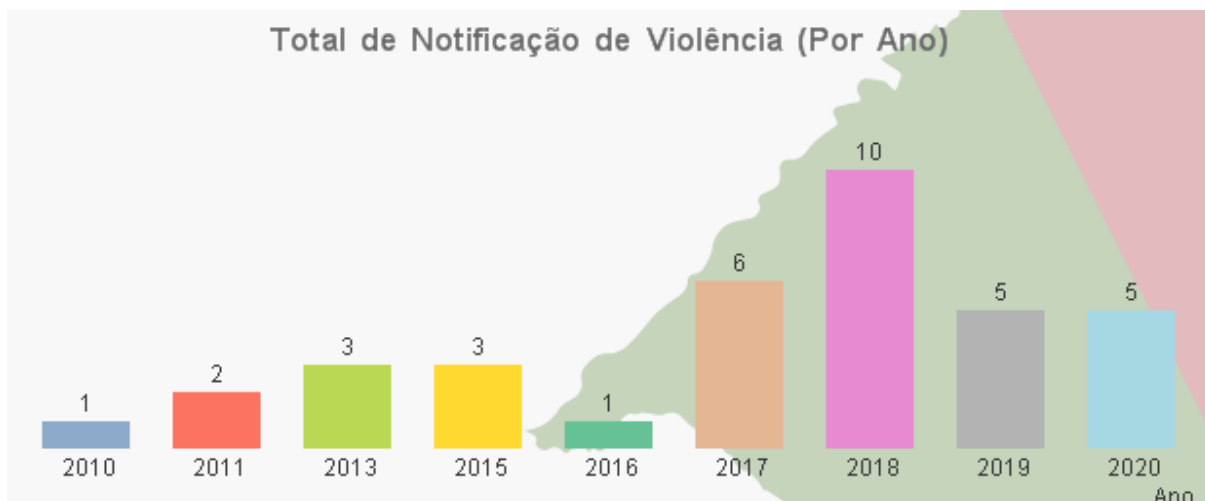
Relacionado aos fatores acima levantados, da análise do Sistema e-SUS se depreende quantitativos expressivos de indicação de doenças com repercussão de questões associadas ao estilo de vida como tabagismo, conforme se identificará em tópico a seguir.

## 2.3 Violências

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

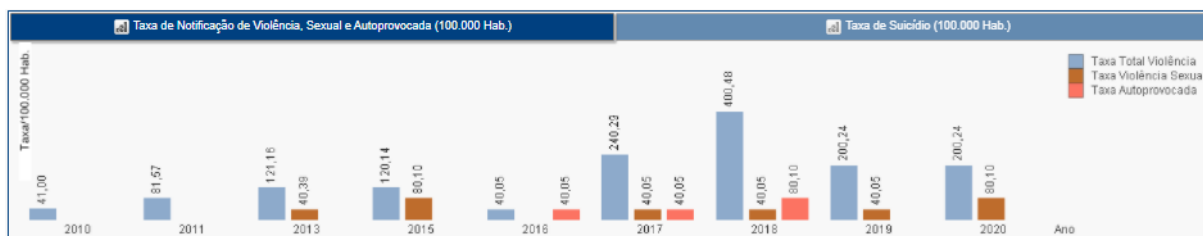
No que se refere aos dados da área da saúde, da série histórica relativa a taxa total de violência verifica-se um aumento no ano de 2018, embora o número bruto não pareça expressivo, quando a taxa é aplicada no indicador por 100 mil habitantes, se verifica uma taxa preocupante no que se refere a violência.

Figura 30- Série histórica de notificações de violência



Fonte: BI

Figura 31- Taxa total de violência, sexual e autoprovocada



Fonte: BI

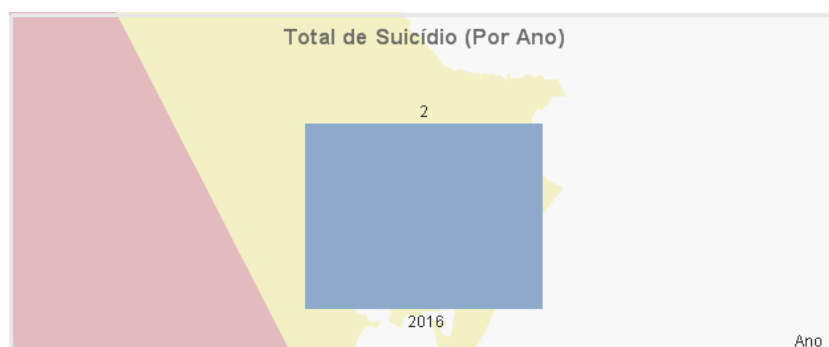
No que se refere a taxa de suicídio é possível observar que desde o ano de 2016 não existe a prática de suicídios no território.

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, verifica-se um pico de violências no ano de 2017. A interlocução entre a rede de combate as violências para compartilhamento de dados e articulação de ações é importante para o planejamento do cuidado no território.

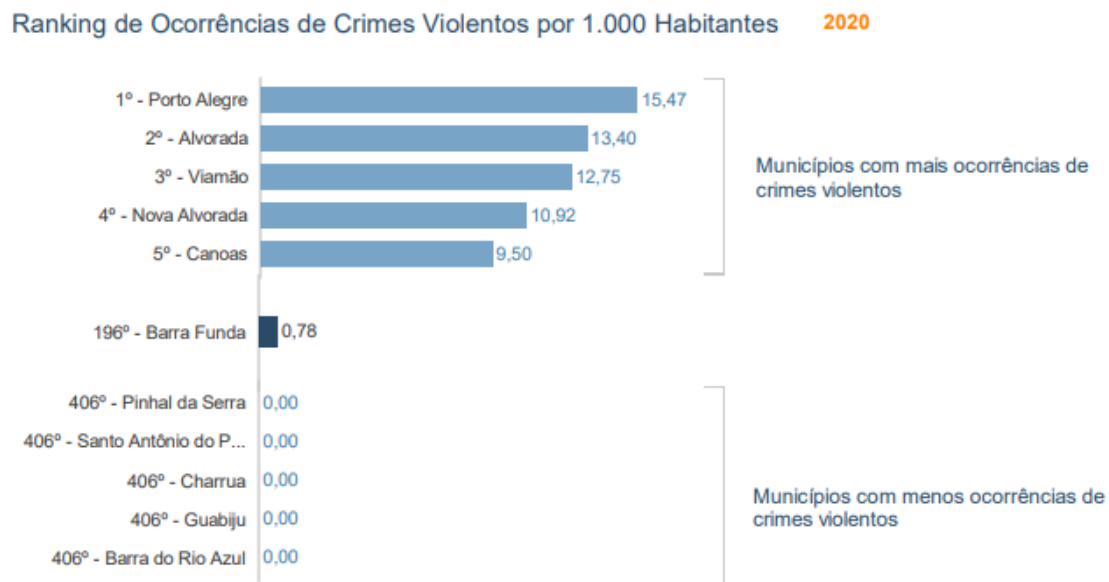
Figura 34- Ocorrências de crimes violentos



Fonte: Mapa Social MPRS

Quanto a violência de crimes violentos é observada no comparativo com os demais municípios gaúchos, o município encontra-se na 196ª 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 MPRS

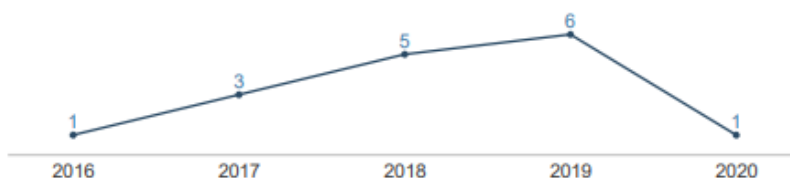
Ainda no que se refere a violência contra a mulher, Barra Funda se destaca como um dos municípios gaúchos com menor incidência, segundo dados da Segurança Pública.

Figura 36- Violência contra à mulher

## Violência Contra a Mulher

São as Ocorrências Criminais, por tipo de delito enquadrado na Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/06), divulgados pela Secretaria de Segurança Pública (Fonte: SSP/RS).

