



PARÁ

GOVERNO DO ESTADO DO PARA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GERALDO DO ARAGUAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 -2025





PARÁ
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GERALDO DO ARAGUAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO ADMINISTRATIVA

Prefeitura Municipal de São Geraldo do Araguaia:

CNPJ: 10.249.241/0001-22

Endereço: Av. Antonio Nonato Pedrosa, SN – Vila Administrativa

Prefeito: **Jeferson Douglas Jesus Oliveira**

Vice-Prefeito: **Edison Luis Ferreira**

Fundo Municipal de Saúde de São Geraldo do Araguaia

Tipo de Gestão: Plena do Sistema - RPS: 11ª

CNPJ: 21.986.531/0001-75

Endereço: Av. Firmino Costa, S/nº – Centro

Secretária Municipal de Saúde: **LENICE LAGE COSTA FERREIRA**

Presidente Conselho Municipal de Saúde: **FRANCISCO EDYLSO GOMES OLIVEIRA**

Elaboração e Redação Equipe de Planejamento e Apoio Técnico

FRANCISCO EDYLSO GOMES OLIVEIRA

VANESSA SOUSA ARAUJO

CRISTINA DIAS DA SILVA

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL – SMS

Diretora de Regulação

Francileia Rodrigues de Araujo

Diretora de Planejamento e Apoio Técnico (TI)

Francisco Edylson G. Oliveira

Diretora de Vigilância em Saúde

Cristina Dias da Silva

Diretoria de Atenção Básica

Vanessa Sousa Araujo

Departamento de Assistência de Farmácia

Rosana Moreira Heringer

Departamento de Saúde Bucal

Gardência Silverio Rodrigues

Diretor de Urgência e Emergência

Leidy Rodrigues dos Santos

Coordenadora Geral do SAMU

Cristiane Sousa Portilho Oliveira

Diretora de Saúde Mental

Neuma Amorim de Carvalho

Sumário

1.	ANÁLISE SITUACIONAL	7
1.1.	Identificação do Município	7
1.2.	População.....	8
1.3	- EDUCAÇÃO	9
1.4	- História do Município.....	10
1.4.1	- Trabalho e Rendimento.....	12
1.5	- SAÚDE.....	12
1.5.2	- DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	13
1.6	- DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	15
1.6.1	- HANSENÍASE E TUBERCULOSE	15
1.6.1.1	Sobre o Programa de Controle da Hanseníase.....	15
1.6.1.2	Sobre o Programa de Controle da Tuberculose	17
1.6.2	COVID -19	19
1.6.3	- DENGUE.....	20
1.6.4	-Leishmaniose Visceral – LV	21
2	- ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	22
2.1	- Atenção Básica	22
2.2	- Assistência Farmacêutica	23
2.3	- VIGILÂNCIA EM SAÚDE	26
2.4	- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	26
	ETAPAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	27
2.6	- VIGILÂNCIA SANITÁRIA	27
2.7	- VIGILÂNCIA AMBIENTAL.....	28
3	- ATENÇÃO ESPECIALIZADA	29
3.1	- MÉDIA COMPLEXIDADE	29
4	ESTRUTURA DO SISTEMA	30
4.1	- REGULAÇÃO, AUDITORIA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO.	30
4.2	- PARTICIPAÇÃO SOCIAL	31
4.3	- EDUCAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DE TRABALHO	32
4.4	- RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	33
4.4.1	- ORGANOGRAMA ADMINISTRATIVO DA SAÚDE	33
4.5	- REDE FÍSICA INSTALADA.....	34
4.6	- FINANCIAMENTO.....	35

