

Município de Engenho Velho
Secretaria Municipal da Saúde



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

20²⁶

20²⁹





**Município de Engenho Velho
Secretaria Municipal da Saúde**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2026 - 2029**

**Engenho Velho
2025**

Prefeito Municipal

Paulo André Dal alba

Vice-Prefeito Municipal

Glaucio Bernardi

Secretário Municipal da Saúde

Maristela Beluzzo Trombetta

Presidente do Conselho Municipal da Saúde

Glaciane Bernardi

COLABORADORES:

Equipe de Saúde do Município de Engenho Velho

Conselho Municipal de Saúde

JC Assessoria e Consultoria em Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	8
INTRODUÇÃO	9
ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO MUNICIPAL.....	11
I ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	14
1. Panorama demográfico e características da população	15
2. Determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.....	29
2.1 Condições econômicas, sociais, ambientais, de habitação, de trabalho.....	29
2.2 Comportamentos e estilo de vida.....	39
2.3 Violências	40
3. Características epidemiológicas	46
4. Das redes de atenção à saúde	51
4.1 Atenção Primária à Saúde	54
4.2 Estratégia de Saúde da Família.....	55
4.3 Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.....	57
4.4 Saúde Bucal	57
4.5 Atenção Psicossocial.....	58
4.6 Atenção Materno-Paterno-Infantil	59
4.7 Atenção da Pessoa com Deficiência.....	60
4.8 Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.....	61
4.9 Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	62
4.10 Atenção ás Urgências.....	63
4.11 Assistência Farmacêutica	64
4.12 Vigilância em Saúde	66
4.13 Regulação do Acesso.....	67
4.14 Serviços disponibilizados na rede privada contratada.....	68
5. Macroprocessos de governança da gestão estadual do SUS.....	68
5.1. Instâncias de pactuação intergestores	69
5.2 Planejamento Regional Integrado	70
5.3 Participação Social	71

5.3.1 Controle Social.....	71
5.3.2 Ouvidoria SUS	72
5.4 Implantação de Sistemas e Utilização de Informação para a tomada de decisão	73
5.5 Auditoria.....	73
5.6 Educação, ciência, tecnologia e Inovação em Saúde	73
5.7 Gestão do Trabalho	74
5.8 Financiamento.....	77
5.9 Judicialização em Saúde.....	79
II DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	80
III MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	81
1. Metodologia de monitoramento do PMS 2026-2029.....	86
2. Transparência	83
Referências	84

FIGURAS

Figura 1- Localização do município de Engenho Velho no contexto estadual.....	11
Figura 2 - Localização da Região e Macrorregião de Saúde.....	12
Figura 3- Visão cartográfica do território municipal	12
Figura 4- População residente 2022	15
Figura 5- Indicadores Demográficos 2010-2019.....	16
Figura 6- Evolução da população 2010-2019.....	17
Figura 7- População por condição de atividade 2019.....	18
Figura 8- Razão de dependência	18
Figura 9- Expectativa de vida ao nascer.....	19
Figura 10- Mortalidade Infantil.....	19
Figura 11- Características da população.....	20
Figura 12- Situação dos domicílios.....	20
Figura 13- Vínculos empregatícios no município 2019	30
Figura 14- Estabelecimentos por porte segundo faturamento	30
Figura 15- Trabalhadores por faixa de remuneração média.....	31
Figura 16- Renda domiciliar per capita.....	31
Figura 17- Potencial de consumo por tipo.....	32
Figura 18 Composição do IDESE	33
Figura 19- Evolução IDESE	34
Figura 20- Escolaridade da população	34
Figura 21- Taxa de analfabetismo.....	35
Figura 22- Situação dos domicílios.....	35
Figura 23- Volume de agrotóxico por região de saúde.....	36
Figura 24- Taxa regional de analfabetismo	38
Figura 25- Proporção de pessoas com baixa renda na região	38
Figura 26- Ranking dos 17 principais fatores de risco, do nível 2, para todas as causas de Disability Adjusted Life Years (DALYs) padronizados por idade, para ambos os sexos, em 2015, por Unidade Federativa do Brasil, GBD Brasil, 2015.....	40
Figura 27- Série histórica de notificações de violência.....	41

Figura 28- Taxa total de violência, sexual e autoprovocada	41
Figura 29- Série histórica de notificações de suicídio.....	41
Figura 30- Total de suicídios por ano.....	42
Figura 31- Ocorrências de crimes violentos	42
Figura 32- Ranking de ocorrências por crimes violentos	43
Figura 33- Violência contra à mulher	44
Figura 34- Ranking de ocorrências de crimes contra à mulher	44
Figura 35- Vítimas fatais em acidentes de trânsito	45
Figura 36- Redes de Atenção à Saúde	51
Figura 37- Poliarquia.....	52
Figura 38- RAS	54
Figura 39- Saúde da Família	56
Figura 40- Saúde Indígena.....	57
Figura 41- RAPS.....	59
Figura 42- Prevenção combinada	62
Figura 43- Componentes da Assistência Farmacêutica.....	66
Figura 44- Ciclo da Assistência Farmacêutica	65
Figura 45- Vigilância em Saúde.....	66
Figura 46- Governança e Gestão.....	68
Figura 47- Gestão de processos	69
Figura 48- Ouvidoria municipal	72
Figura 49- Evolução do investimento em saúde.....	78
Figura 50- Investimento por habitante.....	78
Figura 51- Ranking de municípios.....	79
Figura 52- Instrumentos de planejamento no SUS.....	82

TABELAS

Tabela 1- Dados de usuários cadastrados pelas Equipes de AB.....	21
Tabela 2- Identificação do usuário por faixa etária.....	22
Tabela 3- Identificação do usuário SUS por sexo	23
Tabela 4- Identidade de gênero	23
Tabela 5- Orientação sexual.....	24
Tabela 6- Grupos familiares.....	24
Tabela 7- Raça e cor.....	25
Tabela 8- População indígena	25
Tabela 9- Nacionalidade	26
Tabela 10- Relação de parentesco com o responsável familiar.....	26
Tabela 11- Cuidado de crianças de 0 à 9 anos	27
Tabela 12- Informações sociodemográficas.....	28
Tabela 13- Situação no mercado de trabalho	37
Tabela 14- Comportamentos	39
Tabela 15- Situações de saúde gerais	46
Tabela 16- Peso.....	47
Tabela 17- Doença cardíaca.....	47
Tabela 18- Problemas nos rins.....	48
Tabela 19- Deficiência	48
Tabela 20- Principais causas de internação	49
Tabela 21- Principais causas de mortalidade	50
Tabela 22- Série histórica produção e atualização cadastral de usuários.....	56
Tabela 23- Profissionais de saúde trabalhando no SUS	74
Tabela 24- Tipo de estabelecimento e gestão	76
Tabela 25- Natureza jurídica	76
Tabela 26- Demonstrativo da Programação de Despesa com saúde.....	77

APRESENTAÇÃO

Apresento o Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2026-2029, 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 2025 como forma de 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.

Baseadas na 9ª Conferência Municipal de Saúde e no diagnóstico municipal, a construção do Plano de Saúde representa um avanço na direção de concretizar o planejamento ascendente, com definição de metas e prioridades. 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, 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 2026-2029 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 Engenho Velho.

Neste sentido, busca-se consolidar a descentralização da Atenção Primária, aprimorar a assistência farmacêutica e modernizar a gestão e o acesso aos serviços com ênfase na porta de entrada do SUS, construindo através da força coletiva, uma saúde de qualidade e resolutiva para a população.

Maristela Beluzzo Trombetta
Secretaria da Saúde de Engenho Velho/RS

INTRODUÇÃO

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 resolutivosS (SES/RS, 2021).

O Plano Municipal de Saúde de Engenho Velho para o período de 2026/2029, visa cumprir as proposições constitucionais; a Lei 8080 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 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).

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 de Situação de Saúde** que caracteriza a população para quem se planeja saúde no município; o segundo contém **Diretriz, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMIs)** baseados na 9ª Conferência Municipal de saúde e, por fim, o terceiro capítulo dispõe sobre o método de **Monitoramento e Avaliação** das ações propostas (SES/RS, 2024).

ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO MUNICIPAL

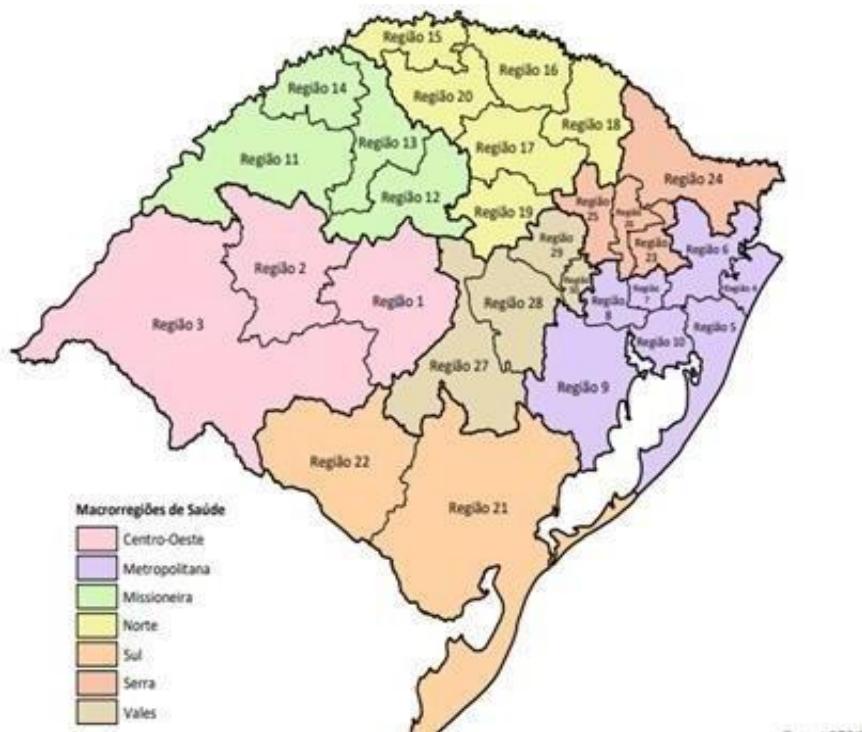
Fundado em 20 de março de 1992, o município de Engenho Velho possui uma área de 71,191 Km², com população IBGE (2022) de 1.296 habitantes, o que representa 0,01% da população estadual. Está localizado a uma distância de 365 Km da capital do Estado. No âmbito da saúde, o município integra a Região de Saúde nº 20 - Rota da Produção e a Macrorregião de Saúde Norte, conforme demonstram os elementos cartográficos abaixo. A Unidade Administrativa Estadual responsável por coordenar, articular e organizar o sistema de saúde loco-regional é a 15^a Coordenadoria Regional de Saúde, com sede no município de Palmeira das Missões.

Figura 1 Localização do município de Engenho Velho no contexto estadual



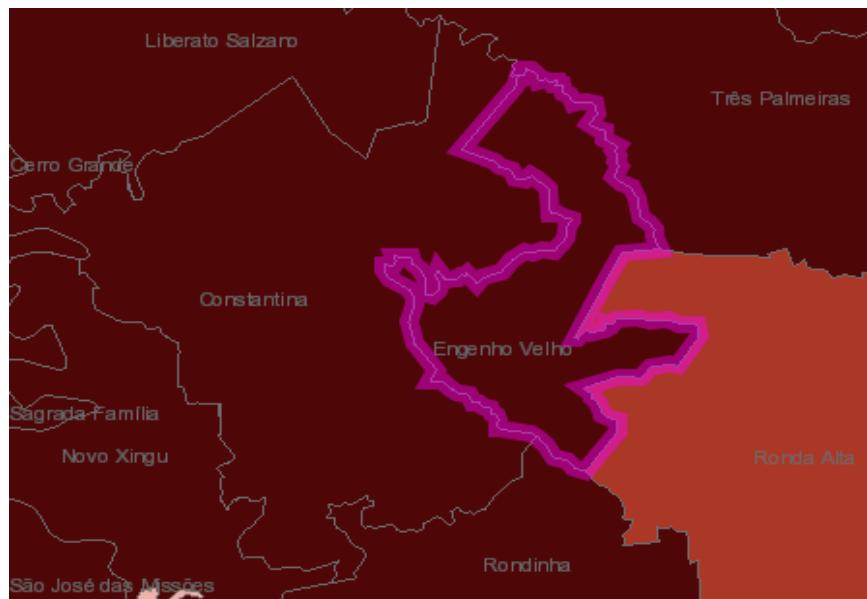
Fonte: IEDE/RS

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. No município de Engenho Velho cerca de 97,97 da população (1263 indivíduos) é dependente do SUS. O município tem 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família e 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 DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

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

A presente análise da situação de saúde 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.

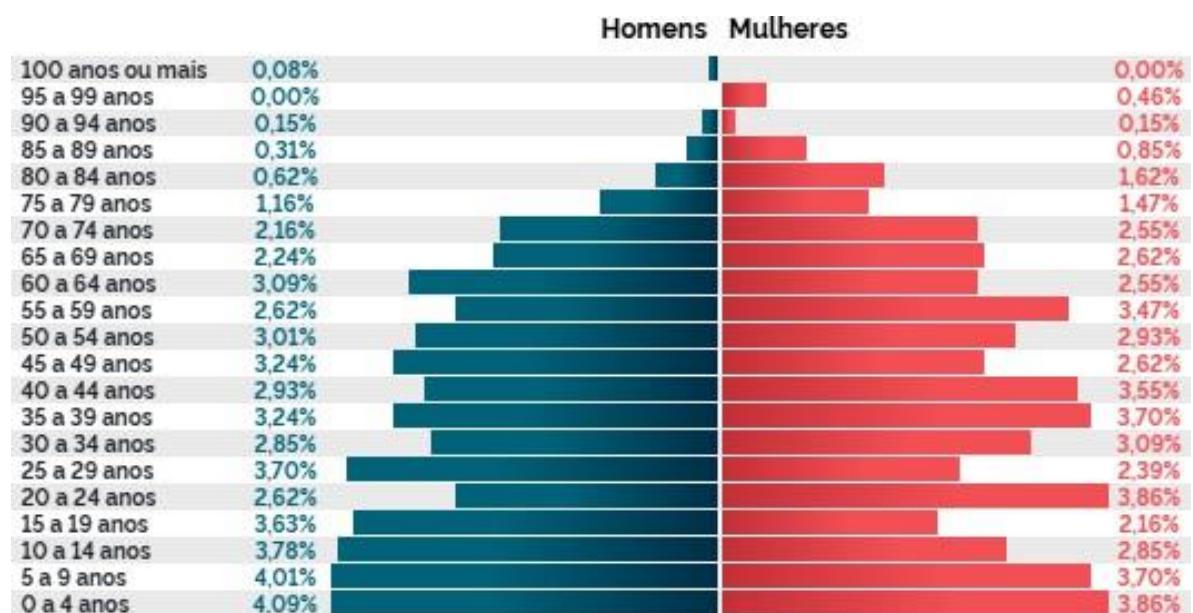
Parte-se, portanto, de um conceito ampliado de saúde e de uma compreensão do território não apenas como um espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial, ele também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial altera o espaço vivido (RIGHI,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

Serão utilizados para tanto, 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 Engenho Velho, conforme o censo 2022 é de 1.296 habitantes e pode ser visualizada a partir do gráfico abaixo:

Figura 4- População residente 2022

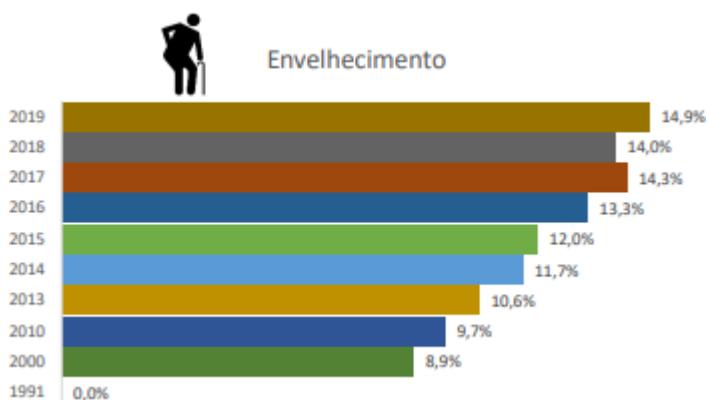


Fonte: IBGE censo 2022

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).