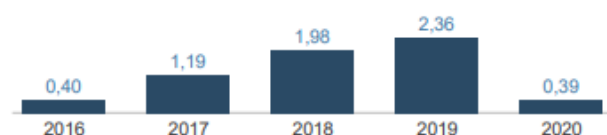
### Evolução das Ocorrências Criminais



**1**  
Ocorrências Criminais  
2020

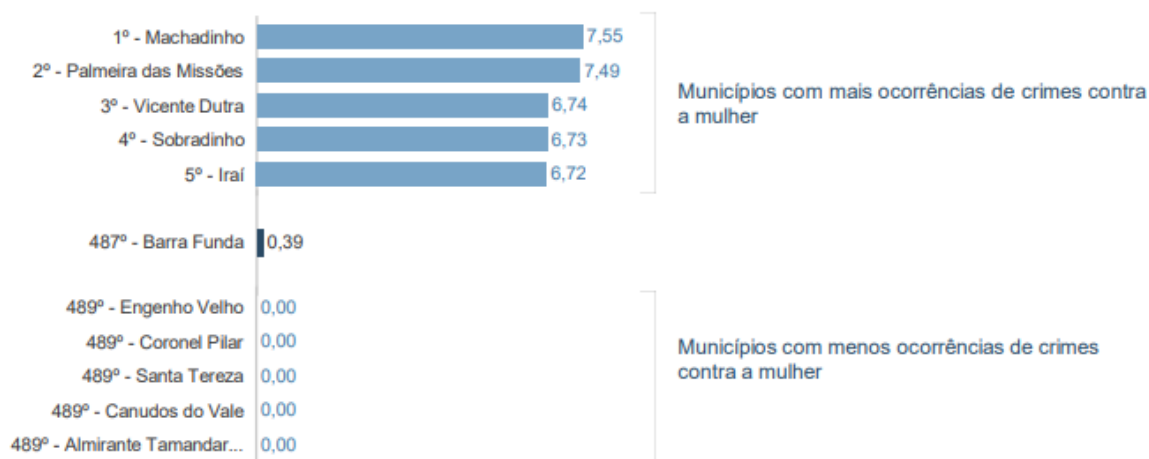
### Ocorrências de Crimes Contra a Mulher por 1.000 Habitantes

Razão entre o número de ocorrências de delitos contra a mulher, enquadrados na Lei Maria da Penha (Ameaça, Estupro, Lesão Corporal, Feticídio Tentado e Feticídio Consumado) no município e o número de habitantes do município, cujo resultado é multiplicado por 1.000. (Fontes: SSP/RS e IBGE, Ocorrências Criminais e População, respectivamente)



**0,39**  
Ocorrências de Crimes contra a  
Mulher p/ 1.000 Habitantes  
2020

### Ranking de Ocorrências de Crimes Contra a Mulher por 1.000 Habitantes 2020



#### 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.

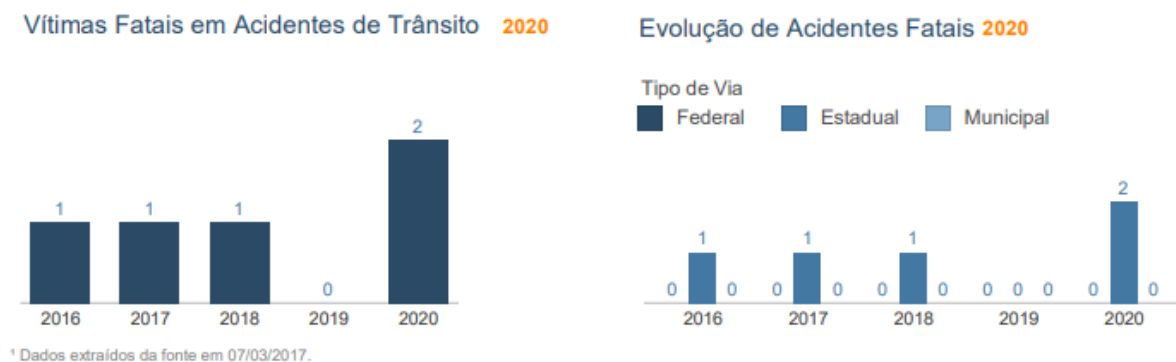
2) Feticídio: Trata-se dos Homicídios enquadrados pelo recorte de gênero.

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.

Fonte: Mapa Social MPRS

No que se refere a violência no trânsito também se verifica uma série histórica de municípios vitimados ao longo dos últimos anos, com exceção do ano de 2019.

Figura 37- Vítimas fatais em acidentes de trânsito



Fonte: Mapa Social MPRS

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

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

Tabela 14- Situações de saúde gerais

Condições / Situações de saúde gerais			
Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Está acamado	2	3044	15
Está com hanseníase	0	3045	16
Está com tuberculose	2	3042	17
Está domiciliado	3	3037	21
Está fumante	87	2962	12
Está gestante	16	628	2417
Faz uso de álcool	14	3036	11
Faz uso de outras drogas	18	3031	12
PIC	0	2932	129
Tem diabetes	175	2875	11
Tem hipertensão arterial	693	2360	8
Tem ou teve câncer	41	3006	14
Teve AVC / derrame	18	3031	12
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde	18	2971	72
Teve infarto	6	3038	17
Teve internação nos últimos 12 meses?	14	3013	34
Usa plantas medicinais	25	2995	41

Fonte: e-SUS

No que tange ao peso, poucas pessoas se declaram acima do peso.

Tabela 15- Peso

Condições / Situações de saúde gerais - Sobre seu peso, você se considera	
Descrição	Quantidade
Abaixo do peso	1
Peso adequado	1310
Acima do peso	34
Não informado	1716
Total:	3061

Fonte: e-SUS



No que se refere a doenças cardíacas, número significativo de população declara em seu cadastro possuir algum problema. O número de pessoas com doenças renais é de 9 pessoas.

Tabela 16- Doença cardíaca

Condições / Situações de saúde gerais - Doença cardíaca		
Descrição		Quantidade
Tem doença cardíaca / do coração?	Sim	56
	Não	2976
	N. Inf	29
Insuficiência cardíaca		2
Não sabe		3
Outra		52

Fonte: e-SUS

Tabela 17- Problemas nos rins

Condições / Situações de saúde gerais - Problemas nos rins		
Descrição		Quantidade
Tem ou teve problemas nos rins?	Sim	9
	Não	2944
	N. Inf	108
Insuficiência renal		0
Outra		8
Não sabe		1

Fonte: e-SUS

Com relação a deficiência, 35 usuários apresentam alguma deficiência, conforme divisão apresentada na tabela a seguir.

Tabela 18- Deficiência

Informações sociodemográficas - Deficiência		
Descrição		Quantidade
Tem alguma deficiência?	Sim	35
	Não	3026
Auditiva		6
Física		17
Intelectual / Cognitiva		10
Visual		3
Outra		3

Fonte: e-SUS

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

Tabela 19- Principais causas de internação

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	4	1	5	15
II. Neoplasias (tumores)	4	5	11	7	14
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	2	3	-	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	-	1	-	-
V. Transtornos mentais e comportamentais	4	5	2	5	1
VI. Doenças do sistema nervoso	3	5	2	2	2
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	1	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	2	2	10	4	3
X. Doenças do aparelho respiratório	5	5	7	10	1
XI. Doenças do aparelho digestivo	5	8	3	5	1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	1	3	-	-
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	7	7	6	1	3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	5	4	10	5	2
XV. Gravidez parto e puerpério	1	5	3	9	8
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	-	1	-	2
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	2	3	-	2
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	-	-	-
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	9	12	7	8	5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	1	1
CID 10* Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>67</b>	<b>73</b>	<b>63</b>	<b>60</b>

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

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

Tabela 20- Principais causas de mortalidade

Capítulo CID-10	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-
II. Neoplasias (tumores)	7	6	8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	1	1
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-
VI. Doenças do sistema nervoso	-	1	2
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	4	4	8
X. Doenças do aparelho respiratório	1	1	2
XI. Doenças do aparelho digestivo	2	1	-
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	1	-
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	-	-
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	-	1
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	-	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	-
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	4	1
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	-
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>23</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 poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária em Saúde (MENDES, 2011).