4.6.1	- Do Custeio da Atenção Primária à Saúde.....	35
4.6.2	- Da Capitação Ponderada.....	36
5	- INFORMAÇÕES ORÇAMENTARIAS	37
5.1	- RECEITAS RECEBIDAS DA UNIÃO PARA A SAÚDE NO MUNICÍPIO ANO 2020.....	37
5.2	- RECEITAS PREVISTAS SUBFUNÇÃO, NATUREZA E FONTE DE 2022 -2025.....	38
5.3	PREVISÃO DAS DESPESAS COM SAÚDE.....	42
5.3.1	- DESPESAS DA SAÚDE POR SUB FUNÇÃO – 2022 – 2025.....	42
6	- DIRETRIZ , OBJETIVOS, METAS E INDICADORES PARA 2022 – 2025.....	43
6.1	- DIRETRIZ 1 - Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos eixos transversais e com ênfase nas ações estratégicas, garantindo ao usuário acesso e serviços de qualidade.	43
6.2	- Diretriz 2- Fortalecimento da Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança com implementação da Rede Cegonha	48
6.3	- Diretriz 3 – Fortalecer a Atenção Integral nos diferentes Ciclos de Vida, incluindo o aprimoramento à Rede de Atenção Psicossocial, Atenção aos Usuários com Condições Crônicas e Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	53
6.4	- Diretriz 4- – Reorganizar as ações e serviços de Média e Alta complexidade, incluindo a rede de atenção às urgências, de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Centrais de Regulação, articuladas as demais Redes de Atenção	56
6.5	- Diretriz 5- Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.	58
6.6	- Diretriz 6- Contribuir à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho	62
6.7	- Diretriz 7- Implementação de modelo de gestão e instrumentos, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.....	64
6.8	- Diretriz 8- Nortear o nível de resposta a emergência em saúde pública para o novo coronavírus (COVID-19) e seu impacto para a saúde pública, mediante aprimoramento das políticas de atenção básica, de atenção especializada e hospitalar na organização da rede de saúde.	66



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GERALDO DO ARAGUAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal é instrumento central de planejamento para definição e implementação das prioridades da gestão municipal no âmbito de saúde para o período de quatro anos. Ele explicita os compromissos do governo para o setor a partir da análise da situação da saúde no município e das necessidades da população.

Em sua elaboração, devem-se observar, no plano federal, as leis 8.080 e 8.142 de 1990, e a Lei Complementar 141/2012. Devese observar, igualmente, o Decreto 7.508/11, que aprimorou processos e práticas no ciclo de gestão no SUS, ao regulamentar aspectos da Lei 8.080/90 no tocante ao planejamento da saúde, assistência à saúde, articulação interfederativa e regionalização, dentre outros.

Nesse sentido, a elaboração, a execução e o monitoramento devem observar os princípios do SUS estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e nessas normativas, como a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular. Esses são princípios que devem sempre guiar a atuação da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), e que foram diretrizes nesse processo de elaboração.

Tendo em vista esses princípios e o diagnóstico situacional da Saúde, a SMS realizou seu planejamento estratégico para o período 2022-2025, estabelecendo sua missão, visão, seus valores e suas diretrizes. Embora não seja uma exigência legal, a Pasta avaliou como necessário vincular o seu processo de planejamento estratégico à elaboração do PMS, o principal instrumento municipal de saúde. Foi uma oportunidade para pensar sobre as macroprioridades para o Município e a Saúde em um momento crítico de enfrentamento à pandemia de COVID-19 e aos desafios remanescentes, e de redefinição e retomada de ações prioritárias

Com foco na promoção do acesso com qualidade as ações e serviços de saúde e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), este Plano Municipal de Saúde orientará a gestão municipal no período de 2022 a 2025. Esperamos que o mesmo seja um marco importante na consolidação da democracia institucional e da gestão participativa, contribuindo para o fortalecimento do controle social e participação popular no município.

Desta forma o Plano Municipal de Saúde 2022-2025 expressa o compromisso da gestão com a implementação e o fortalecimento do SUS municipal em busca universalidade, da equidade e integralidade, objetivando a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida da população.