Observa-se redução gradual das faixas etárias adultas e idosas, o que sugere transição demográfica inicial, com possíveis desafios futuros de ampliação da demanda por educação e atenção básica, especialmente em saúde materno-infantil. A leve predominância feminina nas faixas mais elevadas de idade reflete o padrão epidemiológico esperado de maior longevidade das mulheres, característica comum em municípios de pequeno porte com baixa urbanização e limitado acesso a serviços especializados.

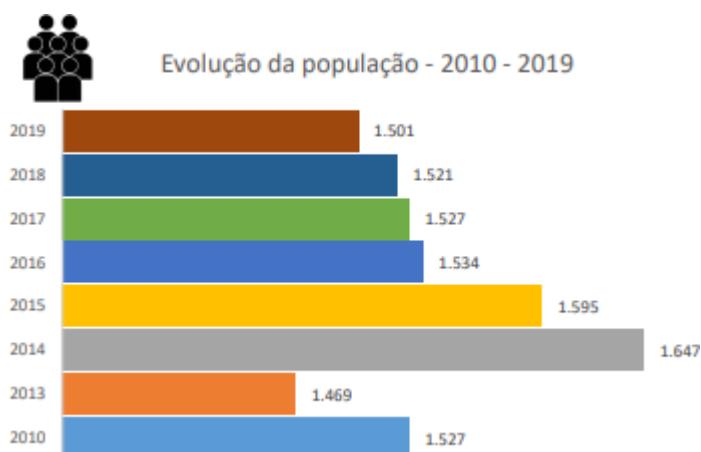
Figura 5- Indicadores Demográficos 2010-2019



Fonte: DataSebrae

O Município apresenta um aumento progressivo de envelhecimento populacional, com aumento constante do percentual de pessoas idosas, passando de 8,9% em 2000 para 14,9% em 2019. Esse crescimento indica uma transição demográfica consolidada, com redução da fecundidade e aumento da expectativa de vida, tal cenário demanda reorganização das ações da Atenção Primária à Saúde, com ênfase na prevenção de doenças crônicas, reabilitação funcional e cuidado continuado, além do fortalecimento da rede de apoio ao idoso e de políticas intersetoriais voltadas ao envelhecimento saudável.

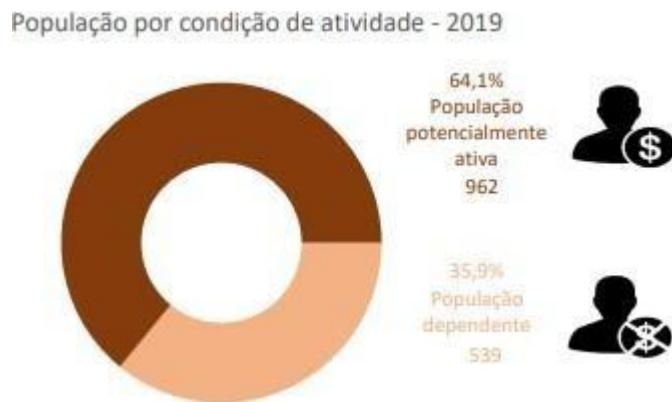
Figura 6- Evolução da população 2010-2019



Fonte: DataSebrae

No município existe uma estabilidade populacional com leve tendência de declínio entre 2014 e 2019, passando de 1.647 para 1.501 habitantes. Esse comportamento sugere migração de jovens para centros urbanos e redução da taxa de natalidade, fenômenos comuns em municípios de pequeno porte. Sob o ponto de vista epidemiológico, esse cenário implica em redução da população economicamente ativa e aumento proporcional de idosos, o que exige readequação das políticas públicas — especialmente no planejamento da Atenção Primária, vigilância em saúde e oferta de serviços voltados ao envelhecimento saudável e às doenças crônicas.

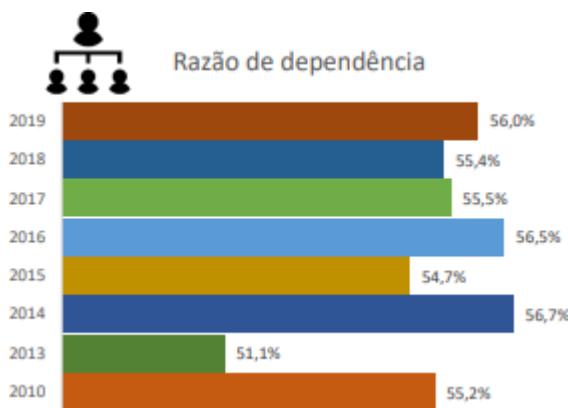
Figura 7- População por condição de atividade 2019



Fonte: DataSebrae

Em 2019, 64,1% da população era potencialmente ativa, enquanto 35,9% era dependente, refletindo uma estrutura etária em transição, com predomínio de adultos em idade produtiva, mas já com proporção expressiva de crianças e idosos dependentes, essa relação evidencia a necessidade de ações integradas de promoção da saúde do trabalhador e da população idosa, além de estratégias de prevenção de agravos e manutenção da capacidade funcional, visando sustentar o equilíbrio entre demanda assistencial e força de trabalho disponível no território.

Figura 8- Razão de dependência



Fonte: DataSebrae

A razão de dependência populacional manteve-se elevada e relativamente estável, variando entre 51% e 57% no período de 2010 a 2019. Esse indicador revela que, para cada 100 pessoas em idade ativa, há cerca de 56 dependentes (crianças, adolescentes e idosos), o que reflete pressão crescente sobre os serviços públicos, especialmente saúde, educação e assistência social.

Figura 9- Expectativa de vida ao nascer



Fonte: DataSebrae

Constata-se um aumento significativo da expectativa de vida ao nascer, passando de 65,5 anos em 1991 para 74,2 anos em 2010, o que demonstra avanços nas condições de saúde, saneamento e acesso aos serviços públicos. Do ponto de vista epidemiológico, essa tendência reflete a transição demográfica e epidemiológica, com redução da mortalidade infantil e aumento de prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, exigindo reorganização da rede de atenção à saúde para o cuidado continuado, acompanhamento de idosos e fortalecimento das políticas de promoção e prevenção da saúde.

Figura 10- Mortalidade Infantil

Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 Habitantes

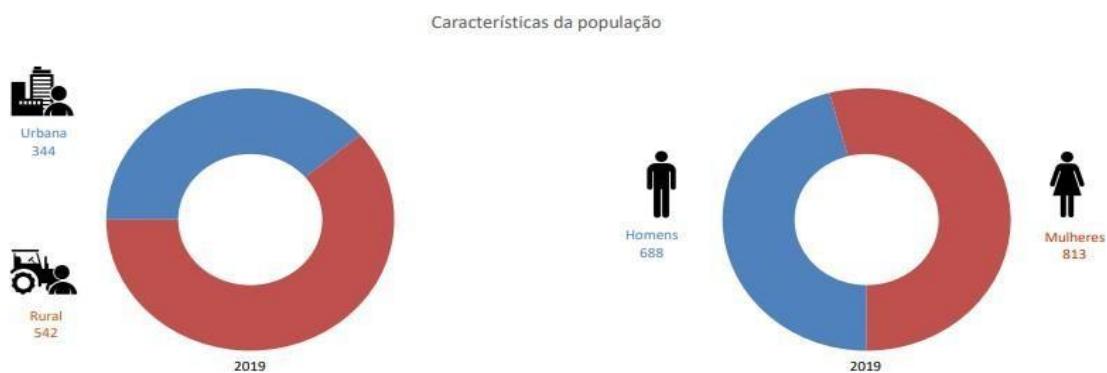
Numerador: número de óbitos de menores de 1 ano de idade em determinado período e local de residência. Denominador: número de nascidos em determinado período e local de residência. Fator de multiplicação: 1.000
(Fonte: SES/RS - Secretaria Estadual da Saúde)



Fonte: Mapa Social MPRS

A taxa de mortalidade infantil em 2021, foi muito superior à meta estadual de 9,75%. Esse comportamento rompe uma tendência de estabilidade observada entre 2017 e 2020, quando a taxa permaneceu em zero, e aponta para eventos pontuais de óbito infantil evitável. O que sugere o fortalecimento de ações no pré-natal, parto e puericultura a fim de identificar falhas na linha de cuidado materno-infantil e prevenir reincidências.

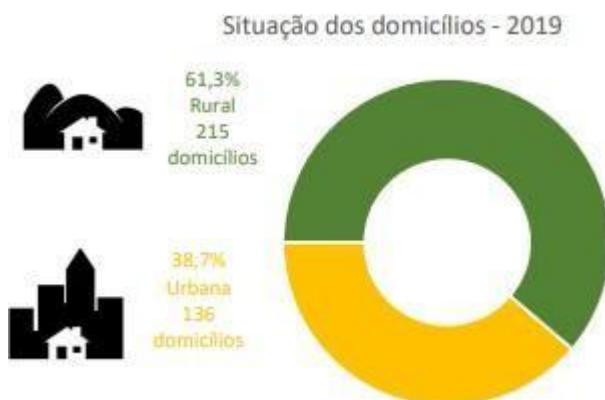
Figura 11- Características da população



Fonte: DataSebrae

Em 2019, a maior parte da população residia na zona rural (61%), enquanto 39% estavam na área urbana, revelando um município com características predominantemente rurais e forte vínculo com atividades agrícolas. Observa-se ainda predomínio feminino (813 mulheres para 688 homens), o que é consistente com a tendência de maior longevidade entre as mulheres. Do ponto de vista epidemiológico, esse perfil indica a necessidade de estratégias diferenciadas de atenção à saúde rural, com ênfase em acessibilidade, vigilância ambiental e ações itinerantes, além de políticas voltadas à saúde da mulher e do trabalhador rural.

Figura 12- Situação dos domicílios



Fonte: DataSebrae

Em 2019, 61,3% dos domicílios estavam localizados na zona rural e 38,7% na zona urbana, caracterizando um município com predomínio do território rural. exigindo estratégias descentralizadas de atenção básica, com fortalecimento das visitas domiciliares e unidades móveis, para garantir equidade e continuidade do cuidado.

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

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

Tabela 1- Dados de usuários cadastrados pelas Equipes de AB

Dados gerais	
Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos	1052
Saída de cidadãos do cadastro	142
Total:	1194

Fonte: e-SUS

O dado a seguir permite analisar a população por faixa etária, mas a tabela não demonstra as informações de toda a população 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	Masc.	Fem.	Indet.	N. Inf.	Total
Menos de 01 ano	5	10	0	0	15
01 ano	5	3	0	0	8
02 anos	7	3	0	0	10
03 anos	2	8	0	0	10
04 anos	6	2	0	0	8
05 a 09 anos	33	35	0	0	68
10 a 14 anos	22	25	0	0	47
15 a 19 anos	30	22	0	0	52
20 a 24 anos	15	22	0	0	37
25 a 29 anos	21	16	0	0	37
30 a 34 anos	33	29	0	0	62
35 a 39 anos	34	40	0	0	74
40 a 44 anos	31	35	0	0	66
45 a 49 anos	37	30	0	0	67
50 a 54 anos	39	43	0	0	82
55 a 59 anos	31	45	0	0	76
60 a 64 anos	45	39	0	0	84
65 a 69 anos	33	33	0	0	66
70 a 74 anos	26	40	0	0	66
75 a 79 anos	26	26	0	0	52
80 anos ou mais	18	41	0	0	59
Não informado	0	0	0	0	0
Total:	499	547	0	0	1046

Fonte: e-SUS

A utilização do Sistema e-SUS enquanto ferramenta de gestão do processo de trabalho e do planejamento no SUS é muito importante, considerando que os dados atualizados de bancos oficiais se reportam às estimativas decorrentes do último censo, datado de 2022, razão pela qual nem sempre refletem a realidade do contexto territorial, sobretudo no que se refere à população indígena. 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	499
Feminino	547
Indeterminado	0
Não informado	0
Total:	1046

Fonte: e-SUS

O dado a seguir demonstra a identidade de gênero e orientação sexual da população no território.

Tabela 4- Identidade de gênero

Informações sociodemográficas - Identidade de gênero

Descrição	Quantidade
Deseja informar identidade de gênero?	
Sim	0
Não	979
N. Inf	67
Homem transgênero	0
Mulher transgênero	0
Travesti	0
Homem cisgênero	0
Mulher cisgênero	0
Transgênero	0

Fonte: e-SUS

Tabela 5- Orientação sexual

Informações sociodemográficas - Orientação sexual

Descrição	Quantidade
Deseja informar orientação sexual?	
Sim	0
Não	982
N. Inf	64
Heterossexual	0
Homossexual (gay / lésbica)	0
Bissexual	0
Gay	0
Lésbica	0
Assexual	0
Panssexual	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	1036	-
Desconhece nome do pai	125	923	-
Responsável familiar	398	650	0

Fonte: e-SUS

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

Tabela 7- Raça e cor

Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor

Descrição	Quantidade
Branca	993
Preta	5
Amarela	0
Parda	22
Indígena	26
Não informado	0
Total:	1046

Fonte: e-SUS

A população indígena no território está assim representada:

Tabela 8- População indígena

MUNICÍPIO	Q	UF	Q	ALDEIA	Q	POPULAÇÃO INDÍGENA
						456
ENGENHO VELHO		RS		LINHA BELA VISTA		88
ENGENHO VELHO		RS		LINHA BOA VIDA		49
ENGENHO VELHO		RS		LINHA CAPOEIRA GRANDE		12
ENGENHO VELHO		RS		LINHA FELIPE		76
ENGENHO VELHO		RS		LINHA LUZATO		144
ENGENHO VELHO		RS		LINHA POLITA		83
ENGENHO VELHO		RS		LINHA SANTA MARIA		4

Fonte: Ministério da Saúde

Todos os residentes cadastrados se declaram brasileiros.

Tabela 9- Nacionalidade

Identificação do usuário / cidadão - Nacionalidade	
Descrição	Quantidade
Brasileira	1048
Naturalizado	0
Estrangeiro	0
Não informado	0
Total:	1048

Fonte: e-SUS

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

Tabela 10- Relação de parentesco com o responsável familiar

Informações sociodemográficas - Relação de parentesco com o responsável familiar	
Descrição	Quantidade
Cônjuge / Companheiro(a)	233
Filho(a)	275
Enteado(a)	6
Neto(a) / Bisneto(a)	30
Pai / Mãe	17
Sogro(a)	10
Irmão / Irmã	9
Genro / Nora	19
Outro parente	2
Não parente	1
Não informado	446
Total:	1048

Fonte: e-SUS

No que se refere ao cuidado com as crianças, a totalidade dos respondentes do quesito no cadastro informou que as crianças são cuidadas e supervisionadas por um adulto responsável.

Tabela 11- Cuidado de crianças de 0 à 9 anos

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

Descrição	Quantidade
Adulto responsável	104
Outra(s) criança(s)	0
Adolescente	0
Sozinha	0
Creche	0
Outro	0
Não informado	944
Total:	1048

Fonte: e-SUS

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

Tabela 12- Informações sociodemográficas

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

Descrição	Quantidade
Creche	25
Pré-escola (exceto CA)	12
Classe de alfabetização - CA	31
Ensino fundamental 1 ^a a 4 ^a séries	322
Ensino fundamental 5 ^a a 8 ^a séries	199
Ensino fundamental completo	64
Ensino fundamental especial	1
Ensino fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1 ^a a 4 ^a)	1
Ensino fundamental EJA - séries finais (supletivo 5 ^a a 8 ^a)	5
Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico e etc)	92
Ensino médio especial	81
Ensino médio EJA (supletivo)	2
Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado	119
Alfabetização para adultos (Mobral, etc)	0
Nenhum	14
Não informado	80
Total:	1048

Fonte: e-SUS

2. Determinantes e condicionantes do processo saúde-doença

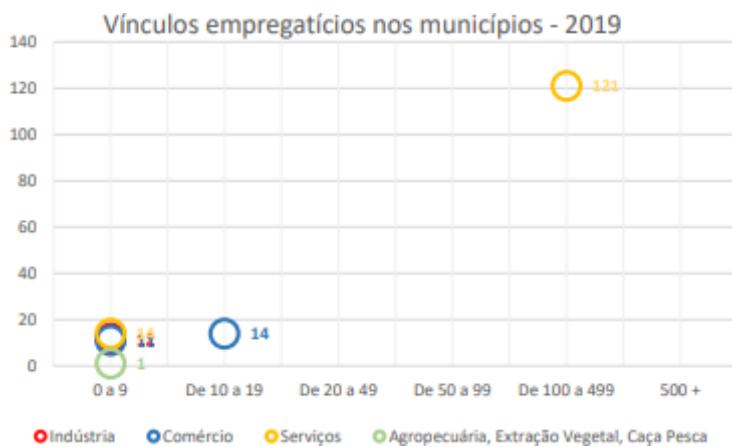
Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença relacionam a atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando a garantia de melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade. Em geral essas políticas são responsabilidade de setores distintos, que frequentemente operam de maneira independente, obrigando o estabelecimento de mecanismos que permitam uma ação integrada e sistêmica (BUSS; PELEGRI NO FILHO, 2007).