Figura 38- Redes de Atenção à Saúde

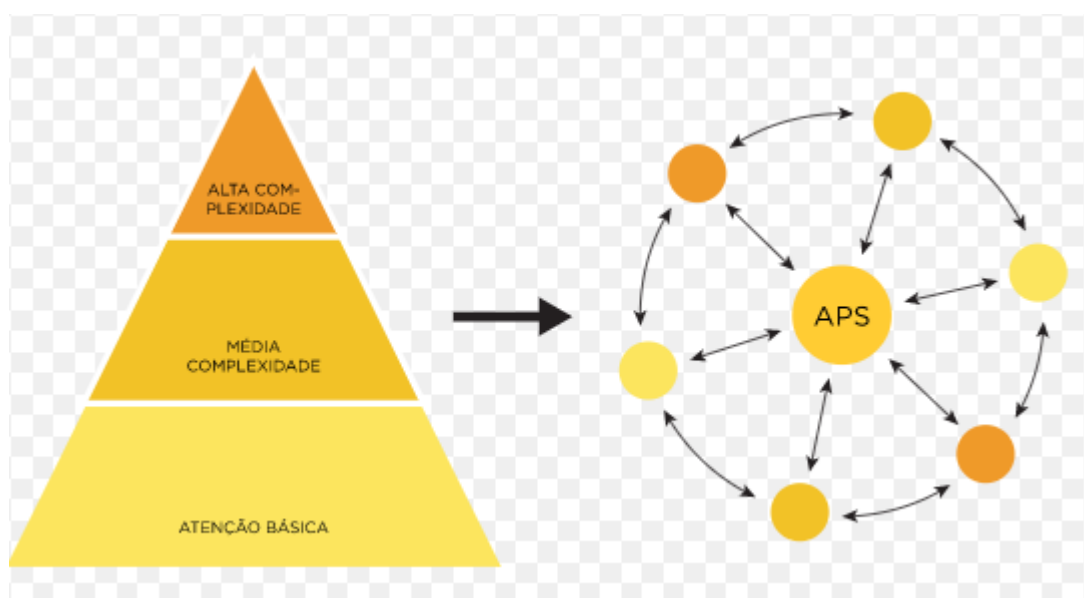


Fonte: Rede HumanizaSUS

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

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

Figura 39- Poliarquia



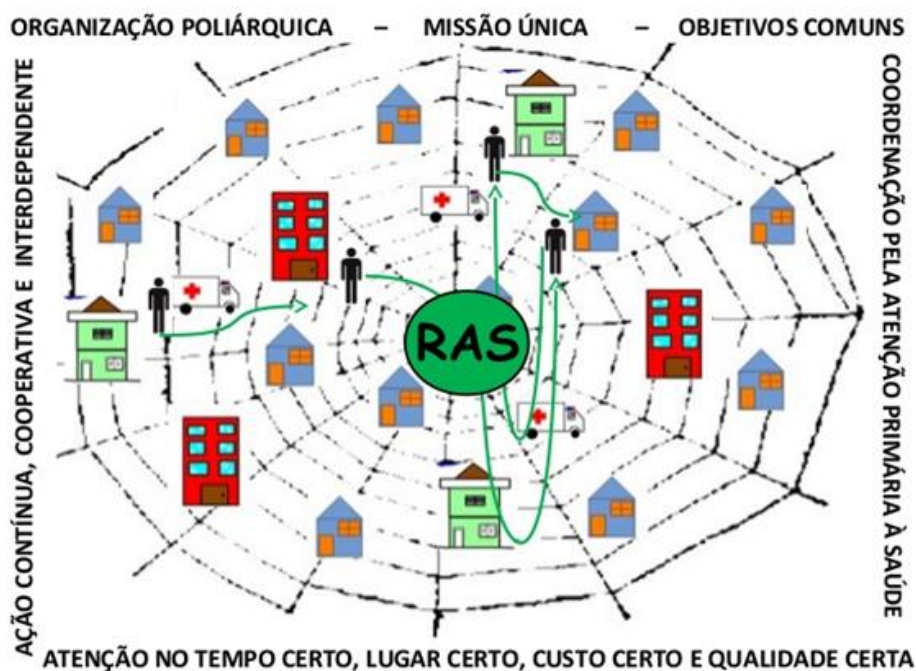
Fonte: CIAR/UFG

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

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

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

Figura 40- RAS



Fonte: Rede HumanizaSUS

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

O presente capítulo tem por intuito apresentar a organização dos serviços atenção à saúde e as referências especializadas do município de Barra Funda.

#### 4.1 Atenção Básica

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



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

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

Figura 41- Saúde da Família



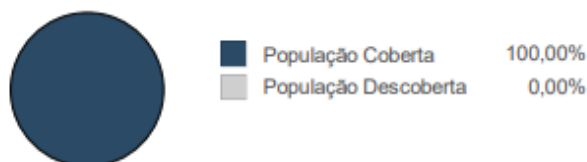
Fonte: Ministério da Saúde

O município de Barra Funda possui uma Estratégia de Saúde da Família implementada, o que garante uma cobertura de 100% da população.

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

Figura 42- Cobertura populacional por ESF e por ACS

### Cobertura Populacional por Equipes de Saúde da Família - ESF 2019



Ano	Nº ESF Implantadas	Cobertura Pop p/ ESF
2019	1	100,00%
2018	1	100,00%
2017	1	100,00%
2016	1	100,00%
2015	1	100,00%

### Cobertura Populacional por Agentes Comunitários de Saúde - ACS 2019



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

Fonte: Mapa Social MP/RS

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

Tabela 21- Série histórica produção e atualização cadastral de usuários

#### Produção

Descrição	01/2021	02/2021	03/2021	04/2021	05/2021	06/2021	07/2021	08/2021	Total
Atendimento domiciliar	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atendimento individual	1.042	811	978	1.154	994	606	1.008	341	6.934
Atendimento odontológico individual	172	92	127	170	82	42	151	46	882
Atividade coletiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Avaliação de elegibilidade e admissão	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Marcadores de consumo alimentar	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimentos individualizados	1.633	1.271	1.497	1.689	1.323	778	1.313	431	9.935
Síndrome neurológica por Zika / Microcefalia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vacinação	63	39	59	62	124	45	73	17	482
Visita domiciliar e territorial	0	822	872	938	840	972	907	190	5.541
<b>Total</b>	<b>2.910</b>	<b>3.035</b>	<b>3.533</b>	<b>4.013</b>	<b>3.363</b>	<b>2.443</b>	<b>3.452</b>	<b>1.025</b>	<b>23.774</b>

#### Cadastros

Descrição	01/2021	02/2021	03/2021	04/2021	05/2021	06/2021	07/2021	08/2021	Total
Cadastro domiciliar e territorial	10	34	43	29	11	19	17	27	190
Cadastro individual	33	82	102	68	47	41	25	68	466
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>116</b>	<b>145</b>	<b>97</b>	<b>58</b>	<b>60</b>	<b>42</b>	<b>95</b>	<b>656</b>

Fonte: e-SUS

## **4.2 Saúde Bucal**

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

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

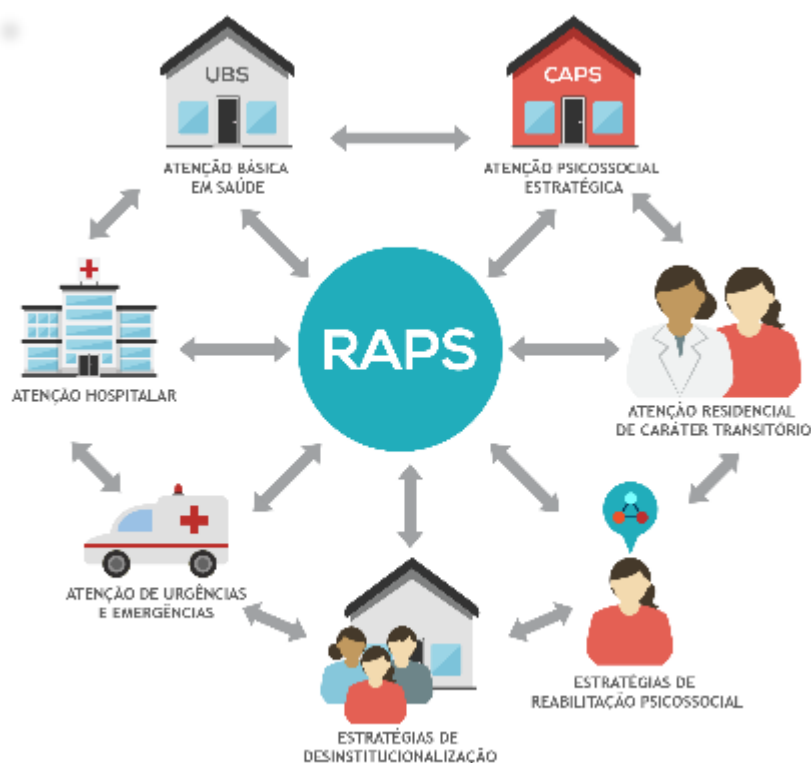
O município de Barra Funda possui adesão ao Programa Brasil sorridente e equipe de saúde bucal.

## **4.3 Atenção Psicossocial**

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

O município conta com o NASF.

Figura 43- RAPS



Fonte: Ministério da Saúde

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

#### 4.4 Atenção Materno-Paterno-Infantil

A Rede Materno-Paterno-Infantil visa a dispor de fluxo adequado para o atendimento ao planejamento sexual e reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e primeira infância, com o propósito de qualificar a assistência e reduzir as

taxas de mortalidade materna, infantil e fetal, e proporcionar acesso do homem aos serviços de saúde.