LENICE LAGE COSTA FERREIRA

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1. Identificação do Município

O município de São Geraldo do Araguaia pertence à Mesorregião Sudeste Paraense e à Microrregião Marabá. A sede municipal tem as seguintes coordenadas geográficas: 06° 23' 56" de latitude Sul e 48° 33' 8" de longitude a Oeste de Greenwich. A distância entre a sede do município e a capital é de 740 km.



Limites

Ao Norte - Municípios de Marabá, Brejo Grande do Araguaia e São Domingos do Araguaia.

Ao Leste – Estado do Tocantins e Município de Palestina do Pará.

Ao Sul – Estado do Tocantins e Município de Piçarra.

Ao Oeste – Municípios de Piçarra e Eldorado do Carajás.

O clima do Município insere-se na categoria de equatorial super-úmido, tipo Am, na classificação de Köppen, no limite de transição para o Aw. Possui temperatura média anual de 26,35° C, apresentando a média máxima em torno de 32,0° e mínima de 22,7° C. A umidade relativa é elevada, apresentando oscilações entre a estação mais chuvosa e a mais seca, que vão de 90% a 25%, sendo a média real de 78%. O período chuvoso ocorre, notadamente, de novembro a maio, e o mais seco de junho a outubro, estando o índice pluviométrico anual em torno de 2.000mm

1.2. População

Código do Município: 1507458

Gentílico: são-geraldense

População estimada [2020]: 24.705 pessoas

População no último censo [2010]: 25.587 pessoas

Densidade demográfica [2010]: 8,08 hab/km²

TABELAS:

Estudo de Estimativas Populacionais por Município		
POPULAÇÃO RESIDENTE POR ANO		
ANO	POPULAÇÃO	MÉTODO
2020	24.705	Estimativa
2019	24.847	Estimativa
2018	24.991	Estimativa
2017	25.137	Estimativa
2016	25.280	Estimativa
2015	25.424	Estimativa

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

Histórica da População Residente Segundo Sexo – 2016 a 2020			
POPULAÇÃO RESIDENTE POR SEXO			
ANO	Masculino	Feminino	Total
2016	12.858	12.422	25.280
2017	12.773	12.364	25.137
2018	12.682	12.309	24.991
2019	12.593	12.254	24.847
2020	12.508	12.197	24.705

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

População residente por Faixa Etária 1 segundo Ano					
Faixa Etária	2016	2017	2018	2019	2020
0 a 4 anos	2.231	2.180	2.145	2.105	2.060
5 a 9 anos	2.361	2.291	2.204	2.139	2.095
10 a 14 anos	2.409	2.352	2.290	2.218	2.139
15 a 19 anos	2.524	2.427	2.325	2.224	2.123
20 a 29 anos	4.493	4.483	4.476	4.464	4.445
30 a 39 anos	3.965	3.972	3.971	3.961	3.945
40 a 49 anos	2.906	2.934	2.966	3.000	3.037
50 a 59 anos	2.015	2.067	2.125	2.184	2.245
60 a 69 anos	1.345	1.375	1.407	1.440	1.470
70 a 79 anos	722	738	754	773	795
80 anos e +	309	318	328	339	351
Total	25.280	25.137	24.991	24.847	24.705

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

1.3- EDUCAÇÃO

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	96,1 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]	4,8
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) [2019]	4,2
Matrículas no ensino fundamental [2020]	4.327 matrículas
Matrículas no ensino médio [2020]	1.101 matrículas
Docentes no ensino fundamental [2020]	192 docentes
Docentes no ensino médio [2020]	48 docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2020]	32 escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio [2020]	4 escolas

Fonte: IBGE (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/sao-geraldo-do-araguaia/panorama>)