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).

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

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

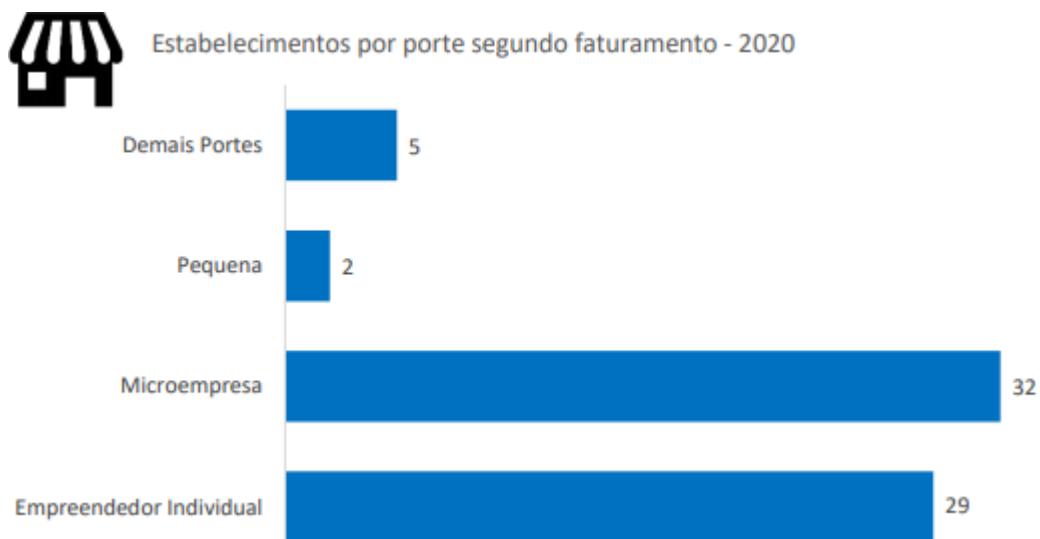
Figura 13- Vínculos empregatícios no município 2019



Fonte: DataSebrae

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

Figura 14- Estabelecimentos por porte segundo faturamento

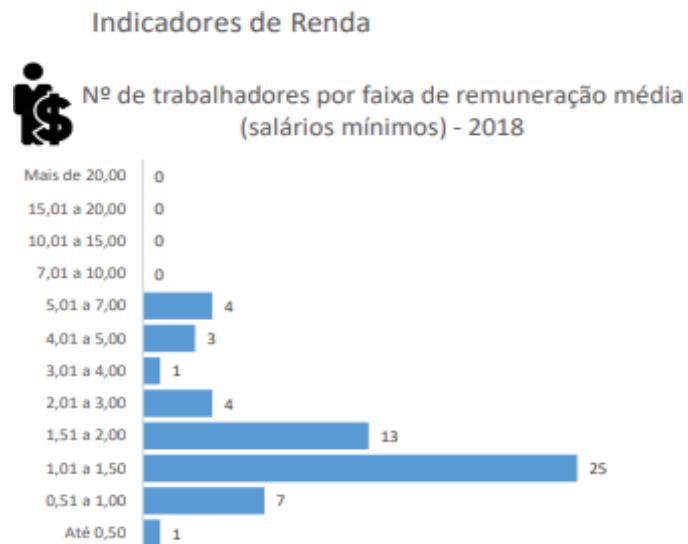


Fonte: DataSebrae

Essas características referentes às fontes de ocupação prevalentes no território repercutem na faixa de remuneração média dos trabalhadores. Conforme se observa do gráfico abaixo, prepondera a faixa de trabalhadores com remuneração média entre um salário mínimo e um salário mínimo e meio. A renda média revela mais uma vez a

importância do Sistema Único de Saúde e da gratuidade para que a população local possa alcançar melhores índices de acesso à saúde.

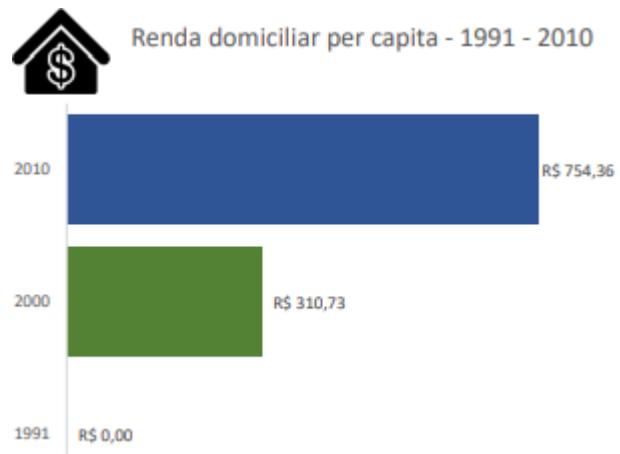
Figura 15- Trabalhadores por faixa de remuneração média



Fonte: DataSebrae

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

Figura 16- Renda domiciliar per capita

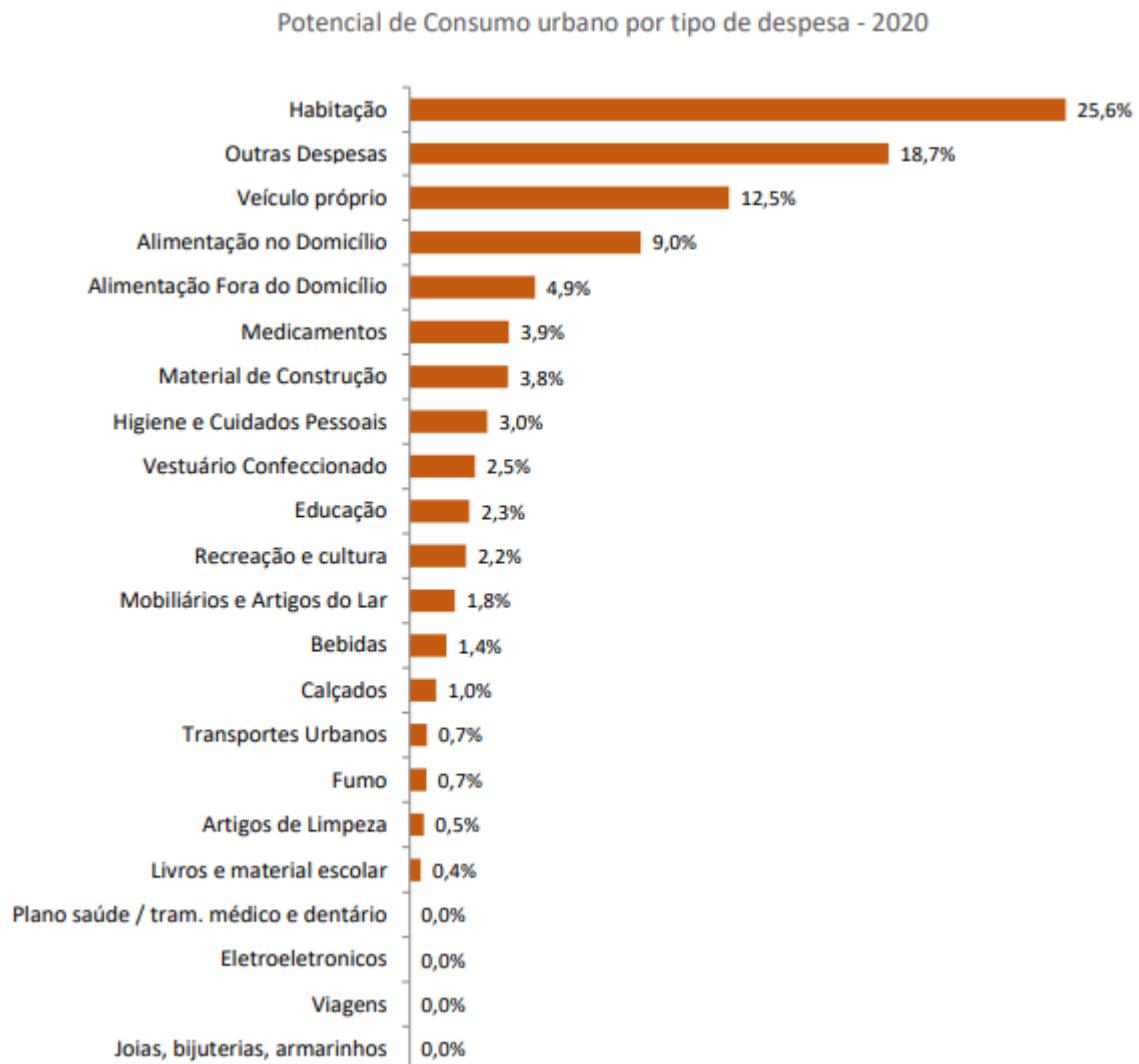


Fonte: DataSebrae

No que se refere ao potencial de consumo das famílias, é possível observar que a despesa prioritária é com habitação. A habitação, enquanto determinante da saúde, possui relação importante no processo saúde-doença. Verifica-se, que o

percentual de gastos de medicamentos e higiene possui destaque entre as despesas de consumo das famílias. Outrossim, os dados de despesas com tratamentos médicos, odontológicos e planos de saúde não foram citados. O que sinaliza que a população conta com a prestação de serviços SUS, tendo a Atenção Primária em Saúde como porta de entrada. Cabe destacar que o município possui um percentual de população SUS dependente de 97,97%.

Figura 17- Potencial de consumo por tipo



Fonte: DataSebrae

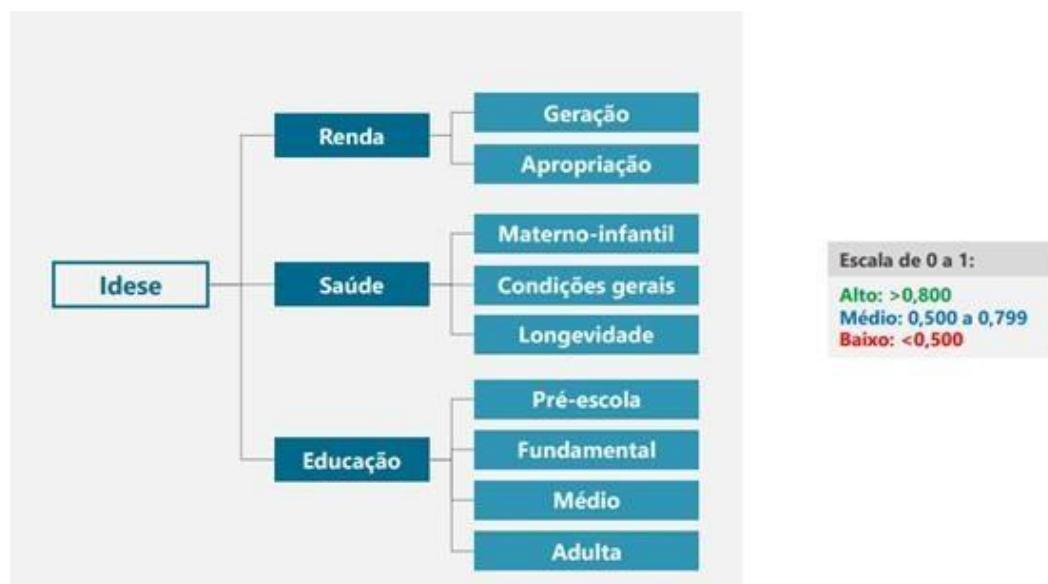
Outro indicador relevante para essa análise é o IDESE. O Departamento de Economia e Estatística (DEE) calcula os resultados do Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese) do Estado do Rio Grande do Sul e de suas regionalizações:

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, à renda e à saúde (DEE, 2021).

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

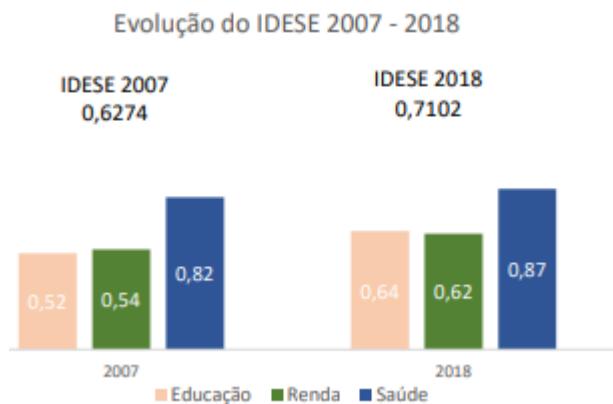
Figura 18- Composição do IDESE



Fonte: DEE/RS

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

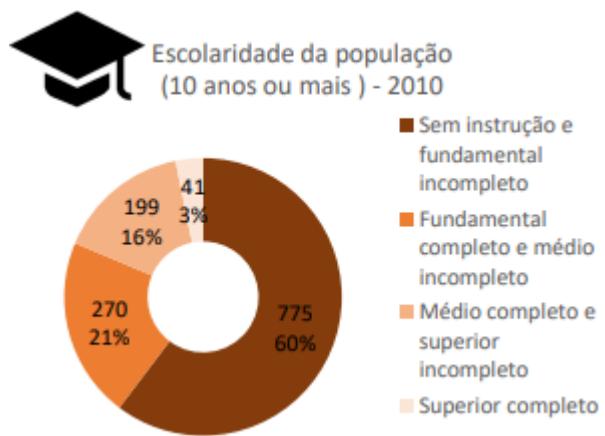
Figura 19- Evolução IDESE



Fonte: DataSebrae

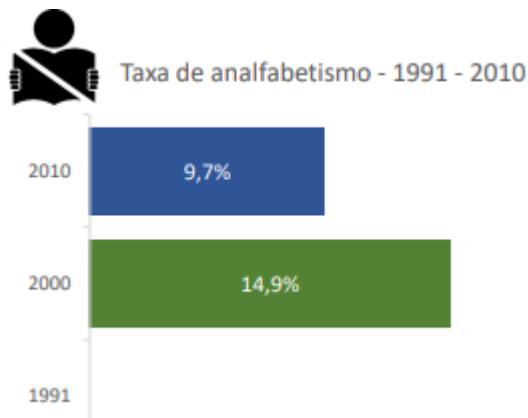
Ainda, no que concerne à escolaridade da população e a taxa de analfabetismo, o último censo demonstrou um imenso desafio considerando a prevalência de pessoas sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto, com o passar dos anos esse quadro vem sendo revertido, conforme demonstra o próprio IDESE.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

Figura 20- Escolaridade da população



Fonte: DataSebrae

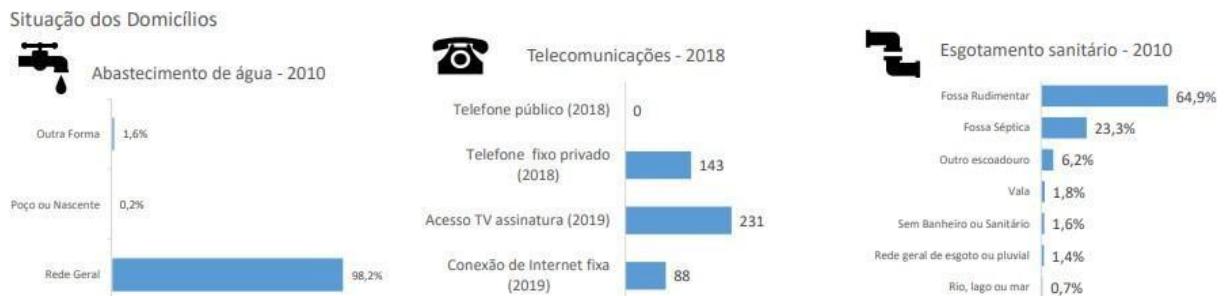
Figura 21- Taxa de analfabetismo



Fonte: DataSebrae

No que se refere às 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.