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

#### **4.5 Atenção da Pessoa com Deficiência**

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

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

A atenção à saúde da pessoa com deficiência no SUS preconiza o cuidado integral, em todos os níveis de atenção, visando a proporcionar autonomia, qualidade de vida e inclusão social. Contempla ações de promoção e prevenção, diagnóstico precoce, acesso aos serviços e procedimentos, qualidade e humanização da atenção,

em todos os níveis de complexidade (SES/RS, 2021). Nesse sentido, além do cuidado realizado no âmbito da atenção básica, no que se refere a reabilitação, o município de Barra Funda acessa os serviços disponíveis na Macrorregião de Saúde, sobretudo, o Centro Especializado de Reabilitação, localizado no município de Tenente Portela.

#### **4.6 Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não- Transmissíveis**

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

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

#### **4.7 Atenção às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**

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

Considerando essa percepção e preceito, faz-se necessária a abordagem do cuidado sexual, em que a oferta exclusiva de preservativos não é suficiente para

garantir os diversos aspectos da saúde sexual. Assim, torna-se fundamental a ampliação da perspectiva para avaliação e gestão de risco, além das possibilidades que compõem a Prevenção e o cuidado às pessoas com IST (BRASIL, 2020).

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

Figura 44- Prevenção Combinada



Fonte: DCCI/SVS/MS.

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

#### **4.8 Atenção às Urgências**

A Rede de Atenção às Urgências (RAU) tem a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna. A RAU está organizada em oito componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar. As diretrizes da RAU estão definidas nas Portarias de Consolidação GM/MS Nº 03/2017 e Nº 06/2017 (SES/RS, 2021).

Em âmbito local, a Atenção Primária à Saúde enquanto ordenadora do cuidado presta atendimentos de urgência, além de prover o transporte sanitário até a porta de entrada hospitalar, localizada no Hospital Comunitário de Sarandi.

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

O município de Barra Funda não possui estabelecimento hospitalar no território, acessando as referências pactuadas no âmbito da regionalização para internação em leitos clínicos e cirúrgicos. Havendo necessidade de acesso a leitos de UTI a rede hospitalar solicita regulação via Sistema de Gerenciamento de Internações - Gerint.



#### 4.10 Assistência Farmacêutica

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

A Rename é uma lista orientativa e cabe a cada município estabelecer sua própria relação de medicamentos de acordo com suas características epidemiológicas. A Rename contempla os medicamentos e insumos disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e está dividida em Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), além de determinados medicamentos de uso hospitalar. Hospitais possuem descrição nominal própria de tabela medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Figura 45- Componentes da Assistência Farmacêutica

<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

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

Figura 46- Ciclo da Assistência Farmacêutica

## Ciclo da Assistência Farmacêutica



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

Fonte: MARIN, 2003

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

#### 4.11 Vigilância em Saúde

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

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

**Figura 47- Vigilância em Saúde**



Fonte: CNS

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

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

#### **4.12 Regulação do Acesso**

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

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

#### **4.13 Serviços disponibilizados na rede privada contratada**

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

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

#### 4.14 Dificuldades de acesso e vazios assistenciais da região de saúde

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

Tabela 22- Vazios assistenciais

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Dermatologia	Gastroenterologia	Hematologia	Inserologia	Infectologia	Nefrologia	Neurologia	Oftalmologia	Otorrinolaringologia	Pneumologia	Proctologia	Reumatologia	Urologia
Centro-Oeste	1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	2													
	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
Misioneira	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	x
	26	x	x			x		x	x	x		x		x

Fonte: (PES, 2016-2019)

Fonte: PES, 2016-2019, SES/RS

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

## 5. Macroprocessos de governança da gestão estadual do SUS

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

Figura 48- Governança e Gestão



Fonte: SES/GO

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

Figura 49- Gestão de processos



Fonte: SES/GO

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

### 5.1. Instâncias de pactuação intergestores

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

O município de Barra Funda 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 Barra Funda 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 Barra Funda a atividade de controle social está institucionalizada no âmbito do Conselho Municipal de Saúde.

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

### **5.3.2 Ouvidoria SUS**

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

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

O município de Barra Funda possui um canal de Ouvidoria específico para a Saúde.

Figura 50- Ouvidoria municipal da saúde

**Gastos Coronavírus**

**Portal da Transparência**

**Acesso a Informação**

**Pedido de Informação**

**Relatório dos Pedidos de Informações**

**LICITACON CIDADÃO - TCE**

**Portal do Contribuinte**

**Contra Cheque Online**

**Ouvidoria da Saúde**

**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Grande Sarandi**

## Ouvidoria Saúde

Nome Completo (\*)

E-mail (\*)

Tipo de Solicitação (\*)

Mensagem (\*)

Captcha (\*)

- CMAS
- CODAMA
- COMUDE
- COMDICA
- CMEC
- CMS
- CACS FUNDEB
- CAE
- CMP
- CCP
- COMPAM
- CAPM
- COMDEC

Fonte: Município de Barra Funda

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

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

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

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

## **5.5 Auditoria**

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

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

No último quadrimestre não houveram auditorias no município.

## **5.6 Educação, ciência, tecnologia e Inovação em Saúde**

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

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

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

## 5.7 Gestão do Trabalho

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

Tabela 23- Profissionais de saúde trabalhando no SUS

Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação						
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiro	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOs ACS
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	2	0	3	6	0
	Intermediados por outra entidade (08)	0	0	3	0	0
	Autônomos (0209, 0210)	0	0	0	0	0
	Residentes e estagiários (05, 06)	0	0	0	0	0
	Bolsistas (07)	0	0	0	0	0
	Informais (09)	0	0	0	0	0
Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5)	Intermediados por outra entidade (08)	0	0	1	0	0
	Celetistas (0105)	0	0	0	0	0
	Autônomos (0209, 0210)	0	0	1	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)	2	1	6	1	6
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)	0	0	0	1
	Intermediados por outra entidade (08)	0	1	1	1
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Bolsistas (07)	0	0	0	1
	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	18	20	19	21
	Intermediados por outra entidade (08)	0	2	2	3

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)	9	9	10	16

Fonte: CNES

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

Tabela 24- Tipo de estabelecimento e gestão

Rede física de estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimentos				
Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	0	0	1	1
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	0	0	2	2
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Fonte: CNES

Tabela 25- Natureza jurídica

Rede física de estabelecimentos de saúde por natureza jurídica				
Natureza Jurídica	Municipal	Estadual	Dupla	Total
<b>ADMINISTRACAO PUBLICA</b>				
MUNICIPIO	2	0	0	2
<b>ENTIDADES EMPRESARIAIS</b>				
SOCIEDADE SIMPLES LIMITADA	1	0	0	1
SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>

Fonte: CNES

O município possui vinculação a consórcio público 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 26- Demonstrativo da Programação de Despesa com saúde

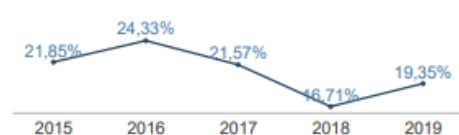
Demonstrativo da Programação de Despesas com Saúde por Subfunção, Natureza e Fonte									
Subfunções da Saúde	Natureza da Despesa	Receita de Impostos e de transferência de Impostos (receita própria - R\$)	Transferências de fundos a Fundo de Recursos do SUS, provenientes do Governo Federal (R\$)	Transferências de fundos ao Fundo de Recursos do SUS, provenientes do Governo Estadual (R\$)	Transferências de convênios destinados a Saúde (R\$)	Operações de Crédito vinculadas a Saúde (R\$)	Royalties do petróleo destinados a Saúde (R\$)	Outros recursos destinados a Saúde (R\$)	Total(R\$)
0 - Informações Complementares	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
122 - Administração Geral	Corrente	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	Corrente	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	Corrente	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	Corrente	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	Corrente	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	Corrente	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	Corrente	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



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

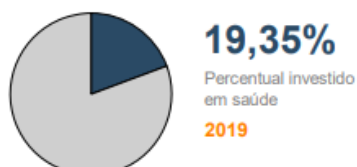
Figura 51- Evolução do investimento em saúde

#### Evolução do investimento



Ano	Receita	Investimento	
2019	R\$ 15.026.364,37	R\$ 2.907.650,41	19,35%
2018	R\$ 13.929.488,54	R\$ 2.328.241,35	16,71%
2017	R\$ 12.982.564,18	R\$ 2.800.241,67	21,57%
2016	R\$ 12.972.780,82	R\$ 3.156.262,17	24,33%
2015	R\$ 11.397.406,36	R\$ 2.489.917,86	21,85%

#### Investimento atual



Fonte: Mapa Social MPRS

O investimento por habitante está demonstrado a seguir:

Figura 52- Investimento por habitante

#### Investimento por Habitante

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

#### Investimento nos últimos anos

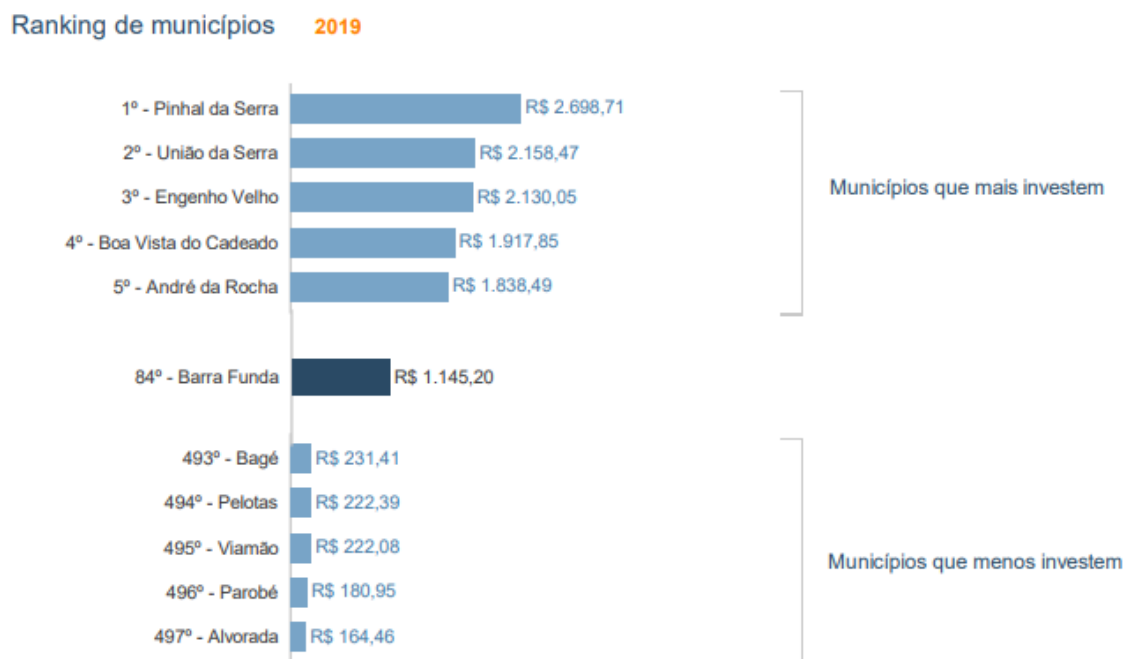


**R\$ 1.145,20**  
Investimento por habitante  
**2019**

Fonte: Mapa Social MPRS

Em um comparativo estadual com os demais municípios, Barra Funda se encontra na 84ª posição.

Figura 53- Ranking de municípios



Fonte: Mapa Social MPRS

## 5.9 Judicialização em Saúde

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

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

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

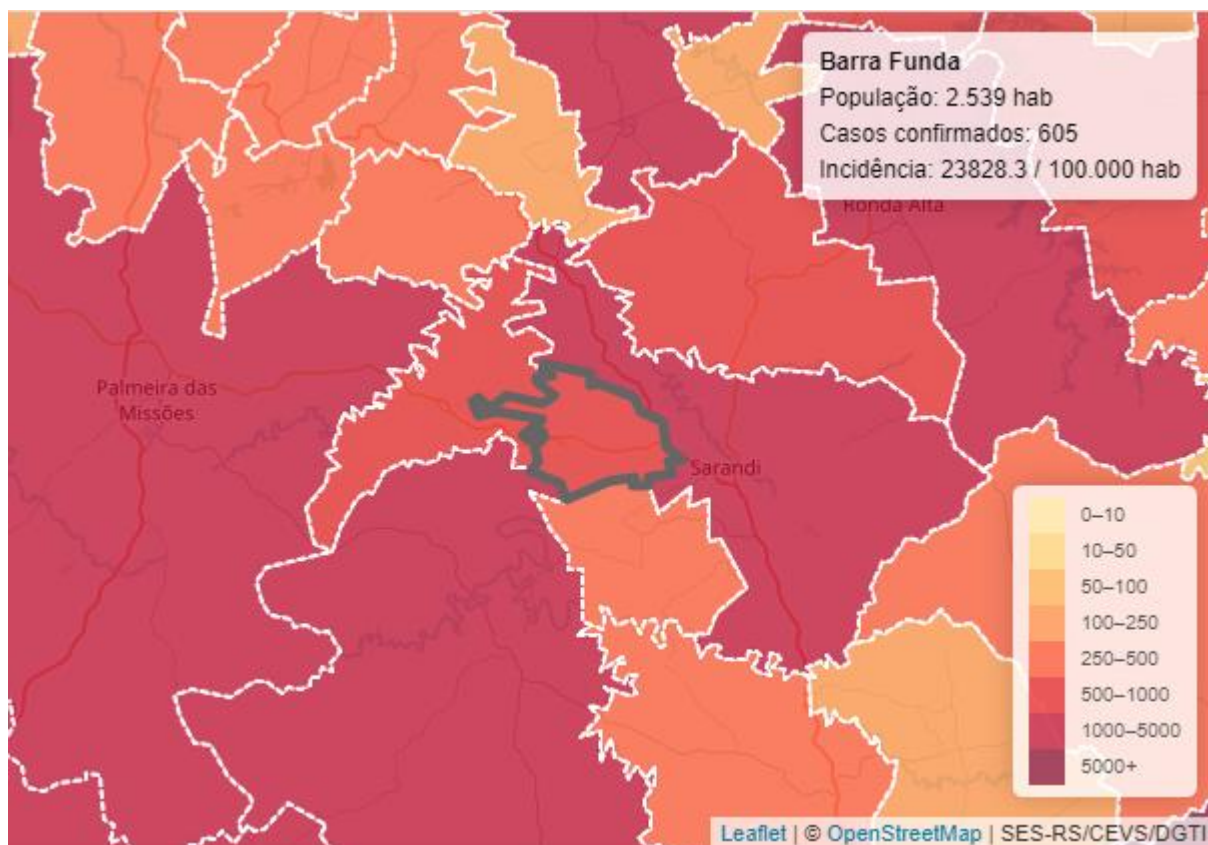
No Brasil, Ministério da Saúde (MS), governos estaduais e municipais começaram a estabelecer medidas para o enfrentamento das consequências do novo coronavírus. O MS ativou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-Covid-19) em 22 de janeiro de 2020. Entre os governos estaduais, um estado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

O Município de Barra Funda, 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 julho de 2021, seguem representados no mapa e tabela abaixo.

Figura 54- Incidência da Covid-19 na população municipal



Fonte: TI/Saúde

Tabela 27 – Dados Covid-19

Município	Confirmados	Novos Confirmados	Incidência /100 mil hab	Óbitos	Novos Óbitos	Mortalidade /100 mil hab
Barra Funda	624	0	24576.6	14	0	551.4

Fonte: TI/Saúde

Tabela 28- Dados da vacinação

Informações		
População geral: 2.539	Doses destinadas: 3.290	
Doses aplicadas no município		
1ª dose: 1.871	2ª dose: 1.138	<b>% aplicado</b>
Dose única: 65	Total aplicado: 3.074	93,4
Em residentes: 2.558	Não residentes: 516	
População residente em todo estado		
* aqui são considerados todos os residentes no município, que podem ter tomado suas doses em outro município do Estado.		
1ª dose: 1.866	2ª dose: 1.076	
Dose única: 74	Total: 3.016	
% pop. pelo menos uma dose		% pop. esquema vacinal completo
76,4% (1.866)		45,3% (1.076)

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

<b>DIRETRIZ Nº 1 - FORTALECER E AMPLIAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE</b>											
<b>OBJETIVO Nº 1.1 - UTILIZAÇÃO DE MECANISMOS QUE PROPICIEM A AMPLIAÇÃO DO ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA</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 A MORTALIDADE PREMATURA (30 A 69 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	6	2018	Número	5	Número	6	6	5	5
1.1.2	INVESTIGAR OS ÓBITOS EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	100,00	2018	Proporção	100,00	Proporção	100	100	100	100
1.1.3	AUMENTAR A PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95,00	2018	Proporção	100,00	Proporção	95	100	100	100
1.1.4	AMPLIAR A OFERTA DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DE ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS	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	0,55	2018	Razão	0,68	Razão	0,55	0,60	0,66	0,68
1.1.5	AMPLIAR A OFERTA DE EXAMES DE MAMOGRAFIA BILATERAL DE RASTREAMENTO EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS	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	0,50	Razão	0,40	0,45	0,47	0,50
1.1.6	AUMENTAR A PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	10,00	2018	Proporção	25,00	Proporção	10	15	20	25
1.1.7	REDUZIR O NUMERO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS 10 A 19 ANO	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	5,00	2018	Percentual	5,00	Percentual	10	10	5	5