1.4- História do Município

São Geraldo do Araguaia tem sua origem datada do final da década de 1940 e ao início da década de 1950, com a exploração manual do garimpo de cristal de rocha, mais conhecido por "Garimpo do Chiqueirão", que se localizava na margem direita do rio Araguaia, no atual Estado do Tocantins (antigo Estado de Goiás), na área aonde hoje localiza-se o município de Xambioá. Com o fim da jazida devido exploração do garimpo, as pessoas que se dedicavam à exploração ficaram ociosas. Algumas retornaram para sua terra natal e muitas outras, vendo que a região era próspera, passaram a buscar outros meios alternativos que lhes permitissem fixar e sobreviver na região. A principal atividade a que se dedicaram foi à coleta de produtos nativos, fartamente existentes na área, principalmente a Castanha-do-Pará. Outras se dedicaram ao plantio de culturas que lhes garantissem a subsistência. Efetivamente e historicamente, a ocupação da região teve início no ano de 1953, quando João Rego Maranhão construiu um barracão próximo à foz do rio Xambioá, na margem esquerda do rio Araguaia, para compra de castanha e produtos de subsistência (sobressaindo-se aí o arroz) coletados ou produzidos pelos pequenos agricultores/coletores residentes nos castanhais, que desciam dos afluentes do Araguaia e do Xambioá com objetivo de comercializarem seus produtos em Marabá. Com o passar do tempo, muitas famílias de castanheiros e agricultores foram construindo suas casas nas proximidades do barracão de João Rego Maranhão, formando um vilarejo. Dona Leocádia, esposa de João Rego, não conseguindo engravidar, fez uma promessa que se tivesse um filho colocaria o nome de Geraldo, homenageando um Santo italiano (São Geraldo Magela). Dona Leocádia teve o filho e chamou-o de Geraldo, como havia prometido. Com a morte do único filho do comerciante, as pessoas, que moravam ao redor e nas proximidades do barracão, construíram uma capela e a dedicaram a São Geraldo, em homenagem ao filho falecido que tinha esse nome. Da combinação do santo, do nome do filho do casal e o fato de morarem às margens do Rio Araguaia, resultou o nome do nosso município: São Geraldo do Araguaia. A área, que naquela época estava localizada São Geraldo do Araguaia, fazia parte do município de Conceição do Araguaia sendo, portanto, região subordinada e integrante politicamente de Conceição do Araguaia e eram terras habitadas por quem não possuía título de posse das mesmas.

No final da década de 60, começaram a surgir nessa região conflitos pela posse da terra, reflexo da política desenvolvimentista levada a efeito ela SUDAM (Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia). Um fato ocorrido entre 1968 e 1975, veio acirrar os

conflitos já existentes por aqui, provocando uma violenta repressão do governo federal, com graves conseqüências para os moradores de São Geraldo do Araguaia (cujos moradores mais antigos lembram com tristeza de todos os acontecimentos aqui ocorridos) e com grande repercussão histórica e política para o país: a Guerrilha do Araguaia. Com intuito de acabar com os conflitos de terras aqui existentes naquela época, O coronel Alacid Nunes, quando eleito governador do estado em 1979 e com expressiva votação em nossa região, adquiriu outras terras de castanhais em Conceição do Araguaia e as doou em troca das já aqui ocupadas por nossos antigos moradores, que desenvolveram nesta área o povoado que hoje faz parte da nossa cidade.

No início da década de 80, ocorreu aqui uma grande enchente e a área então povoada ficou submersa, mostrando e comprovando que não era propícia para ser habitada. O então prefeito de Conceição do Araguaia, Giovanni Queiroz, utilizando dinheiro da união adquiriu terras próximas ao povoado e na parte alta, para livrar os moradores de enchente, e as loteou entre os moradores, formando a vila de São Geraldo do Araguaia, que mais tarde viria a se transformar na sede do nosso município.

Três fatores contribuíram muito para que o povoado, que hoje é São Geraldo do Araguaia, rapidamente alcançasse desenvolvimento: 1º) A criação do GETAT (Grupo Executivo de Terras de Araguaia-Tocantins), com objetivo de tentar resolver os conflitos fundiários. 2º) A ação do exército com abertura de estradas. 3º) O assentamento de posseiros ou colonos, contribuindo com a nossa povoação.