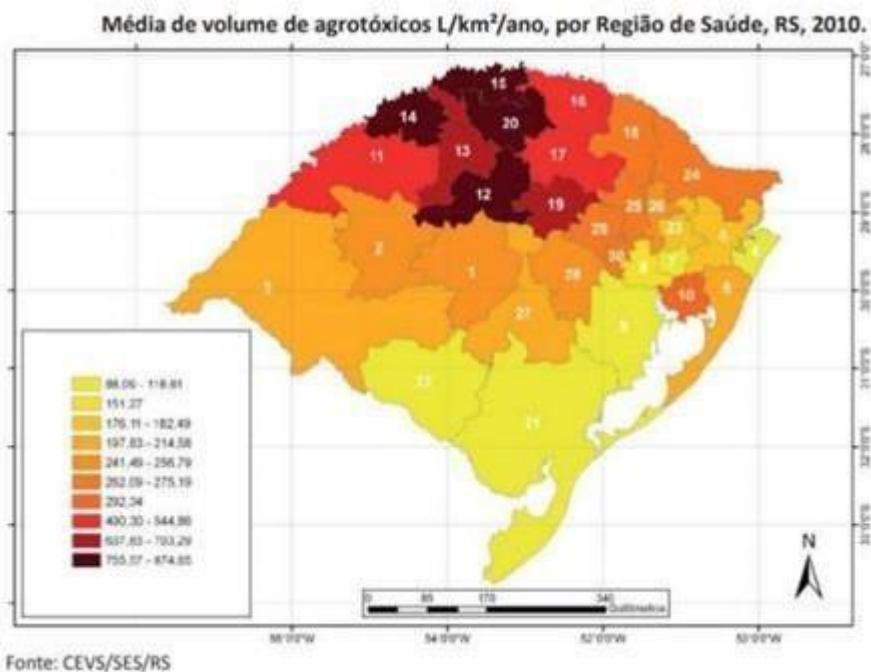
Figura 22- Situação dos domicílios



Fonte: DataSebrae

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

Figura 23- Volume de agrotóxico por região de saúde



Fonte: CEVS/SES/RS

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

Tabela 13- Situação no mercado de trabalho

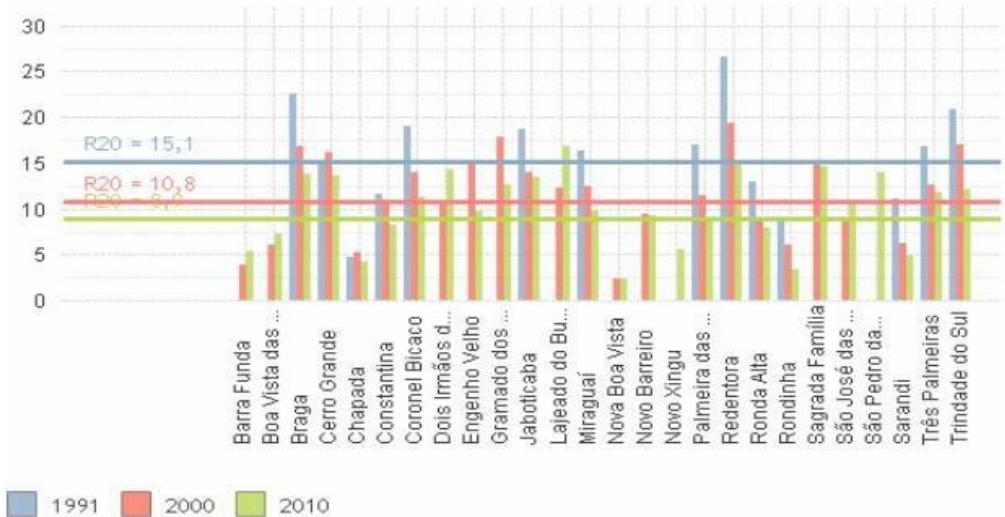
Informações sociodemográficas - Situação no mercado de trabalho	
Descrição	Quantidade
Empregador	4
Assalariado com carteira de trabalho	121
Assalariado sem carteira de trabalho	64
Autônomo com previdência social	177
Autônomo sem previdência social	25
Aposentado / Pensionista	292
Desempregado	3
Não trabalha	98
Servidor público / Militar	52
Outro	112
Não informado	100
Total:	1048

Fonte: e-SUS

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

Figura 24- Taxa regional de analfabetismo

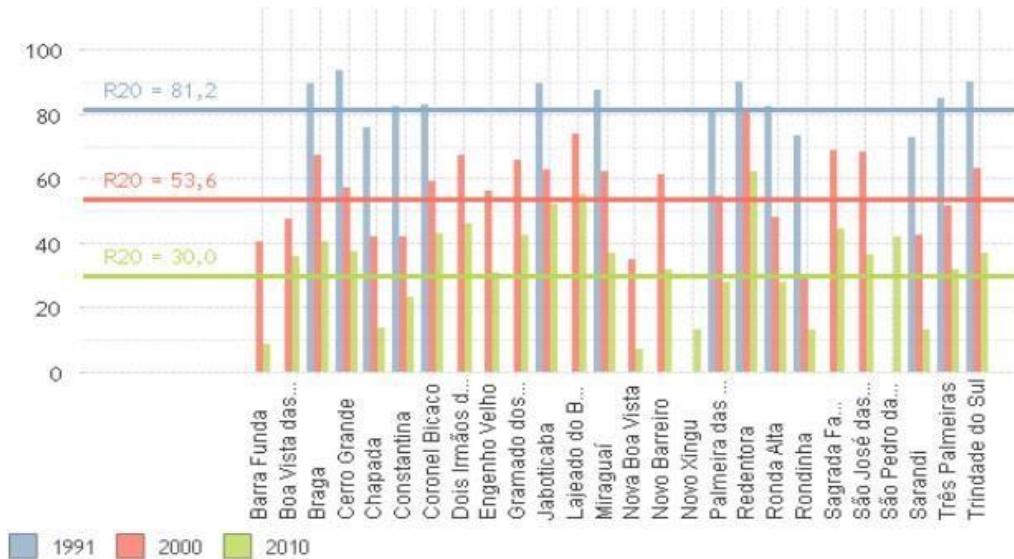
Taxa de Analfabetismo (%), Região 20 - Rota da Produção, RS, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: PRI

Figura 25- Proporção de pessoas com baixa renda na região

Proporção de pessoas com baixa renda, < 1/2 salário mínimo (%), Região 20 - Rota da Produção, RS, 1991, 2000 e 2010.



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 a baixa participação em grupos comunitários são dados relevantes para este tópico.

Importante referir que o convívio social e comunitário é uma prática importante para o autocuidado em saúde mental. Já que estilos de vida pautados no sedentarismo, alimentação inadequada e na pouca interação comunitária tem repercutido na prevalência de algumas doenças crônicas no contexto brasileiro.

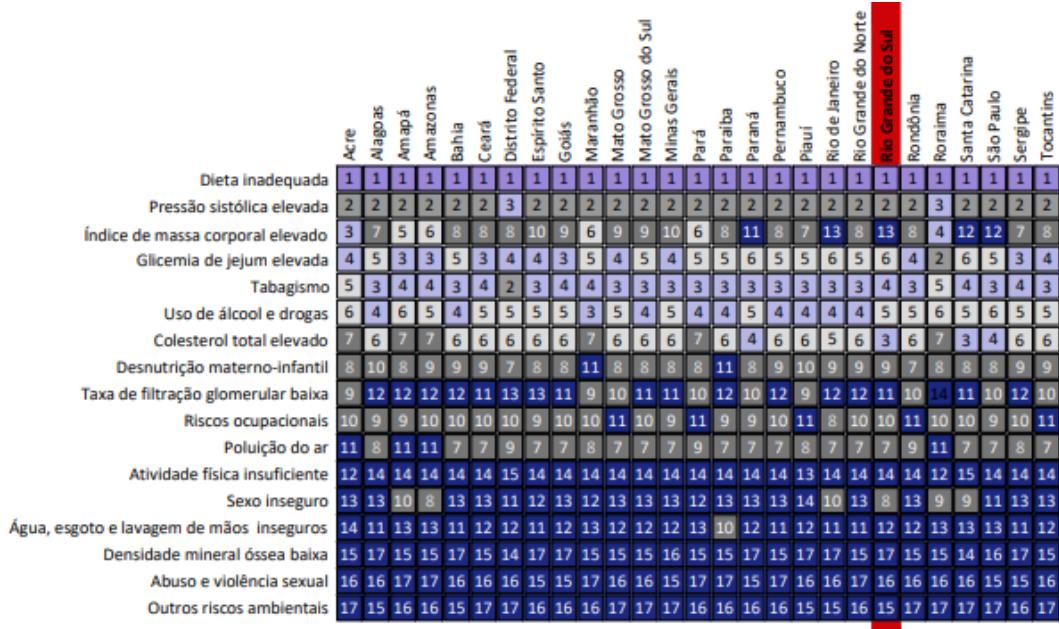
Tabela 14- Comportamentos

Outras informações sociodemográficas			
Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Frequenta cuidador tradicional?	105	876	67
Frequenta escola ou creche	214	834	0
Participa de algum grupo comunitário?	164	818	66
Possui plano de saúde privado?	240	747	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 26- Ranking dos 17 principais fatores de risco, do nível 2, para todas as causas de Disability Adjusted Life Years (DALYs) padronizados por idade, para ambos os sexos, em 2015, por Unidade Federativa do Brasil, GBD Brasil, 2015.



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

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

2.3 Violências

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

No que se refere aos dados da área da saúde, da série histórica relativa à taxa total de violência verifica-se um pico de notificações no ano de 2018.

Figura 27- Série histórica de notificações de violência



Fonte: BI

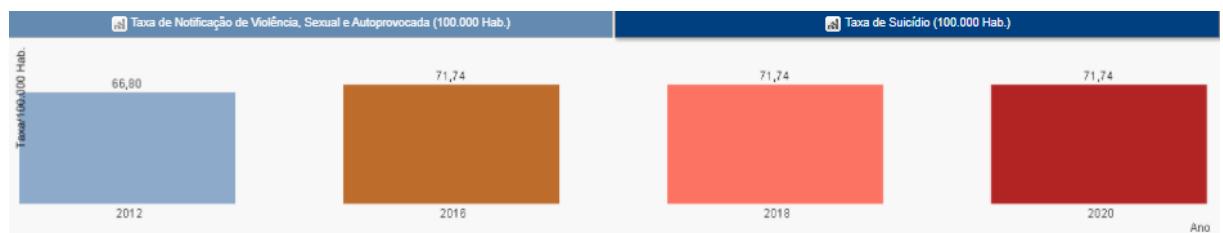
Figura 28- Taxa total de violência, sexual e autoprovocada



Fonte: BI

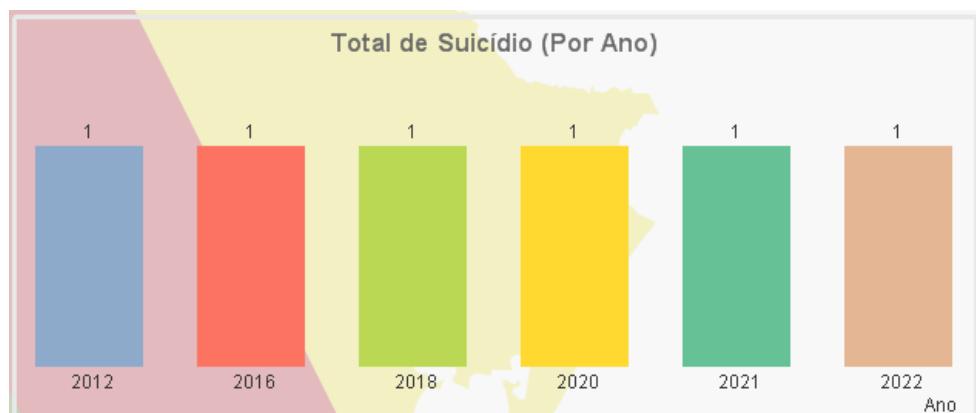
No que se refere a taxa de suicídio é possível observar uma série histórica de um caso/ano intercalados por períodos sem incidência, o que acende um sinal de alerta para o cuidado em saúde mental.

Figura 29- Série histórica de notificações de suicídio



Fonte: BI

Figura 30- Total de suicídios por ano



Fonte: BI

A partir dos dados oriundos da segurança pública, é possível verificar o percentual zerado ao longo dos anos de 2019 a 2021, voltando a subir em 2022.

Figura 31- Ocorrências de crimes violentos

Ocorrências de Crimes Violentos por 1.000 Habitantes

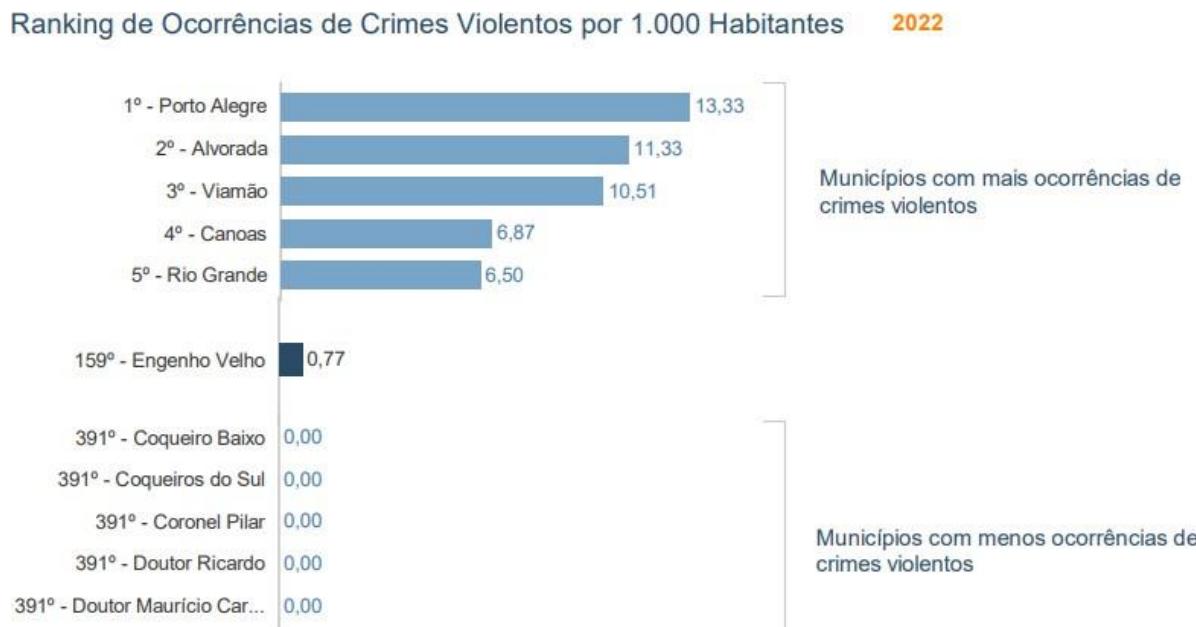
Razão entre o número de ocorrências de crimes violentos no município (Homicídio Doloso, Homicídio Doloso de Trânsito, Latrocínio, Roubo, Roubo de Veículo) e o número de habitantes do município, cujo resultado é multiplicado por 1.000.
(Fontes: SSP/RS e IBGE, Ocorrências Criminais e População, respectivamente)



Fonte: Mapa Social MPRS

Quando a violência de crimes violentos é observada no comparativo com os demais municípios gaúchos, o município encontra-se na 159^a posição.

Figura 32- Ranking de ocorrências por crimes violentos



Fonte: Mapa Social MPRS

Ainda no que se refere à violência contra à mulher, a ampliação constante de políticas públicas e da articulação da rede de proteção à mulher vítima de violência é importante para que sejam assegurados os direitos de todas as mulheres, os dados criminais demonstram que de 2021 a 2023 vem aumentando assustadoramente, pelo tamanho do município.

Figura 33- Violência contra à mulher

Violência Contra a Mulher

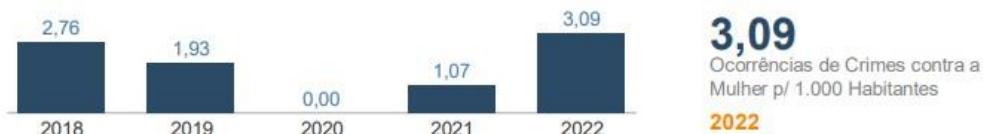
São as Ocorrências Criminais, por tipo de delito enquadrado na Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/06), divulgados pela Secretaria de Segurança Pública (Fonte: SSP/RS).