1.1.8	MANTER ZERADA A MORTALIDADE INFANTIL	Taxa de mortalidade infantil	0,00	2018	Taxa	0,00	Taxa	0,00	0,00	0,00	0,00
1.1.9	MANTER ZERADO O NUMERO DE ÓBITOS MATERNOS	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	2018	Número	0	Número	0	0	0	0
1.1.10	MANTER A COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
1.1.11	AMPLIAR O PERCENTUAL DE COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	85,00	2018	Percentual	95,00	Percentual	85	85	90	95
1.1.12	MANTER A COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	100,00	2018	Percentual	100,00	Percentual	100	100	100	100
1.1.13	AMPLIAR A OFERTA DE TESTES RÁPIDOS	Número de testes rápidos de Hepatite B e C e HIV e Sífilis para diagnosticar precocemente casos novos dessas doenças	100	2018	Número	175	Número	100	125	150	175
1.1.14	AMPLIAR AS AÇÕES DE MATRICIAMENTO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATEGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA, ATRAVÉS DO NASF	Número de ações de matriciamento com a equipe da Atenção Básica e da Estratégia da Saúde da Família	1,00	2018	Percentual	4,00	Percentual	1	2	3	4
1.1.15	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	200	2018	Número	260	Número	200	220	240	260
1.1.16	AMPLIAR OS GRUPOS QUE BUSCAM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS COMUNIDADES E DA CIDADE E INTERIOR	Número de tipos de grupos que buscam a educação em saúde nas comunidade da cidade e do interior , visando fornecer informações que proporcionam uma melhor qualidade de vida	5	2018	Número	6	Número	5	5	6	6
1.1.17	AMPLIAR AS CONSULTAS DE PRE-NATAL POR GESTANTE	Número de consultas de pre-natal por gestante através de consultas de enfermagem, consultas médicas e outro prof. nível superior	6	2018	Número	9	Número	6	7	8	9
1.1.18	AMPLIAR AS CONSULTAS DE PUERICULTURA	Número de consultas de puericultura em crianças menores de 2 anos	180	2018	Número	180	Número	120	140	160	180
1.1.19	REDUZIR O NUMERO DE EXODONTIA	Número de exodontia realizada	200	2018	Número	200	Número	200	180	150	130
1.1.20	REALIZAR EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AS EQUIPES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA	Número de capacitações, encontros, palestras... realizadas para as equipes de Atenção Básica e seus profissionais	4	2018	Número	10	Número	4	6	8	10
1.1.21	AMPLIAR O NUMERO DE CONSULTAS DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR ATRAVÉS DO AGENDAMENTO DE CONSULTAS	Número de consultas de nível superior agendadas através do Sistema E-sus	3.000	2018	Número	3.000	Número	2.000	2.500	2.800	3.000
1.1.22	AMPLIAR A QUANTIDADE DE ATIVIDADES EDUCATIVAS NAS ESCOLAS DO MUNICÍPIO	Número de atividade educativas nas escolas do município através do Programa Saúde na Escola (PSE)	50	2018	Número	50	Número	50	60	70	80

**DIRETRIZ Nº 2 - GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO A SERVIÇOS DE QUALIDADE AMPLIANDO E QUALIFICANDO O ACESSO A ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

**OBJETIVO Nº 2.1 - GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO A SERVIÇOS DE QUALIDADE, COM EQUIDADE E EM TEMPO ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADE DE SAÚDE, MEDIANTE APRIMORAMENTO DA POLITICA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

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	AMPLIAR A DISPONIBILIDADE DE CONSULTAS E SERVIÇOS HOSPITALARES	Ampliar a disponibilidade de consultas e serviços hospitalares para a população residente	410	2018	Número	440	Número	410	420	430	440
2.1.2	AMPLIAR A DISPONIBILIDADE DE EXAMES ESPECIALIZADOS OFERTADOS A POPULAÇÃO	Manter e ampliar a disponibilidade de exames especializados básicos (Raio X, Ultrassom Obstétrico, Eletrocardiograma) em até 60 dias	1.200	2018	Número	1.350	Número	1.200	1.250	1.300	1.350
2.1.3	PROMOVER A INTEGRAÇÃO DOS DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE GARANTIDO A REFERENCIA, A CONTRA-REFERENCIA, E A TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO	Promover a integração dos diferentes pontos de atenção à saúde para a realização de referencia e contra referencia e transferência do cuidado, através da implantação de fluxos de comunicação entre a atenção primária e especializada	1,00	2018	Percentual	1,00	Percentual	1	1	1	1
2.1.4	MANTER A DISPONIBILIZAÇÃO DE SERVIÇOS, ATRAVÉS DO CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE	Manter a disponibilização de serviços, através de consórcios	1,00	2018	Percentual	1,00	Percentual	1	1	1	1
2.1.5	INSTITUIR SERVIÇO DE REGULAÇÃO DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES	Instituir serviço de regulação de marcação de consultas e exames	1,00	2018	Percentual	1,00	Percentual	1	1	1	1

**DIRETRIZ Nº 3 - FORTALECER AS AÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O GERENCIAMENTO DE RISCOS DE AGRAVOS À SAÚDE**

**OBJETIVO Nº 3.1 - ORGANIZAR O FLUXO DE ATENDIMENTOS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SUAS RESPECTIVAS DIVISÕES**

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	AMPLIAR A COBERTURA VACINAL DO CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS DE IDADE - PENTAVALENTE (3ª DOSE), PNEUMOCÓCICA 10 - VALENTE (2ª DOSE), POLIOMIELITE (3ª DOSE) E TRIPLICE VIRAL (1ª 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, Poliomielite 3ª dose e Tríplíce viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	75,00	2018	Percentual	75,00	Percentual	75	75	75	75
3.1.2	ENCERRAR 80% OU MAIS DAS DOENÇAS COMPULSÓRIAS IMEDIATAS REGISTRADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN), EM ATÉ 60 DIAS A PARTIR DA DATA DE NOTIFICAÇÃO.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	80,00	2018	Proporção	80,00	Proporção	80	85	90	95



3.1.3	MANTER A PROPORÇÃO DE CURA NAS COORTES DE CASOS NOVOS DE HANSEIASE	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	100,00	2018	Proporção	100,00	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
3.1.4	REDUZIR A INCIDÊNCIA DE 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
3.1.5	MANTER ZERADA A INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	0	2018	Número	0	Número	0	0	0	0
3.1.6	AMPLIAR A PROPORÇÃO 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	-	Proporção	100,00	Percentual	90	95	95	100
3.1.7	EXECUTAR AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CONSIDERADAS NECESSÁRIAS PARA O MUNICÍPIO	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	80,00	2018	Percentual	80,00	Percentual	80	85	90	95
3.1.8	REALIZAR VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	4	2018	Número	6	Número	4	4	6	6
3.1.9	MANTER O NUMERO DE NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO DETECTADOS ATRAVÉS DO SIST E SINAM	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	100	2018	Número	100	Número	100	100	100	100
3.1.10	AMPLIAR A DETECÇÃO E A CURA DE NOVOS CASOS DE TUBERCULOSE	Proporção de cura de casos novos tuberculose pulmonar baculífera	100,00	2018	Proporção	100,00	Proporção	100	100	100	100
3.1.11	DIMINUIR O NUMERO DE AMOSTRAS DE ÁGUA COM PRESENÇA DE ESCHERICHIA COL, EM SOLUÇÕES ALTERNATIVAS COLETIVAS	Proporção de amostras de água com presença de Escherichia col, em soluções Alternativas Coletivas	6,00	2018	Percentual	2,00	Percentual	6	2	2	2
3.1.12	MANTER A INVESTIGAÇÃO DE TODOS OS ÓBITOS POR ACIDENTE DE TRABALHO	Proporção de Óbitos por Acidente de Trabalho investigados	100,00	2018	Proporção	100,00	Proporção	100	100	100	100
3.1.13	AMPLIAR AS NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS (ACIDENTES E DOENÇAS) RELACIONADOS AO TRABALHO	Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho	10,00	2018	Taxa	12,00	Taxa	10,00	10,00	12,00	12,00
3.1.14	AMPLIAR A COBERTURA VACINAL DA GRIPE PARA TODOS OS GRUPOS PRIORITÁRIOS	Cobertura vacinal contra a gripe para todos os grupos prioritários	90,00	2018	Percentual	95,00	Percentual	90,00	90,00	95,00	95,00
3.1.15	REALIZAR ATIVIDADES EDUCATIVAS PROMOVEDO A SAUDE LABORAL DO TRABALHADOR	Número de ações realizadas sobre a saúde do trabalhador (utilização adequada dos agrotóxicos, uso de EPI adequados...)	1	2018	Número	4	Número	1	2	3	4

**DIRETRIZ Nº 4 - AMPLIAR E QUALIFICAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**
**OBJETIVO Nº 4.1 - FORTALECER A POLITICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