Os moradores logo perceberam a vocação que o povoado tinha para a pecuária e logo abandonaram as áreas dos castanhais e vieram se concentrar em pequenas áreas ou vilas, dando origem às inúmeras regiões que hoje compõem nosso município. O nosso crescente desenvolvimento e as riquezas aqui existentes permitiam-nos caminhar com nossos próprios passos e esta realidade levou nossa população a pleitear nossa emancipação política e o conseqüente desmembramento de Xinguara (éramos então, na oportunidade, povoado de Xinguara). A sociedade organizada, associações e sindicatos, cidadãos e cidadãs amantes desta terrinha passaram então a fazer abaixo-assinados e a enviarem a políticos e ao governo do estado solicitando nossa emancipação. Foi realizado um plebiscito e nossa emancipação não teve a aprovação necessária, isto porque pessoas mal-intencionadas, donas do poder e que queriam continuar usufruindo de nossa renda, orientaram nossa população humilde de forma errada, fazendo-as trocarem o sim pelo não. Historicamente e administrativamente, antes de chegarmos à condição de município, nossa região foi reconhecida inicialmente com a denominação de distrito de São Geraldo do

Araguaia, pela lei estadual nº 2460, de 29/12/1961, subordinada ao município de Conceição do Araguaia. Pela lei estadual nº 5028 de 13/05/1982, o distrito de São Geraldo do Araguaia passou a denominar-se simplesmente São Geraldo e a pertencer ao município recém-criado: Xinguara. Em 10 de maio de 1988, atendendo a pedido de inúmeras pessoas, O governador do Estado, Dr. Hélio da Mota Gueiros, cria o município de São Geraldo do Araguaia mediante a Lei Nº 5.441, desmembrando-o do município de Xinguara. Tornamo-nos, então, independentes politicamente e geograficamente.

A instalação oficial ocorreu no dia 1º de janeiro de 1989, quando tomaram posse o prefeito Raimundo Silveira Lima, o vice-prefeito José Pereira da Costa e os vereadores eleitos no pleito de 03 de outubro de 1988. Nossas principais localidades, em termos de contingente populacional, são: Novo Paraíso, Fortaleza, Dois Irmãos, Vila Nova, Santa Cruz e Sucupira.

10 de maio é o dia que comemoramos o aniversário de São Geraldo do Araguaia.

1.4.1 - Trabalho e Rendimento

Em 2019, em São Geraldo do Araguaia, o salário médio mensal era de 1.7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 11.4%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 112 de 144 e 31 de 144, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 3754 de 5570 e 3098 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 45% da população nessas condições, o que o colocava na posição 114 de 144 dentre as cidades do estado e na posição 2145 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

1.5 – SAÚDE

1.5.1 - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9.17 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 19.2 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 117 de 144 e 7 de 144, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3302 de 5570 e 69 de 5570, respectivamente.

Indicadores de Natalidade e Mortalidade – 2016 a 2019.				
Indicador	2016	2017	2018	2019
Número de nascidos vivos	463	494	536	436
Número de óbitos em < de 1 ano	3	2	1	2
Taxa de mortalidade infantil	6,47	4,04	1,86	4,58

Fonte: DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/>)

1.5.2 - DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), constituem um dos maiores problemas de saúde pública atualmente. Segundo estudos divulgados pelo IBGE, representam 70% das mortes no Brasil. Esse tipo de doença está associado a idade elevada ou ao estilo de vida da pessoa, como má alimentação, estresse e sedentarismo que são aspectos que estão muito presentes na sociedade atual.