Evolução das Ocorrências Criminais



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, Femicídio Tentado e Femicídio 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)

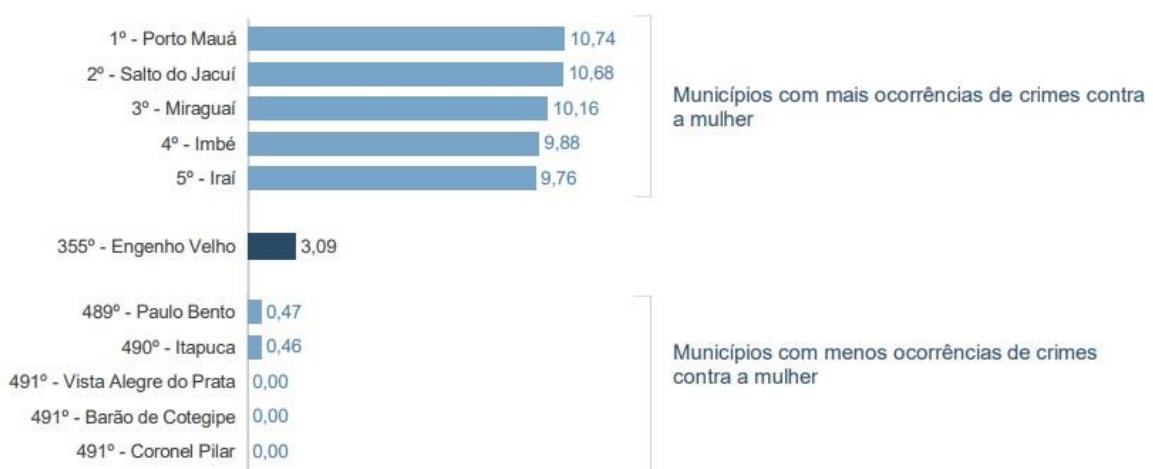


Fonte: Mapa Social MPRS

Quando a violência contra a mulher é observada no comparativo com os demais municípios gaúchos, o município encontra-se na 355^a posição.

Figura 34- Ranking de ocorrências de crimes contra à mulher

Ranking de Ocorrências de Crimes Contra a Mulher por 1.000 Habitantes 2023



Fonte: Mapa Social MPRS

No que se refere a violência no trânsito também se verifica uma série histórica sem incidência de vítimas fatais.

Figura 35- Vítimas fatais em acidentes de trânsito

Violência no Trânsito¹

(Fonte: Detran/RS)

Vítimas Fatais em Acidentes de Trânsito 2022

0	0	0	0	0
2018	2019	2020	2021	2022

Evolução de Acidentes Fatais 2022

Tipo de Via
Federal Estadual Municipal

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2018	2019	2020	2021	2022							

¹ Dados extraídos da fonte em 07/03/2017.

Fonte: Mapa Social MPRS

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

3. Características epidemiológicas

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

Tabela 15- Situações de saúde gerais

Condições / Situações de saúde gerais

Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Está acamado	4	980	64
Está com hanseníase	0	984	64
Está com tuberculose	0	982	66
Está domiciliado	33	950	65
Está fumante	33	951	64
Está gestante	9	291	748
Faz uso de álcool	71	913	64
Faz uso de outras drogas	1	983	64
PIC	8	972	68
Tem diabetes	54	929	65
Tem hipertensão arterial	282	705	61
Tem ou teve câncer	17	966	65
Teve AVC / derrame	10	974	64
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde	177	807	64
Teve infarto	5	979	64
Teve internação nos últimos 12 meses?	20	964	64
Usa plantas medicinais	121	863	64

Fonte: e-SUS

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

Tabela 16- Peso

Condições / Situações de saúde gerais - Sobre seu peso, você se considera

Descrição	Quantidade
Abaixo do peso	5
Peso adequado	921
Acima do peso	46
Não informado	76
Total:	1048

Fonte: e-SUS

No que se refere à doenças cardíacas, 50 usuários declararam em seu cadastro possuir algum problema. O número de pessoas que declara possuir doenças renais também é de 23. Considerando o porte populacional, o número chama atenção para o cuidado no território e na rede especializada a fim de que possam ser evitados agravos decorrentes do adoecimento.

Tabela 17- Doença cardíaca

Condições / Situações de saúde gerais - Doença cardíaca

Descrição	Quantidade
Tem doença cardíaca / do coração?	
Sim	50
Não	933
N. Inf	65
Insuficiência cardíaca	4
Não sabe	10
Outra	37

Fonte: e-SUS

Tabela 18 – Problema nos rins

Condições / Situações de saúde gerais - Problemas nos rins

Descrição		Quantidade
Tem ou teve problemas nos rins?	Sim	23
	Não	952
	N. Inf	73
Insuficiência renal		3
Outra		18
Não sabe		3

Fonte: e-SUS

Com relação a deficiência, 82 usuários apresentam alguma deficiência, conforme divisão apresentada na tabela a seguir.

Tabela 19- Deficiência

Informações sociodemográficas - Deficiência

Descrição		Quantidade
Tem alguma deficiência?	Sim	82
	Não	970
Auditiva		7
Física		25
Intelectual / Cognitiva		26
Visual		27
Outra		17

Fonte: e-SUS

Na tabela abaixo está representada a morbidade hospitalar de residentes, segundo capítulo do CID-10. As doenças do aparelho respiratório representam a maioria das internações no ano de 2024.

Tabela 20- Principais causas de internação

Capítulo CID-10	2020	2021	2022	2023	2024
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	21	37	19	13	8
II. Neoplasias (tumores)	6	8	5	7	7
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6	2	5	1	6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	-	-	1
V. Transtornos mentais e comportamentais	11	2	5	9	-
VI. Doenças do sistema nervoso	3	2	2	1	3
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-	1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	19	13	18	19	11
X. Doenças do aparelho respiratório	41	17	30	28	35
XI. Doenças do aparelho digestivo	20	15	15	17	14
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	1	1	1	2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4	-	7	5	7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	15	14	17	23	12
XV. Gravidez parto e puerpério	30	14	18	17	17
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	5	1	3	5	4
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	-	-	2	1
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	1	-	-	1
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	13	8	8	12	18
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	1	2	3
CID 10 ^a Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-
Total	197	135	154	162	151

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

No que se refere à mortalidade de residentes, segundo capítulo do CID-10, as doenças do aparelho digestivo representam a causa mais recorrente no ano de 2023.

Tabela 21- Principais causas de mortalidade

Capítulo CID-10	2020	2021	2022	2023
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	3	1	-
II. Neoplasias (tumores)	1	1	4	-
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	1	1	-
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	4	4	5	1
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	1
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	-
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	1	-	-
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-
XVI. Algumas afec originadas no periodo perinatal	-	1	-	-
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	1	-	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	1	1	-
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	-	-
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	3	4	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-
XXII. Códigos para propósitos especiais	-	-	-	-
Total	8	16	16	5

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 36- Redes de Atenção à Saúde

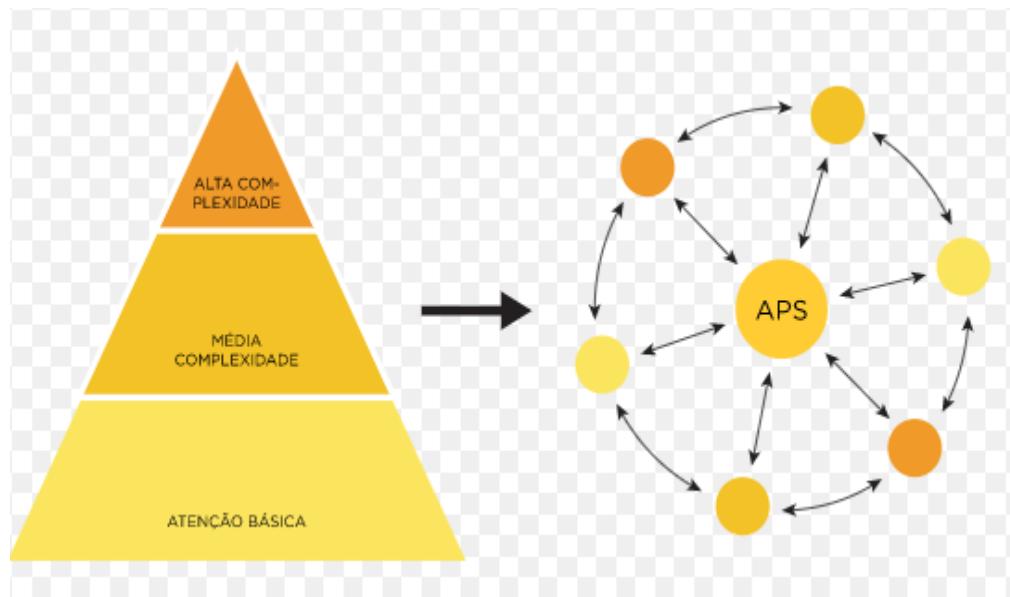


Fonte: Rede HumanizaSUS

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 37- Poliarquia



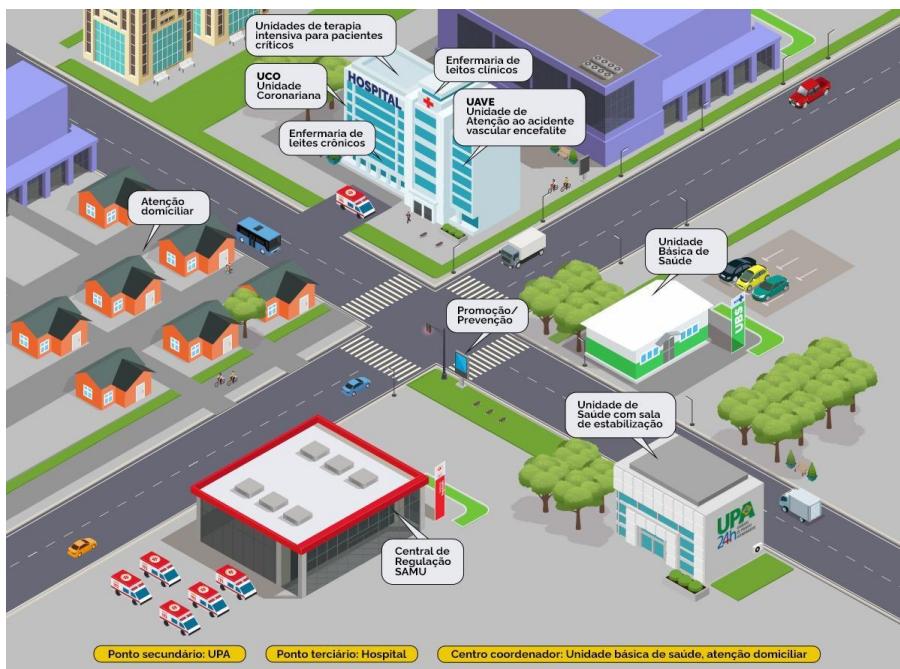
Fonte: CIAR/UFG

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 rationaliza 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 38- RAS



Fonte: Ministério da Saúde

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

O presente capítulo tem por intuito apresentar a organização dos serviços de território.

4.1 Atenção Primária à Saúde

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, 2025).

Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do 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, 2025).

4.2 Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo inovador que coloca a saúde no centro das necessidades da pessoa, da família e do território. Desempenha um papel crucial na reorganização da Atenção Primária à Saúde (SAPS) no Brasil, alinhando-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Reconhecida como prioridade pelo Ministério da Saúde e pelos gestores estaduais e municipais, a ESF tem impulsionado a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária, promovendo uma reorientação no processo de trabalho com grande potencial para fortalecer o cuidado. Além de ampliar a resolutividade e gerar impactos positivos na saúde das pessoas e comunidades, a ESF se destaca pela sua eficácia e pela excelente relação custo-benefício no contexto da saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Essas equipes são a principal porta de entrada da população aos serviços de saúde e têm como objetivo garantir cuidados contínuos aos indivíduos dentro de um território, identificando e intervindo nos fatores e determinantes dos agravos e das necessidades em saúde mais prevalentes. Dessa forma, elas aproximam a assistência da realidade social e de vida dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

O município de Engenho Velho possui uma Estratégia de Saúde da Família implementada atendendo na Unidade básica de Saúde Central da cidade e garante uma cobertura de 100% da população do território.

Figura 39- Saúde da Família



Fonte: Ministério da Saúde

Os dados abaixo ilustram a produção e atualização cadastral no âmbito da Atenção Primária em Saúde, referente aos atendimentos realizados na Unidade Básica de Saúde Central, pois a Unidade de Básica de Saúde Indígena não possui sistema e-SUS instalado.

Tabela 22- Série histórica produção e atualização cadastral de usuários

Cadastros

Descrição	01/2024	02/2024	03/2024	04/2024	05/2024	06/2024	07/2024	08/2024	09/2024	10/2024	11/2024	12/2024	Total
Cadastro domiciliar e territorial	0	100	26	18	23	3	76	77	5	8	3	6	345
Cadastro individual	0	29	15	36	55	21	934	263	34	22	8	20	1.437
Total	0	129	41	54	78	24	1.010	340	39	30	11	26	1.782

Produção

Descrição	01/2024	02/2024	03/2024	04/2024	05/2024	06/2024	07/2024	08/2024	09/2024	10/2024	11/2024	12/2024	Total
Atendimento domiciliar	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Atendimento individual	732	1.005	1.080	1.634	1.172	1.209	1.279	1.133	1.152	1.225	919	925	13.465
Atendimento odontológico individual	74	64	64	223	149	164	182	153	142	170	150	141	1.676
Atividade coletiva	3	6	28	36	23	24	28	17	42	48	85	63	403
Avaliação de elegibilidade e admissão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Marcadores de consumo alimentar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimentos individualizados	1.202	1.109	1.300	1.832	1.377	1.417	1.414	1.337	1.353	1.416	1.035	990	15.782
Síndrome neurológica por Zika / Microcefalia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vacinação	29	5	25	38	21	34	34	13	9	7	9	25	249
Visita domiciliar e territorial	75	449	653	669	605	768	921	838	732	871	675	1.107	8.363
Total	2.115	2.638	3.155	4.432	3.347	3.616	3.858	3.491	3.430	3.737	2.873	3.251	39.943

Fonte: e-SUS

4.3 Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena - EMSI atende na Unidade Básica de Saúde Indígena – UBSI instalada na Linha bela Vista, no interior do município, dentro da Aldeia Indígena da Serrinha e atende os indígenas residentes no território pertencente ao município de Engenho Velho. A Equipe é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento.

A Secretaria de Saúde Indígena – SESAI é a responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Os indígenas também buscam atendimento na UBS Central.

Figura 40- Saúde Indígena



Fonte: SPDM Saúde

4.4 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).

A atenção à saúde bucal integra a Rede de Atenção à Saúde, contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. No âmbito municipal, a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada prioritária, garantindo cobertura por meio de Equipes de Saúde Bucal inseridas nas Unidades Básicas, com foco na vigilância em saúde e no controle das principais doenças e agravos bucais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

O município dispõe programa **Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB)** estruturado para atender demandas de média complexidade, incluindo endodontia e odontopediatria, promovendo integralidade e continuidade do cuidado.