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	DISPOR DE PROFISSIONAL FARMACÊUTICO, CONFORME ESTABELECE A LEGISLAÇÃO VIGENTE	Garantir a disponibilidade de profissional farmacêutico conforme estabelece a legislação vigente	1,00	2018	Percentual	1,00	Percentual	1	1	1	1
4.1.2	GARANTIR A DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS EM QUANTIDADE E TEMPO OPORTUNO PARA ATENDER AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE BARRA FUNDA	Garantir o acesso da população a medicamentos essenciais com qualidade	1,00	2018	Percentual	1,00	Percentual	1	1	1	1
4.1.3	ESTRUTURAR E ORGANIZAR OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Estruturar e organizar os serviços de assistência farmacêutica	1,00	2018	Percentual	1,00	Percentual	1	1	1	1
4.1.4	MANTER / ATUALIZAR A LISTA DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS	Manter / Atualizar a lista de medicamentos dispensados de acordo com o perfil epidemiológico do Município	1,00	2018	Percentual	1,00	Percentual	1	1	1	1
4.1.5	PROMOVER AÇÕES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	NUMERO DE AÇÕES EM RELAÇÃO AO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	5	2018	Número	10	Número	5	5	10	10

#### **DIRETRIZ Nº 5 - QUALIFICAR A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E LOGÍSTICA**

**OBJETIVO Nº 5.1** - ESTIMULAR PROCESSOS DE GESTÃO DE QUALIDADE, FAZENDO UM USO EFICIENTE DOS RECURSOS PÚBLICOS, COM ACOMPANHAMENTO SISTEMÁTICO DAS POLÍTICAS E DOS PROCESSOS DE TRABALHO, ASSEGURANDO AS LEIS DE FINANCIAMENTO DO SUS

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
5.1.1	GARANTIR A CONTINUIDADE DA MANUTENÇÃO PREVENTIVA DOS EQUIPAMENTOS MÉDICOS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICOS	Garantir a continuidade da manutenção preventiva dos equipamentos médicos hospitalares e odontológicos	1,00	2018	Percentual	1,00	Percentual	1	1	1	1
5.1.2	GARANTIR A MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO PERMANENTE DA FROTA DOS VEÍCULOS, BEM COMO A RENOVAÇÃO DOS MESMOS	Garantir a manutenção e conservação permanente da frota dos veículos, bem como a renovação dos mesmos	1,00	2018	Percentual	1,00	Percentual	1	1	1	1
5.1.3	ADQUIRIR EQUIPAMENTOS E MATERIAIS CONFORME A NECESSIDADE DOS SERVIÇOS	Adquirir equipamentos e materiais conforme a necessidade dos serviços	1,00	2018	Percentual	1,00	Percentual	1	1	1	1
5.1.4	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	0	2018	Número	1	Número	0	0	1	1

#### DIRETRIZ Nº 6 - PROMOVER O CONTROLE SOCIAL DO SUS

##### OBJETIVO Nº 6.1 - FORTALECER OS VÍNCULOS DO CIDADÃO COM A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE DE FORMA DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA NA CONSTRUÇÃO DO SUS

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
6.1.1	MANTER ATUALIZADOS OS DADOS CADASTRAIS RELACIONADOS AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE,	Proporção de conselhos de saúde cadastrados no sistema de acompanhamento dos conselhos de saúde - SIAC	1,00	2018	Percentual	1,00	Percentual	1	1	1	1
6.1.2	REALIZAR EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS CONSELHEIROS DE SAÚDE	Promover cursos de capacitação aos conselheiros.	1,00	2018	Percentual	1,00	Percentual	1	1	1	1
6.1.3	ENVIO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO PARA APROVAÇÃO E DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE	Proporção de PMS, PAS, PACTUAÇÃO, RDQA, RAG e demais instrumentos de gestão em saúde, enviados ao conselho de saúde.	1,00	2018	Percentual	1,00	Percentual	1	1	1	1

#### DIRETRIZ Nº 7 - FORTALECER AS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO, PREVENÇÃO, VIGILÂNCIA E CONTROLE NO PERÍODO DE PANDEMIA DA COVID-19

##### OBJETIVO Nº 7.1 - GARANTIR SUPORTE NECESSÁRIO PARA ATENDIMENTO ADEQUADO NAS SUSPEITAS E CASOS COMPROVADOS

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)			Meta Plano(2018-2021)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unidade de Medida			2018	2019	2020	2021
7.1.1	MONITORAR DIARIAMENTE O NUMERO DE CASOS POSITIVOS DE COVID-19 NO MUNICÍPIO	Proporção de monitoramento dos casos positivos de Covid-19	100,00	2018	Proporção	100,00	Proporção	0,00	0,00	100,00	100,00
7.1.2	TESTAR A MAIOR PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO QUE SE ENQUADRA NOS GRUPOS DE RISCOS QUE APRESENTAREM OS SINTOMAS	Proporção de testagem da população de risco com sintomas	90,00	2018	Proporção	90,00	Proporção	0,00	0,00	90,00	90,00
7.1.3	MANTER O MENOR NUMERO DE CASOS POSITIVADOS NO MUNICÍPIO	Número de casos positivos da população do município de barra funda	0	2018	Número	5	Número	0	0	5	5

Fonte: DIGISUS Gestor - Módulo Planejamento (DIGISUSGM)

Tabela 30 – 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	6	3	200,00	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	100,00	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	75,00	100,00	Percentual
5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	U	80,00	100,00	100,00	Percentual
6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	U	85,00	0,00	100,00	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	100,00	Número
9	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	U	0	0	100,00	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	84,71	89,16	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	0,60	0,28	27,00	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	0,45	0,21	60,00	Razão
13	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	U	15,00	20,00	125,00	Percentual
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	U	10,00	13,33	13,00	Percentual
15	Taxa de mortalidade infantil	U	0	0	100,00	Número
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	U	0	0	100,00	Número

17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	U	100,00	100,00	100,00	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	98,39	110,00	Percentual

Fonte: DIGISUS Gestor - Módulo Planejamento (DIGISUSGM)

Tabela 31 - 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 - Fortalecer o SUS no município, ampliando os serviços em saúde e efetivando os princípios e diretrizes. Garantindo de forma ampliada o cuidado em todos os ciclos de vida, de forma humanizada e qualificando a atenção básica.</b>								
<b>Objetivo 1 - Promover a saúde, minimizar os agravos e qualificar o acesso em saúde.</b>								
1.1.1	Reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis.	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	Taxa	2,00	2,00	1,00	1,00
1.1.2	Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF).	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	2 Federal	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.3	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	3 Federal	Proporção	100,00	100,00	100,00	100,00
1.1.4	Ampliar a cobertura vacinal do calendário nacional de vacinação para crianças menores de 2 anos de idade - pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10 - valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose) e tríplice viral (1ª 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, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada.	4 Federal	Proporção	75,00	75,00	75,00	75,00
1.1.5	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no sistema de informações s sobre	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata	5 Federal	Proporção	85,00	90,00	95,00	100,00



	agravos de notificação (SINAN), em até 60 dias a partir da data de notificação.	(DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.							
<b>1.1.6</b>	Manter a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	6 Federal	<b>Proporção</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.1.7</b>	Reduzir a incidência de 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>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>1.1.8</b>	Manter zerada a incidência de AIDS em menores de 5 anos.	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	9 Federal	<b>Número</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>1.1.9</b>	Ampliar a proporção 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>	85,00	90,00	95,00	95,00	95,00
<b>1.1.10</b>	Ampliar a oferta de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos.	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>	0,40	0,45	0,50	0,55	0,55
<b>1.1.11</b>	Ampliar a oferta de exames de mamografia bilateral de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos.	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>	0,55	0,56	0,58	0,59	0,59

<b>1.1.12</b>	Aumentar a proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.	13 Federal	<b>Proporção</b>	20,00	25,00	30,00	35,00
<b>1.1.13</b>	Reduzir o número 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>	10,00	8,00	8,00	6,00
<b>1.1.14</b>	Manter zerada a mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil.	15 Federal	<b>Taxa</b>	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>1.1.15</b>	Manter zerado o número de óbitos maternos.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	16 Federal	<b>Número</b>	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>1.1.16</b>	Manter a cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	17 Federal	<b>Percentual</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.1.17</b>	Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionais idades de saúde do programa bolsa família.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	18 Federal	<b>Percentual</b>	90,00	95,00	95,00	100,00
<b>1.1.18</b>	Manter a cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	19 Federal	<b>Percentual</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.1.19</b>	Executar as ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias para o município.	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	20 Federal	<b>Percentual</b>	100,00	100,00	100,00	100,00