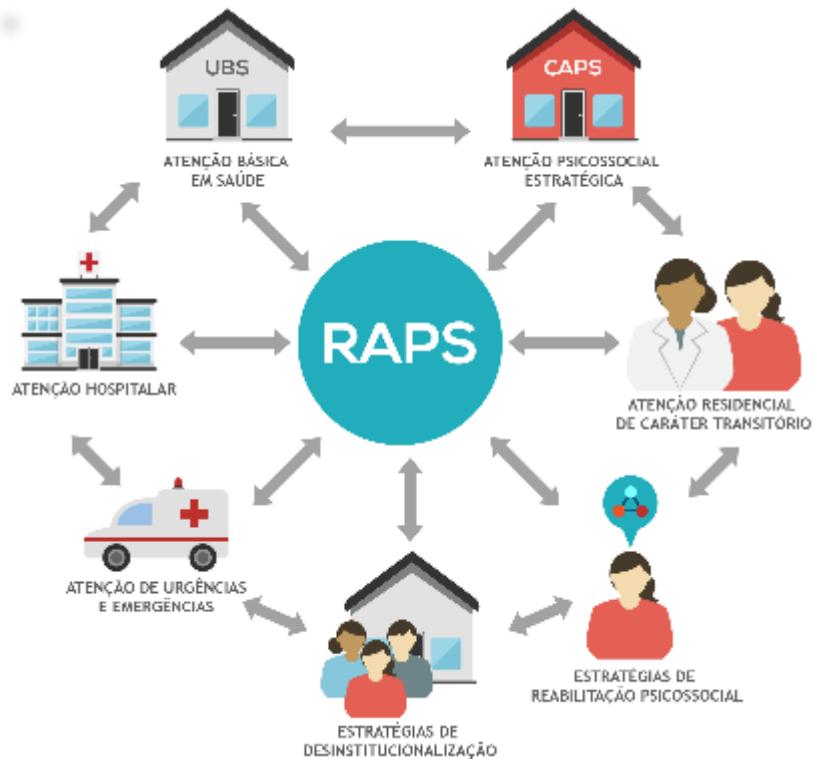
Associado a equipe de saúde bucal do ESF, o **Laboratório Regionais de Prótese Dentária (LRPD)** viabiliza a confecção e entrega de próteses dentárias totais e parciais removíveis a usuários do SUS, favorecendo a reabilitação oral, o restabelecimento da função mastigatória e fonética, bem como a melhoria da autoestima e da qualidade de vida.

4.5 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, crack e outras drogas no SUS.

O município conta com o Núcleo de Apoio à Atenção Básica – NAAB, que, no estado do Rio Grande do Sul, foi criado para atuar na saúde mental, oferecer atividades para o bem-estar dos usuários, como exercícios físicos, palestras e oficinas que promovem um cuidado integrado.

Figura 41- RAPS



Fonte: Ministério da Saúde

Em âmbito hospitalar, as portas de entrada de urgência/emergência psiquiátricas são a Associação Hospitalar Comunitária Regional de Saúde de Constantina – AHCROS e a Associação Hospitalar de Ronda Alta – AHRA. Os leitos integrais de saúde mental de referência na região são acessados através do sistema Gerenciamento de Internações - GERINT, observando a classificação de risco.

4.6 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 antiga Rede Cegonha, agora Rede Alyne, visando à humanização do parto e nascimento, e ao Programa Primeira Infância Melhor. A maternidade de referência do município é o Hospital Comunitário de Sarandi.

4.7 Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

A 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 conforme a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), nº13.146, de 06 julho de 2015 (SES/RS, 2025).

De acordo com a Nota Técnica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE/2018, que traz a releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington, 6,7% do total da população do país se declara como pessoa com deficiência (SES/RS 2025).

A Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde-SUS, tem como foco principal a habilitação e/ou a reabilitação das funcionalidades humanas, contribuindo com a emancipação social destes usuários (SES/RS, 2025).

A nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) tem como objetivo promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS, em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida, atualizada por meio da Portaria GM/MS nº 1.526/2023 (MINISTÉRIO D SAÚDE, 2025) Nesse sentido, além do cuidado realizado no âmbito da atenção básica, no que se refere a reabilitação, o município de Engenho Velho acessa os serviços disponíveis na Macrorregião de Saúde, sobretudo, o Centro Especializado de Reabilitação, localizado no município de Tenente Portela.

4.8 Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

A vigilância das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) inclui o monitoramento das doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Estas doenças são responsáveis por mais de 70% das mortes em todo mundo. São doenças multifatoriais que se desenvolvem no curso da vida e que possuem longa duração. Estão relacionadas a diversos fatores, condicionantes e determinantes sociais, entretanto a maioria é ocasionada por fatores de risco modificáveis dentre os quais destacam-se o tabagismo, consumo excessivo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

O painel de monitoramento da morbididade por DCNT no RS monitora a mortalidade e as internações relacionadas às principais DCNT (diabetes mellitus, doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas e doenças respiratórias crônicas) (SES/RS, 2025).

Outro instrumento de monitoramento é o Boletim Epidemiológico da mortalidade prematura (30-69 anos) por doenças crônicas não transmissíveis no RS, que apresenta os números de óbitos prematuros pelos 4 agravos entre os anos de 2013 e 2023 estratificados por macrorregião de saúde, sexo e raça/cor da pele (SES/RS, 2025).

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.

4.9 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 à dinâmica da prevenção combinada, conforme ilustrado no gráfico à seguir:

Figura 42- Prevenção combinada



Site:<https://edelei.org/prevencao-combinada-do-hiv/>

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.

4.10 Atenção às Urgências

A organização da Rede de Atenção às Urgências - RAU tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde visando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil, eficiente e qualificado. Compete a ela a coordenação e implantação dos seguintes componentes: Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h); Sala de Estabilização e as qualificações das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, Leitos de Retaguarda de Enfermarias Clínicas e Terapia intensiva (UTI) da Rede de Atenção às Urgências (RAU). As diretrizes da RAU estão definidas nas Portarias de Consolidação GM/MS Nº 03/2017 e Nº 06/2017, Portaria GM/MS Nº 3.633/2022 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Em âmbito local, a Atenção Primária à Saúde enquanto ordenadora do cuidado presta atendimentos de urgência e realiza transporte sanitário até as porta de entrada hospitalar da Associação Hospitalar Comunitária Regional de Saúde de Constantina – AHCROS distante 10 km e da Associação Hospitalar de Ronda Alta - AHRA, com percurso de 18 km, isso ocorre, devido ao município não possuir estabelecimento hospitalar em funcionamento no território. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU de Ronda Alta é o responsável por atender as emergências médicas pré-hospitalares. A Unidade de Suporte Avançado – USA do município de Ronda Alta também está a disposição.

4.11 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada em três componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf). Cada um dos Componentes possui características, forma de organização, financiamento e elenco de medicamentos diferenciados entre si, bem como critérios distintos para o acesso e a disponibilização dos medicamentos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é um importante instrumento orientador sobre o uso de medicamentos e insumos no Sistema Único de Saúde (SUS). Atualizada a cada dois anos, a Rename 2024 apresenta os medicamentos disponíveis no SUS em todos os níveis de atenção e organizados por responsabilidades de financiamento. Isso garante transparência no acesso e fortalece o Uso Racional de Medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Uma das principais novidades da Rename 2024 é a disponibilização da "Rename em Tempo Real". Essa ferramenta digital permite consultar informações atualizadas sobre medicamentos e insumos de forma ágil e prática. Com filtros por nome, tipo de financiamento, forma farmacêutica e outras categorias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Figura 43- Componentes da Assistência Farmacêutica

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

Fonte: Rede Humaniza SUS

O Programa Farmácia Popular do Brasil é um programa do Governo Federal que visa complementar a disponibilização de medicamentos utilizados na Atenção Primária à Saúde, por meio de parceria com farmácias da rede privada. Dessa forma, além das Unidades Básicas de Saúde e farmácias municipais, o cidadão pode obter medicamentos nas farmácias credenciadas ao Farmácia Popular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

O município de Engenho Velho possui farmácia municipal estruturada de acordo com a legislação de regência da Assistência Farmacêutica no SUS. Ainda, o município é responsável pela aquisição, seleção, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, além da distribuição e dispensação dos medicamentos que integram o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Figura 44- Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: RI UFPE, 2023

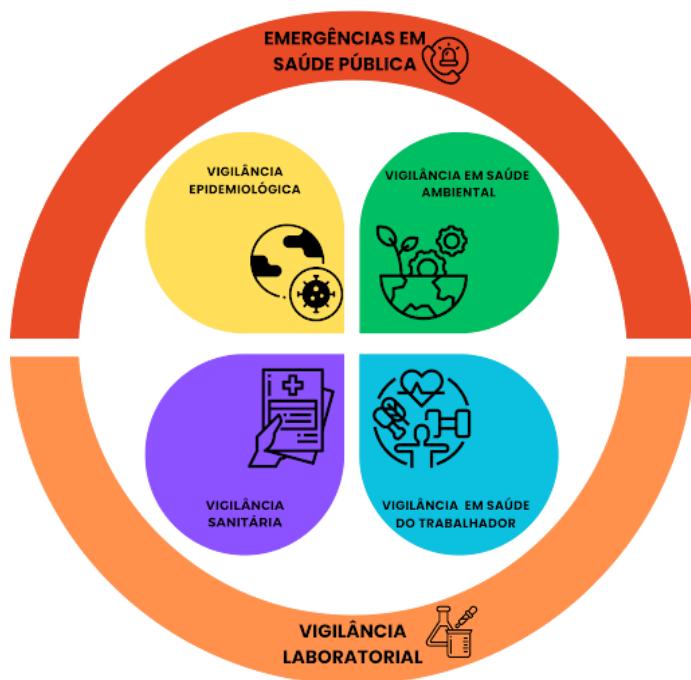
Considerando a municipalização da saúde, os processos administrativos para dispensação de medicamentos dos componentes estratégico e especializado pela Secretaria Estadual da Saúde, são regularmente autuados e instruídos no âmbito da farmácia municipal. No que se diz respeito aos referidos componentes,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

4.12 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: vigilância epidemiológica; vigilância ambiental em saúde; vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

Figura 45- Vigilância em Saúde



Fonte: VigiMinas

Considerando que a vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção à 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.

No contexto municipal as ações de Vigilância desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária receberam crescente atenção, devido a implantação da Atividade de Vacinação de Alta Qualidade – AVAQ, Programa Imuniza Escola, a inserção das vacinas da Influenza e Covid-19 no calendário de vacinação de rotina, a valorização das campanhas de imunização com entrega de Selos: bronze, prata e ouro, conforme o alcance das metas. Com isso, o aumento da fiscalização de protocolos, o controle das doenças e o monitoramento dos usuários se tornou rotina frequente das equipes de saúde.

4.13 Regulação do Acesso

A Regulação de Acesso é um avanço crucial para o atendimento da grande demanda da população, que através do Sistema Único de Saúde – SUS, apresenta grande resolutividade, garante que o atendimento equitativo, integral e em tempo oportuno, combatendo a peregrinação dos usuários sem atendimento e organizando a oferta dos serviços de forma mais eficiente.

A CIB/RS Nº 241/21 Define que a Secretaria da Saúde do Estado do RS, por meio do Departamento de Regulação Estadual (DRE), será a Coordenadora do processo regulatório, em formato compartilhado com as Centrais Municipais, responsável pela coordenação dos fluxos de regulação intermunicipal de pacientes em nível ambulatorial e hospitalar. Ficam definidos como sistemas oficiais do estado: I - GERCON – sistema para regulação de consultas e exames; II - GERINT – sistema para regulação de internações; III - GERPAC – sistema para autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade; IV – SAPH/SAMU – sistema de Atendimento Pré-hospitalar e de Urgência Hospitalar.

O município realiza a regulação do acesso às consultas médicas especializadas ofertadas na região de saúde e na macrorregião de saúde através do Sistema de Regulação - GERCON, os exames ainda são regulados através do sistema SISREG, no sistema GERINT apenas são reguladas as internações psiquiátricas. Os sistemas GERPAC e SAPH/SAMU não são acessados pelo município.

Alguns desafios são encontrados dentro da Região de Saúde nº 20, devido a existência de vazios geográficos regionais que afeta diretamente a integralidade do cuidado e a organização da política de saúde dos municípios integrantes da região, sobretudo, em relação a logística, tornando ainda imprescindível a participação do município nas instâncias colegiadas regionais para, melhorar esta realidade.

4.14 Serviços disponibilizados na rede privada contratada

Além dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, o município de Engenho Velho possui convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde - CONISA e Consórcio Intermunicipal de Saúde - CONSIM para compra de medicamentos, serviços médicos e exames diagnósticos de média e alta complexidade não fornecidos ou com quantitativos insuficientes no âmbito da regionalização da saúde. Contrato de prestação de serviços com Laboratório de Análises Clínicas, conforme preceitos da municipalização da saúde. Contrato de prestação de serviços médicos e hospitalares com a Associação Hospitalar Ronda Alta.

5 Macroprocessos de governança da gestão estadual do SUS

Estes macroprocessos 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 46- Governança e Gestão



Fonte: DGDI/MGSES/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 47- 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 Engenho Velho 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 é realizado na Macrorregião de Saúde, que corresponde ao espaço regional ampliado, composto por uma ou mais regiões, e seus respectivos municípios. No que se refere à identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada, sugere-se trabalhar necessidade de saúde relacionada às seguintes dimensões: Análise da situação de saúde da população quanto aos riscos de adoecimento, segundo critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e culturais; Serviços de saúde, segundo critérios de infraestrutura, organização e produção de serviços no território regional; Análise alocativa de recursos econômicos (CONASEMS, 2025).

Esse processo, como parte do planejamento ascendente, expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica 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 RAS, considerando como premissas fundamentais a análise dos planos de saúde, a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional (CONASEMS, 2025).

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.

5.3 Participação Social

A participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) é um direito garantido pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8.142/90, que permite que a população fiscalize, avalie e ajude a construir as políticas de saúde em âmbito nacional, estadual e municipal. Essa participação ocorre principalmente através dos Conselhos de Saúde, que reúnem representantes do poder público, trabalhadores da saúde e usuários, e das Conferências de Saúde, eventos que debatem o tema e definem diretrizes para o SUS.

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 Engenho Velho é estimulada por meio de Conferências de Saúde, reuniões com o Conselho Municipal de Saúde e grupos de usuários.

5.3.1 Controle Social

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

No município de Engenho Velho a atividade de controle social está institucionalizada no âmbito do Conselho Municipal de Saúde que é um órgão deliberativo e paritário, colegiado com representantes da população, governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde.

5.3.2 Ouvidoria SUS

A 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 (BRASIL, 2017).

O canal da ouvidoria SUS no município pode ser acessado por meio do site: <https://falabr.cgu.gov.br/publico/RS/engenhovelho/Manifestacao/RegistrarManifestacao>.

Figura 48- Ouvidoria municipal



Fonte: Prefeitura de Maceió/AL

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, e-Gestor APS, 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

Internamente, o município possui Controle Interno e empresa de Consultoria.

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

No último ano, 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, CEREST e 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, campus Palmeira das Missões/RS 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)	Autônomos (0209, 0210)	0	0	2	0	0
	Bolsistas (07)	1	0	0	0	0
	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	1	1	7	4	3
	Intermediados por outra entidade (08)	1	1	1	9	0
Privada (NJ grupos 2, 4 e 5)	Autônomos (0209, 0210)	0	0	1	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)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 010302, 0104)	2	1	4	3	0

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Data da consulta: 16/05/2025.

Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação

Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	2021	2022	2023	2024
Privada (NJ grupos 2, 4 e 5)	Autônomos (0209, 0210)	1	1	0	0
	Celetistas (0105)	1	1	0	0
Pública (NJ grupo 1)	Autônomos (0209, 0210)	0	2	1	1
	Bolsistas (07)	0	0	1	1
	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	23	21	18	17
	Intermediados por outra entidade (08)	9	9	0	9

Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão

Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	2021	2022	2023	2024
Pública (NJ grupo 1)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 010302, 0104)	13	11	14	12

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	
POLO ACADEMIA DA SAUDE	0	0	1	1	
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	0	0	1	1	
POLICLINICA	0	0	1	1	
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	0	0	1	1	
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	0	0	1	1	
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	0	0	1	1	
Total	0	0	6	6	

Fonte: CNES

Tabela 25- Natureza jurídica

Rede física de estabelecimentos de saúde por natureza jurídica					
Natureza Jurídica	Municipal	Estadual	Dupla	Total	
ADMINISTRACAO PUBLICA					
MUNICIPIO	4	0	0	4	
ENTIDADES EMPRESARIAIS					
SOCIEDADE EMPRESARIA LIMITADA	1	0	0	1	
SOCIEDADE SIMPLES LIMITADA	1	0	0	1	
Total	6	0	0	6	

Fonte: CNES

O município possui vinculação a consórcio público de saúde.

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

5.8 Financiamento

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

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

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

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

Tabela 26- Demonstrativo da Programação de Despesa com saúde

Demonstrativo da Programação de Despesas com Saúde por Subfunção, Categoria Econômica e Fonte de Recursos										
Subfunções	Categoria Econômica	Recursos ordinários - Fonte Livre (R\$)	Receita de impostos e de transferência de impostos (receita própria - R\$)	Transferências de fundos à 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 à Saúde (R\$)	Operações de Crédito vinculadas à Saúde (R\$)	Royalties do petróleo destinados à Saúde (R\$)	Outros recursos destinados à Saúde (R\$)	Total(R\$)
0 - Informações Complementares	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00
122 - Administração Geral	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00
301 - Atenção Básica	Corrente	N/A	3.778.500,00	482.320,00	414.410,00	N/A	N/A	N/A	N/A	4.675.230,00
	Capital	N/A	468.900,00	170.000,00	50.000,00	N/A	N/A	N/A	N/A	688.900,00
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00
304 - Vigilância Sanitária	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00
305 - Vigilância Epidemiológica	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00
306 - Alimentação e Nutrição	Corrente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00
	Capital	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0,00

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

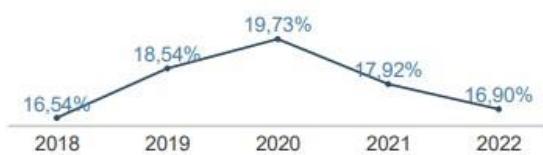
O gráfico a seguir considera os investimentos em saúde pelo município frente à sua receita de impostos.

Figura 49- Evolução do investimento em saúde

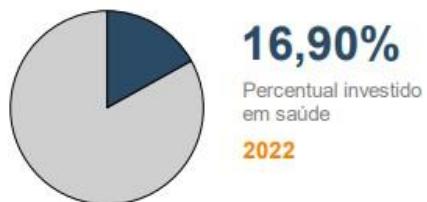
Investimento Total

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

Evolução do investimento



Investimento atual



Ano	Receita	Investimento	Percentual
2022	R\$ 16.811.432,64	R\$ 2.841.951,76	16,90%
2021	R\$ 15.209.511,67	R\$ 2.725.033,89	17,92%
2020	R\$ 11.565.011,03	R\$ 2.282.236,24	19,73%
2019	R\$ 11.879.032,54	R\$ 2.202.467,14	18,54%
2018	R\$ 11.069.408,20	R\$ 1.830.653,96	16,54%

Fonte: Mapa Social MPRS

O investimento por habitante está demonstrado a seguir:

Figura 50- 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\$ 2.192,86

Investimento por habitante

2022

Fonte: Mapa Social MPRS

Em um comparativo estadual com os demais municípios, Engenho Velho se encontra na 20ª posição.

Figura 51- 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 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.

II DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

O DOMI constitui o eixo central do planejamento em saúde do Município de Engenho Velho, sendo instrumento essencial para orientar, acompanhar e avaliar as ações e os resultados do Plano Municipal de Saúde. Sua estrutura é composta por quatro elementos fundamentais:

Diretrizes: definem os princípios e caminhos estratégicos para a implementação das políticas de saúde locais;

Objetivos: expressam os resultados que se pretende alcançar em determinado período, orientando as ações e estratégias de gestão;

Metas: traduzem os objetivos em resultados mensuráveis, com prazos e indicadores definidos, permitindo o monitoramento do desempenho;

Indicadores: representam dados objetivos que refletem a situação de saúde da população e os impactos das políticas públicas, possibilitando avaliação contínua e decisões baseadas em evidências.

Como instrumento central do planejamento em saúde, o PMS 2026-2029 é resultado da compatibilização do Plano de Governo, da Conferência Municipal de Saúde e da Pactuação Interfederativa de Indicadores.

Essas metas poderão ser consultadas ao final desse documento no ANEXO 1.

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 52- Instrumentos de planejamento no SUS



Fonte: Manual de Planejamento no SUS

1. Metodologia de monitoramento do PMS 2026-2029

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 construir de forma cooperada o caminho da viabilidade da execução do planejado no presente instrumento.

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

2. Transparência

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

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 – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e RAG – Relatório Anual de Gestão.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Composição Atenção Primária – **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf>>.

BRASIL. **Lei n.º 13.460**, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos dos usuários dos serviços públicos da administração pública.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2024**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

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 FUNDACÃO 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>>.

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

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

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

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

SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Plano Estadual de Saúde: 2024/2027.** Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2024. 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, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202410/30121947-plano-estadual-saude-versao-final-site.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

BI Saúde



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE ENGENHO VELHO
CNPJ 94.704.129/0001-24**

RESOLUÇÃO CMS nº. 001/2025

O Conselho Municipal de Saúde de Engenho Velho/RS – CMSEV no uso das atribuições conferidas pela Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, Lei Municipal nº 003/93 de 25 de janeiro de 1993, alterada pela Lei Municipal nº 1020/22 de 25 de janeiro de 2022, e conforme registro em Ata do CMS nº. 005/2025 de 30 de Outubro de 2025,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE para o quadriênio 2026 a 2029; e

Art. 2º - Aprovar a PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE para o ano de 2026.

Engenho Velho, 30 de Outubro de 2025.

Glaciane Bernardi
Presidente do CMSEV

Homologo a Resolução do CMS nº 001/2025.

Paulo André Dal Alba
Prefeito Municipal

ANEXO 1

DIRETRIZ, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

DOMI

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)

Diretriz 1: Ações e Serviços da Rede da Atenção Primária em Saúde

Objetivo 1.1: Manter o acesso, qualidade e resolutividade das ações e serviços da Atenção Primária em Saúde

1.1.1: Ampliar o percentual de atendimentos realizados por demanda programada na Atenção Primária, promovendo a organização do processo de trabalho das equipes.

Indicador: Percentual de atendimentos por demanda programada em relação ao total de atendimentos na APS.

Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: C1	Ano Base:	2024
Unidade: Percentual	Valor Base:	6.77
Metas	2026	2027
	50	50

1.1.2: Ampliar o percentual de realização de boas práticas de cuidado integral e desenvolvimento infantil, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde para crianças menores de 2 anos vinculadas às equipes da APS.

Indicador: Percentual de boas práticas realizadas para crianças menores de 2 anos vinculadas às equipes da APS.

Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: C2	Ano Base:	2024
Unidade: Percentual	Valor Base:	-
Metas	2026	2027
	75	75

1.1.3: Garantir a realização das boas práticas de acompanhamento de gestantes e puérperas vinculadas às equipes da Atenção Primária à Saúde.

Indicador: Percentual de boas práticas realizadas para gestantes e puérperas vinculadas às equipes da APS.

Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: C3	Ano Base:	2024
Unidade: Percentual	Valor Base:	-
Metas	2026	2027
	75	75

1.1.4: Ampliar o percentual de realização de boas práticas no cuidado das pessoas com diabetes, vinculadas às equipes da Atenção Primária, assegurando o acompanhamento contínuo, integral e qualificado.

Indicador: Percentual de boas práticas realizadas para pessoas com diabetes vinculadas às equipes da APS.

Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: C4	Ano Base:	2024
Unidade: Percentual	Valor Base:	-
Metas	2026	2027
	75	75

1.1.5: Ampliar o percentual de realização de boas práticas no cuidado das pessoas com hipertensão, vinculadas às equipes da Atenção Primária, assegurando acompanhamento contínuo, integral e qualificado.

Indicador: Percentual de boas práticas realizadas para pessoas com hipertensão vinculadas às equipes da APS.

Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: C5	Ano Base:	2024
Unidade: Percentual	Valor Base:	-
Metas	2026	2027
	75	75

1.1.6: Ampliar o percentual de realização de boas práticas no cuidado integral da pessoa idosa, vinculada às equipes da APS, assegurando acompanhamento contínuo, integral e qualificado.

Indicador: Percentual de boas práticas realizadas para pessoas idosas vinculadas às equipes da APS.

Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: C6	Ano Base:	2024
Unidade: Percentual	Valor Base:	-
Metas	2026	2027
	75	75

1.1.7: Ampliar o percentual de realização de boas práticas para prevenção do câncer na mulher, abrangendo os públicos de meninas, adolescentes e mulheres, conforme os critérios estabelecidos no cuidado integral na APS.

Indicador: Percentual de boas práticas realizadas para prevenção do câncer na mulher, em meninas de 9 anos a mulheres de 69 anos, vinculadas à equipe.

Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: C7	Ano Base:	2024
Unidade: Percentual	Valor Base:	-
Metas	2026	2027
	75	75

1.1.8: Ampliar o percentual de pessoas com realização da primeira consulta odontológica programada, como porta de entrada para o cuidado contínuo e integral em Saúde Bucal na Atenção Primária.

Indicador: Percentual de pessoas com primeiras consultas odontológicas programadas realizadas.

Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: B1	Ano Base:	2024
Unidade: Percentual	Valor Base:	-
Metas	2026	2027

	5	5	5	5
1.1.9: Ampliar o percentual de tratamentos odontológicos concluídos pelas equipes de Saúde Bucal na APS, promovendo a efetividade, a resolutividade e a integralidade no cuidado.				
Indicador: Percentual de tratamentos odontológicos concluídos em relação às primeiras consultas odontológicas programadas realizadas.				
Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: B2	Ano Base:	2024		
Unidade: Razão	Valor Base:	-		
Metas	2026	2027	2028	2029
	75	75	75	75
1.1.10: Reduzir a taxa de exodontias na Atenção Primária, ampliando a oferta de ações preventivas e curativas, qualificando o cuidado em saúde bucal e promovendo a preservação dentária da população.				
Indicador: Taxa de exodontias realizadas em relação ao total de procedimentos realizados por equipe de Saúde Bucal na APS				
Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: B3	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	-		
Metas	2026	2027	2028	2029
	9	9	9	9
1.1.11: Ampliar a cobertura das ações coletivas de escovação supervisionada para crianças de 6 a 12 anos, promovendo hábitos saudáveis, prevenção da cárie dentária e redução de agravos em saúde bucal.				
Indicador: Percentual de crianças de 6 a 12 anos contempladas na ação coletiva de escovação supervisionada pela equipe de Saúde Bucal na APS.				
Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: B4	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	-		
Metas	2026	2027	2028	2029
	1	1	1	1
1.1.12: Ampliar a realização de procedimentos odontológicos preventivos individuais na APS, promovendo um modelo de cuidado que priorize a preservação da saúde bucal, a prevenção de agravos e a redução de tratamentos invasivos.				
Indicador: Percentual de procedimentos odontológicos preventivos individuais realizados em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais e coletivos realizados pela equipe de Saúde Bucal na APS.				
Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: B5	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	-		
Metas	2026	2027	2028	2029
	80	80	80	80
1.1.13: Ampliar a utilização do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) nos atendimentos odontológicos restauradores na APS, como estratégia de cuidado minimamente invasivo, preservação da estrutura dentária e promoção da saúde bucal.				
Indicador: Percentual de atendimentos com procedimentos restauradores atraumáticos (ART) realizados, em relação ao total de atendimentos com procedimentos restauradores realizados.				
Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: B6	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	-		
Metas	2026	2027	2028	2029
	8	8	8	8
1.1.14: Garantir acesso qualificado da população acompanhada pelas equipes vinculadas aos atendimentos individuais e coletivos realizados pela equipe multiprofissional (eMulti) na APS, promovendo o cuidado integral, interprofissional e contínuo.				
Indicador: Média de atendimentos por pessoa assistida pela eMulti na Atenção Primária à Saúde.				
Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: M1	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	-		
Metas	2026	2027	2028	2029
	3	3	3	3
1.1.15: Ampliar a realização de ações interprofissionais pela equipe multiprofissional (eMulti) na Atenção Primária, qualificando o cuidado por meio do trabalho colaborativo, compartilhado e centrado nas necessidades da população.				
Indicador: Proporção de ações realizadas pela eMulti na APS que são desenvolvidas de forma interprofissional (compartilhada).				
Origem: Saúde Brasil 360 - Indicador Federal: M2	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	-		
Metas	2026	2027	2028	2029
	5	5	5	5
1.1.16: Reduzir a proporção de gravidez na adolescência.				
Indicador: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.				
Origem: Pautuação Estadual 2024/2027 - Indicador 10	Ano Base:	2024		
Unidade: Proporção	Valor Base:	2.0		
Metas	2026	2027	2028	2029
	8,41	8,41	8,41	8,41
1.1.17: Reduzir a taxa de internação por Transtornos Mentais e Comportamentais.				
Indicador: Índice de internação por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC).				

Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 12	Ano Base:	2024		
Unidade: Taxa	Valor Base:	151.86		
Metas	2026	2027	2028	2029
	321	321	321	321
1.1.18: Aumentar o percentual de idoso com registro do procedimento "Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa".				
Indicador: Percentual de idoso com registro do procedimento "Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa".				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 13	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	54.24		
Metas	2026	2027	2028	2029
	30	30	30	30
1.1.19: Diminuir o percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta do município.				
Indicador: Percentual de prevalência de excesso de peso na população adulta do município.				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 14	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	77.14		
Metas	2026	2027	2028	2029
	76	75	75	74
1.1.20: Aumentar o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.				
Indicador: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades da Saúde do Programa Bolsa Família.				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 15	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	88.85		
Metas	2026	2027	2028	2029
	87	88	89	90
1.1.21: Realizar atividades coletivas e educativas com o tema alimentação saudável.				
Indicador: Percentual de equipes de atenção básica que realizam pelo menos 1 (uma) atividade com o tema alimentação saudável.				
Origem: PIAPS - Incentivo para Equipes - Indicador 1	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	75	75	75	75
1.1.22: Implantar e ofertar as Práticas Integrativas Complementares.				
Indicador: Percentual de equipes de atenção básica (INE) com registro de oferta de procedimentos, atendimentos individual e atividade coletiva em PICS.				
Origem: PIAPS - Incentivo para Equipes - Indicador 2	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	25	25	25	25
1.1.23: Realizar atividades coletivas e educativas com o tema saúde mental.				
Indicador: Percentual de equipes de atenção básica que realizam pelo menos 4 (quatro) atendimento em grupo relativos ao tema da saúde mental.				
Origem: PIAPS - Incentivo para Equipes - Indicador 3	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	50	50	50	50
1.1.24: Ampliar as visitas domiciliares pela equipe multidisciplinar.				
Indicador: Número de visitas/atendimentos domiciliares pela equipe multidisciplinar, priorizando usuários portadores de doenças crônicas, gestantes, crianças e idosos.				
Origem: Necessário para ampliar as visitas domiciliares.	Ano Base:	2024		
Unidade: Número	Valor Base:	183		
Metas	2026	2027	2028	2029
	192	192	192	192
1.1.25: Ampliar as atividades coletivas para grupos nas comunidades da cidade e do interior, visando a educação em saúde, bem como fornecer informações que proporcionem uma melhor qualidade de vida.				
Indicador: Número de registros de atividades coletivas (atividades em grupos) do tipo "Educação em Saúde".				
Origem: Necessário para as ações coletivas em geral.	Ano Base:	2024		
Unidade: Número	Valor Base:	231		
Metas	2026	2027	2028	2029
	50	55	60	65
1.1.26: Ampliar a quantidade de atividades educativas nas escolas do município.				
Indicador: Número de escolas pactuadas que realizam pelo menos uma das ações temáticas do PSE no município.(Mínimo 50% das escolas).				
Origem: Indicadores e Padrões de Avaliação do Ciclo 2025/2026 (Nota Técnica Nº 30/2024)	Ano Base:	2024		