<b>1.1.20</b>	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	22 Federal	<b>Número</b>	4,00	4,00	5,00	6,00
<b>1.1.21</b>	Manter o número de notificações dos agravos relacionados ao trabalho detectados através do SIST e SINAM.	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	23 Federal	<b>Proporção</b>	100,00	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>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.1.24</b>	Diminuir o número 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>	3,00	2,00	2,00	1,00
<b>1.1.25</b>	Manter a investigação de todos os óbitos por acidente de trabalho.	Proporção de Óbitos por Acidente de Trabalho investigados.	RS3 Estadual	<b>Proporção</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.1.26</b>	Ampliar as notificações de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho.	Taxa de notificação de agravos (acidentes e doenças) relacionados ao trabalho.	RS4 Estadual	<b>Taxa</b>	40,00	40,00	50,00	60,00
<b>Objetivo 2- Proporcionar meios de qualificar o trabalho dos gestores e aprimorar a formação dos trabalhadores em saúde.</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>	3,00	4,00	5,00	6,00
<b>1.2.2</b>	Disponibilizar profissional farmacêutico, conforme estabelece a legislação vigente.	Garantir a disponibilidade de profissional farmacêutico conforme estabelece a legislação vigente.	Municipal	<b>Número</b>	100,00	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>Percentual</b>	100,00	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>Percentual</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.2.5</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.	Sugestao Conferencia	<b>Proporção</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.2.6</b>	Participar das reuniões de CIR através da presença do titular, suplente ou representante.	Proporção de participação em reuniões de CIR através da presença do titular, suplente ou representante.	Sugestao Conferencia	<b>Proporção</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.2.7</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>Percentual</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>Objetivo 3- Intensificar o protagonismo da atenção básica com a ampliação das ofertas de serviços em saúde.</b>								

<b>1.3.1</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.	Sugestao Conferencia	<b>Proporção</b>	60,00	65,00	75,00	85,00
<b>1.3.2</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.	Sugestao Conferencia	<b>Proporção</b>	60,00	65,00	70,00	75,00
<b>1.3.3</b>	Garantir atendimento odontológico as gestantes.	Proporção de gestantes com no mínimo um atendimento odontológico realizado.	Sugestao Conferencia	<b>Proporção</b>	60,00	65,00	65,00	70,00
<b>1.3.4</b>	Realizar a aferição de pressão arterial de todas as pessoas com hipertensão.	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre.	Sugestao Conferencia	<b>Percentual</b>	60,00	65,00	70,00	70,00
<b>1.3.5</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.	Sugestao Conferencia	<b>Percentual</b>	60,00	60,00	65,00	65,00
<b>1.3.6</b>	Implantar e ampliar as ações de saúde mental realizadas pelas equipes de atenção básica no contexto da pandemia.	Número de ações de saúde mental realizadas pelas equipes de atenção básica.	Sugestao Conferencia	<b>Número</b>	2,00	2,00	2,00	2,00
<b>1.3.7</b>	Ampliar o acesso a atenção a saúde com qualificação, resolutividade e humanização.	Melhorar o acolhimento e ampliar o horário das unidades de saúde.	Sugestao Conferencia	<b>Percentual</b>	65,00	75,00	85,00	95,00
<b>1.3.8</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.	Sugestao Conferencia	<b>Percentual</b>	100,00	100,00	100,00	100,00

<b>1.3.9</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.	Sugestao Conferencia	<b>Número</b>	2,00	3,00	4,00	5,00
<b>1.3.10</b>	Implantar e fortalecer a ouvidoria do SUS municipal.	Proporção de ouvidoria do SUS municipal implantada.	Sugestao Conferencia	<b>Proporção</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.3.11</b>	Implantar e ofertar as Praticas Integrativas Complementares	Proporção de implantação das diferentes Praticas Integrativas Complementares	Sugestao Conferencia	<b>Proporção</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.3.12</b>	Manter e ampliar os atendimentos em fonoaudiologia.	Proporção de atendimentos realizados pela fonoudiologa.	Sugestao Conferencia	<b>Proporção</b>	80,00	85,00	90,00	100,00
<b>1.3.13</b>	Implantar e ampliar os serviços de terapeuta ocupacional	Implantação de terapeuta ocupacional no município.	Sugestao Conferencia	<b>Proporção</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.3.14</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>	50,00	70,00	90,00	110,00
<b>1.3.15</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>Percentual</b>	2,00	3,00	3,00	4,00
<b>1.3.16</b>	Ampliar as consultas de puericultura.	Número de consultas de puericultura em crianças menores de 2 anos.	Municipal	<b>Número</b>	50,00	60,00	70,00	80,00

<b>1.3.17</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>Percentual</b>	50,00	60,00	70,00	80,00
<b>1.3.18</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>	60,00	60,00	60,00	60,00
<b>1.3.19</b>	Manter e Ampliar a disponibilização de serviços, através do consórcio intermunicipal de saúde.	Manter e ampliar a disponibilização de serviços, através de consórcios.	Municipal	<b>Percentual</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.3.20</b>	Realizar atividades educativas promovendo a saúde laboral do trabalhador.	Número de ações realizadas sobre a saúde do trabalhador (utilização adequada dos agrotóxicos, uso de EPI adequados...).	Municipal	<b>Número</b>	2,00	2,00	2,00	2,00
<b>1.3.21</b>	Manter / atualizar a lista de medicamentos dispensados.	Manter / Atualizar a lista de medicamentos dispensados de acordo com o perfil epidemiológico do Município.	Municipal	<b>Percentual</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.3.22</b>	Monitorar diariamente o número de casos positivos de COVID-19 no município.	Proporção de monitoramento dos casos positivos de Covid-19.	Municipal	<b>Proporção</b>	100,00	100,00	100,00	100,00
<b>1.3.23</b>	Testar a maior porcentagem da população que se enquadra nos grupos de riscos que apresentarem os sintomas.	Proporção de testagem da população de risco com sintomas.	Municipal	<b>Proporção</b>	100,00	100,00	100,00	100,00

### **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 55- Instrumentos de planejamento no SUS

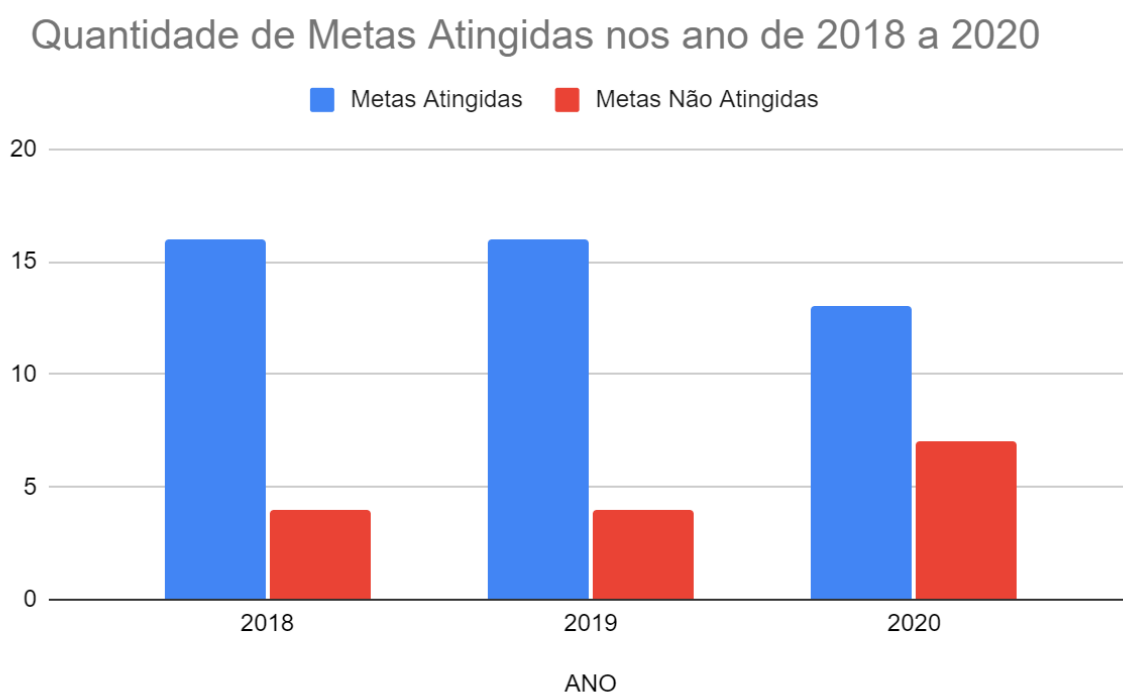


Fonte: Manual de Planejamento no SUS

## 1. Análise das Metas do Plano Municipal de Saúde anterior

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

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



Fonte: DIGISUS Gestor - Módulo Planejamento (DIGISUSGMP)

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 passos. 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 Barra Funda.

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