Unidade: Percentual	Valor Base:		100	
Metas	2026	2027	2028	2029
	50	50	50	50
1.1.27: Ampliar a quantidade de atividades educativas nas escolas do município.				
Indicador: Número de escolas pactuadas que realizam pelo menos uma das ações temáticas do PSE consideradas prioritárias no município.(Mínimo 50% das escolas).				
Origem: Indicadores e Padrões de Avaliação do Ciclo 2025/2026 (Nota Técnica Nº 30/2024	Ano Base:		2024	
Unidade: Percentual	Valor Base:		100	
Metas	2026	2027	2028	2029
	50	50	50	50
1.1.28: Aumentar o número de atendimentos individuais de nível superior, exceto médicos e enfermeiros e dentistas.				
Indicador: Número de atendimentos individuais de nível superior, exceto médicos, enfermeiros e dentistas.				
Origem: Monitorar as atuações multiprofissionais.	Ano Base:		2024	
Unidade: Número	Valor Base:		1389	
Metas	2026	2027	2028	2029
	600	600	650	650
1.1.29: Ampliar as ações de promoção da atividade física no território municipal, utilizando os recursos e estruturas disponíveis.				
Indicador: Manutenção de profissional de Educação Física para realização de ações de promoção da atividade física.				
Origem: Monitorar ações de atividade física no município.	Ano Base:		2024	
Unidade: Número	Valor Base:		1	
Metas	2026	2027	2028	2029
	1	1	1	1
1.1.30: Manter a Rede Bem Cuidar RS				
Indicador: Garantir o cumprimento dos requisitos de composição de equipe e a realização das ações necessárias, de acordo com cada ciclo da Rede Bem Cuidar RS.				
Origem: Monitorar ações da Rede Bem Cuidar.	Ano Base:		2024	
Unidade: Número	Valor Base:		1	
Metas	2026	2027	2028	2029
	1	1	1	1
1.1.31: Fortalecer o acompanhamento do desenvolvimento integral na primeira infância por meio da execução qualificada do Programa Primeira Infância Melhor (PIM).				
Indicador: Percentual de visitas domiciliares realizadas em relação ao total de visitas previstas para os indivíduos acompanhados pelo PIM.				
Origem: Monitorar Ações do Programa Primeira Infância Melhor - PIM	Ano Base:		2024	
Unidade: Percentual	Valor Base:		97.67	
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100
1.1.32: Aprimorar o vínculo das equipes da APS com a população adscrita por meio da qualificação dos cadastros.				
Indicador: Percentual de pessoas com cadastro individual e domiciliar atualizados nos últimos 24 meses.				
Origem: Saúde Brasil 360 - Componete II - Vínculo e Acompanhamento Territorial (Cadastrados)	Ano Base:		2024	
Unidade: Percentual	Valor Base:		65	
Metas	2026	2027	2028	2029
	85	85	85	85
1.1.33: Ampliar o acompanhamento da população pela APS, conforme critérios do Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial.				
Indicador: Percentual da população acompanhada por equipes da APS com pelo menos dois contatos assistenciais no ano, sendo um atendimento individual, domiciliar ou coletivo.				
Origem: Saúde Brasil 360 - Componete II - Vínculo e Acompanhamento Territorial (Acompanhamento consultas)	Ano Base:		2024	
Unidade: Percentual	Valor Base:		-	
Metas	2026	2027	2028	2029
	85	85	85	85
1.1.34: Ampliar o acesso da população à reabilitação oral por meio da confecção de próteses dentárias através do programa LRPD.				
Indicador: Número de próteses dentárias (totais ou parciais removíveis) entregues à população pelo município.				
Origem: Monitorar o Programa Brasil Soridente (LRPD) - Próteses Dentárias	Ano Base:		2024	
Unidade: Número	Valor Base:		0	
Metas	2026	2027	2028	2029
	90	90	90	90
1.1.35: Assegurar o pleno funcionamento da Atenção Básica, por meio da manutenção das unidades, aquisição de materiais, custeio de				

serviços essenciais, transporte interno e apoio técnico-operacional.

Indicador: Funcionamento adequado das unidades da APS, com reposição regular de insumos e manutenção das condições operacionais conforme planejamento municipal.

Origem: Necessário para Manutenção das Unidades	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100

1.1.36: Promover investimentos estruturantes na Atenção Básica, com aquisição de veículos, equipamentos permanentes e execução de obras de construção e ampliação de unidades conforme planejamento municipal.

Indicador: Existência de investimentos realizados na APS conforme previsto no planejamento municipal. (obras, veículos ou equipamentos).

Origem: Necessário para Investimentos	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100

1.1.37: Garantir acolhimento e acompanhamento humanizado da população indígena que busca atendimento nas unidades municipais de saúde, promovendo articulação contínua com a SESAI e a rede regional de atenção para assegurar integralidade do cuidado.

Indicador: Realização das ações de articulação e registro de atendimentos à população indígena com a SESAI

Origem: Proposta Conferência Municipal de Saúde	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100

Diretriz 2: Média e Alta Complexidade (Assistência Hospitalar)

Objetivo 2.1 Fortalecer os serviços em saúde de média e alta complexidade, bem como o transporte especializado de enfermos, por meio de ações e iniciativas, que promovam a implantação de novos serviços, bem como manter os serviços de assistência hospitalar e ambulatorial, referencias nas diversas especialidades, serviços de diagnóstico terapêutico laboratorial e de imagem já existentes, ampliando o acesso aos usuários nas consultas, exames, procedimentos e tratamento hospitalar.

2.1.1: Reduzir a taxa de mortalidade por câncer de mama

Indicador: Taxa de mortalidade por câncer de mama

Origem: Puntuação Estadual 2024/2027 - Indicador 7	Ano Base:	2024		
Unidade: Taxa	Valor Base:	0		
Metas	2026	2027	2028	2029
	0	0	0	0

2.1.2: Manter e qualificar os encaminhamentos da Atenção Básica para os serviços especializados de Média e Alta Complexidade, com suporte da pontuação regional, sistemas de regulação e articulação com a Rede SUS.

Indicador: Execução das ações de encaminhamento, regulação e contrarreferência da Atenção Básica para os serviços de Média e Alta Complexidade, assegurando o acesso oportuno, a articulação da rede SUS e a continuidade do cuidado especializado.

Origem: Necessário para as ações de regulação e fluxos de encaminhamentos (MAC).	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100

2.1.3: Disponibilizar transporte sanitário eletivo aos usuários encaminhados pela Atenção Básica para atendimento em serviços de Média e Alta Complexidade, conforme demanda assistencial.

Indicador: Execução do transporte sanitário para pacientes regulados pela Atenção Básica, conforme demandas assistenciais de média e alta complexidade.

Origem: Manutenção logística de transportes em saúde	Ano Base:	2024		
Unidade: Proporção	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100

2.1.4: Qualificar a estrutura física e operacional dos serviços especializados de Média e Alta Complexidade, por meio da manutenção, ampliação ou implantação de unidades conforme demanda municipal.

Indicador: Existência de ações contínuas de manutenção, ampliação ou qualificação da estrutura física dos serviços de Média e Alta Complexidade.

Origem: Necessário para Investimentos	Ano Base:	2024		
Unidade: Proporção	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100

Diretriz 3 : Suporte Profilático e Terapêutico (Assistência Farmacêutica)

Objetivo 3.1 Garantir a organização, a estruturação e a qualificação da assistência farmacêutica municipal, com foco no acesso seguro, no uso racional de medicamentos e na melhoria contínua dos processos de armazenamento, distribuição, controle e atendimento aos usuários.

3.1.1: Garantir o acesso da população a medicamentos essenciais e com qualidade.

Indicador: Garantir o acesso da população medicamentos essenciais para atender as necessidades da população.				
Origem: Manutenção das ações da Assistência Farmacêutica.	Ano Base:		2024	
Unidade: Percentual	Valor Base:		100	
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100
3.1.2: Qualificar a estrutura física, os recursos operacionais e os serviços de apoio à Assistência Farmacêutica no município.				
Indicador: Existência de estrutura adequada e suporte técnico-operacional para a execução das atividades da Assistência Farmacêutica.				
Origem: Manutenção e funcionamento da Assistência Farmacêutica	Ano Base:		2024	
Unidade: Proporção	Valor Base:		100	
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100
3.1.3: Consolidar a atuação clínica dos profissionais farmacêuticos na rede municipal de saúde, com foco na atenção individualizada, no cuidado integral e na promoção do uso seguro e eficaz de medicamentos				
Indicador: Existência e implementação de ações clínicas farmacêuticas na rede municipal de saúde				
Origem: Manutenção da Farmácia Cuidar+	Ano Base:		2024	
Unidade: Percentual	Valor Base:		100	
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100
Diretriz 4: Vigilância em Saúde				
<i>Objetivo 4.1: Fortalecer as ações de serviço de Vigilância Epidemiológica , Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador.</i>				
4.1.1: Reduzir a mortalidade infantil.				
Indicador: Taxa de mortalidade infantil.				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 1	Ano Base:		2024	
Unidade: Taxa	Valor Base:		0	
Metas	2026	2027	2028	2029
	0	0	0	0
4.1.2: Manter em zero, a incidência de novos casos de Sífilis Congênita, em menores de um ano.				
Indicador: Número de casos novos de Sífilis Congênita, em menores de 1 ano de idade.				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 2	Ano Base:		2024	
Unidade: Número	Valor Base:		0	
Metas	2026	2027	2028	2029
	0	0	0	0
4.1.3: Testar para HIV todos os pacientes que venham apresentar novos casos de tuberculose.				
Indicador: Testagem para HIV nos casos novos de tuberculose notificados no SINAN				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 3	Ano Base:		2024	
Unidade: Percentual	Valor Base:		100	
Metas	2026	2027	2028	2029
	94	95	96	97
4.1.4: Manter em zero o número de óbitos maternos.				
Indicador: Razão de mortalidade materna (RMM).				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 4	Ano Base:		2024	
Unidade: Razão	Valor Base:		0	
Metas	2026	2027	2028	2029
	0	0	0	0
4.1.5: Manter zerado o coeficiente bruto de mortalidade por AIDS.				
Indicador: Coeficiente bruto de mortalidade por AIDS.				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 5	Ano Base:		2024	
Unidade: Taxa	Valor Base:		0	
Metas	2026	2027	2028	2029
	0	0	0	0
4.1.6: Manter em zero a incidência de AIDS, em menores de cinco anos.				
Indicador: Número de casos novos de AIDS, em menores de 5 anos de idade.				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 6	Ano Base:		2024	
Unidade: Número	Valor Base:		0	
Metas	2026	2027	2028	2029
	0	0	0	0
4.1.7: Aumentar a cobertura vacinal das crianças de 12 meses de idade com a primeira dose da vacina tríplice viral.				
Indicador: Cobertura vacinal da vacina tríplice viral, primeira dose, para crianças de 01 ano de idade				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 8	Ano Base:		2024	
Unidade: Percentual	Valor Base:		115	

Metas	2026	2027	2028	2029
	95	95	95	95
4.1.8: Diminuir o índice de infestação predial pelo Aedes aegypti.				
Indicador: Índice de infestação predial pelo Aedes aegypti.				
Origem: Pactuação Estadual de Indicadores 2022/2023	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	0.875		
Metas	2026	2027	2028	2029
	0,90	0,90	0,90	0,90
4.1.9: Ampliar a utilização do método de ovitrampas para monitorar a presença e abundância do Aedes no território				
Indicador: Número de ciclos realizados no ano dividido pelo número de meses x 100				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027- Indicador 9	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	-		
Metas	2026	2027	2028	2029
	75	75	75	75
4.1.10: Aumentar o percentual de amostras de água com tratamento em relação à população abastecida por SAC.				
Indicador: População abastecida por Solução Alternativa Coletiva (SAC) com tratamento em relação à população abastecida por SAC.				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 16	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	95	95	95	95
4.1.11: Manter a Taxa de Notificação de Agravos, (Acidentes e Doenças) Relacionados ao Trabalho.				
Indicador: Taxa de Notificação de Agravos, (Acidentes e Doenças) Relacionados ao Trabalho.				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 17	Ano Base:	2024		
Unidade: Taxa	Valor Base:	53.15		
Metas	2026	2027	2028	2029
	64	66	68	70
4.1.12: Manter a investigação de óbitos por acidente de trabalho.				
Indicador: Proporção de investigação dos óbitos por acidente de trabalho.				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 18	Ano Base:	2024		
Unidade: Proporção	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100
4.1.13: Garantir a coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em 95% casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG.				
Indicador: Percentual de coleta de amostra por RT-PCR (diagnóstico padrão ouro) em casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados e óbitos por SRAG.				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 19	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	90	90	92	93
4.1.14: Realizar a prescrição do tratamento de sífilis quando diagnosticada em gestantes.				
Indicador: Percentual de sífilis em gestantes com prescrição de tratamento conforme a classificação clínica.				
Origem: PIAPS - Incentivo para Equipes - Indicador 4	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	80	80	80	80
4.1.15: Realizar o tratamento de tuberculose quando diagnosticada.				
Indicador: Percentual de realização de tratamento diretamente observado para tuberculose.				
Origem: PIAPS - Incentivo para Equipes - Indicador 5	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	30	30	30	30
4.1.16: Manter a taxa de transmissão vertical do HIV dentro do limite de eliminação				
Indicador: Taxa de transmissão vertical do HIV				
Origem: Pactuação Estadual 2024/2027 - Indicador 21	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	0		
Metas	2026	2027	2028	2029
	0	0	0	0
4.1.17: Manutenção e qualificação das ações da Vigilância Sanitária.				
Indicador: Manutenção das Seis ações básicas de Vigilância Sanitária mensalmente				

Origem: Monitorar as ações da Vigilância Sanitária.	Ano Base:	2024		
Unidade: Número	Valor Base:	7		
Metas	2026	2027	2028	2029
	6	6	6	6
4.1.18: Qualificar a estrutura física, os insumos e os recursos logísticos necessários para a execução das ações de Vigilância em Saúde no município.				
Indicador: Existência de estrutura física, equipamentos e recursos operacionais adequados para o funcionamento da Vigilância em Saúde.				
Origem: Manutenção da Vigilância em Saúde	Ano Base:	2024		
Unidade: Percetual	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100
Diretriz 5: Gestão Municipal em Saúde				
<i>Objetivo 5.1: Gerir e acompanhar as ações da Secretaria Municipal de Saúde; fomentar a participação do controle social e as ações de educação em saúde coletiva, bem como fortalecer o vínculo dos servidores com a gestão.</i>				
5.1.1: Promover reuniões de equipe com a participação dos profissionais e/ou gestores municipais de saúde.				
Indicador: Número de reuniões de equipe ou com outras equipes sobre: processos de trabalho, questões administrativas, planejamento e monitoramento de ações.				
Origem: Necessário para as ações de reuniões de equipe.	Ano Base:	2024		
Unidade: Numero	Valor Base:	38		
Metas	2026	2027	2028	2029
	30	30	35	35
5.1.2: Flexibilização do uso dos recursos vinculados para melhor aproveitamento dos mesmos.				
Indicador: Utilizar de maneira adequada os recursos vinculados, conforme necessidade do município tendo a aprovação do Conselho de Saúde.				
Origem: Necessária para recursos.	Ano Base:	2024		
Unidade: Proporção	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100
5.1.3: Assegurar o funcionamento estrutural, logístico e administrativo da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da oferta de materiais, equipamentos, frota e suporte técnico-operacional, garantindo condições contínuas de apoio às unidades, serviços e ações de saúde no município.				
Indicador: Grau de execução das ações estruturantes da gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, incluindo estrutura física, suporte técnico-operacional e condições adequadas de funcionamento.				
Origem: Meta necessária para funcionamento da secretaria	Ano Base:	2024		
Unidade: Percentual	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100
5.1.4: Qualificar o monitoramento e avaliação no âmbito municipal por meio da execução dos instrumentos de gestão do SUS, através da participação e controle social.				
Indicador: Proporção de monitoramento e avaliação no âmbito municipal por meio da execução dos instrumentos de gestão do SUS, através da participação e controle social.				
Origem: Necessária para controle social.	Ano Base:	2024		
Unidade: Proporção	Valor Base:	100		
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100
5.1.5: Promover ações de Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS, gestores municipais e controle social.				
Indicador: Número de ações de Educação Permanente em Saúde destinadas a trabalhadores do SUS, gestores municipais e controle social.				
Origem: Necessária para a temática de ações de Educação em Saúde.	Ano Base:	2024		
Unidade: Número	Valor Base:	30		
Metas	2026	2027	2028	2029
	20	20	25	25
5.1.6: Ampliar o nível de maturidade em saúde digital no município, por meio da execução das etapas do Programa SUS Digital e de outras iniciativas de informatização e inovação tecnológica na gestão e nos serviços de saúde.				
Indicador: Participação do município nas etapas do Programa SUS Digital, conforme pontuação regional e planejamento estadual.				
Origem: Meta alinhada ao programa SUS Digital.	Ano Base:	2024		
Unidade: Numero	Valor Base:	1		
Metas	2026	2027	2028	2029
	1	1	1	1
5.1.7: Desenvolver, atualizar e operacionalizar o Plano Municipal de Contingência para emergências em saúde pública, com capacitação das equipes e garantia de recursos essenciais.				
Indicador: Existência/atualização do plano, treinamentos realizados, tempo de ativação do plano, cobertura de estoque mínimo de EPIs, satisfação das equipes.				

Origem: Meta alinhada planos de contingência	Ano Base:		2024	
Unidade: Percentual	Valor Base:		100	
Metas	2026	2027	2028	2029
	100	100	100	100