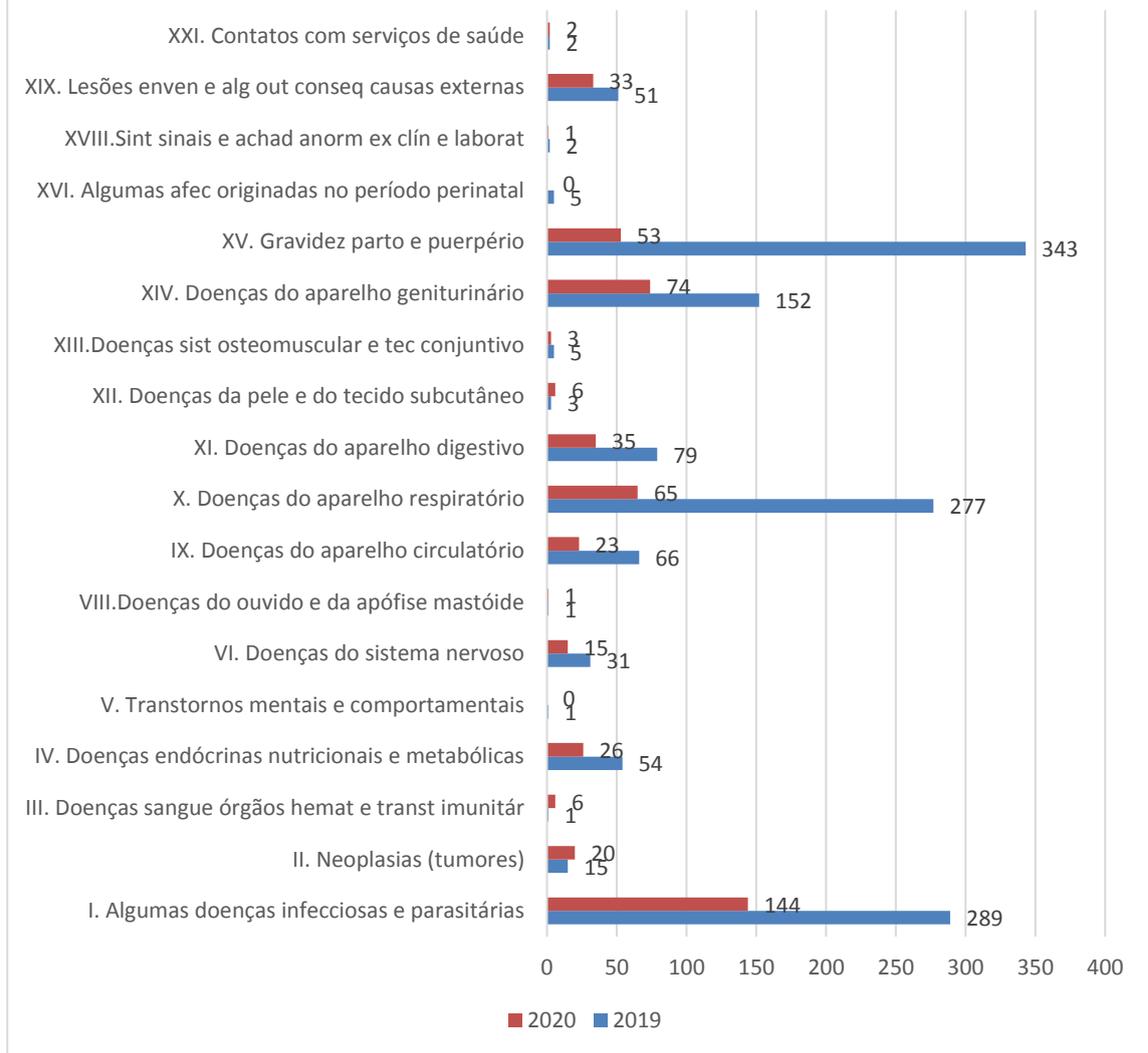
As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. No país, essas doenças, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. Na última década, observou-se uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que pode ser atribuído à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros.

O Ministério da Saúde do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a Organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e agravos e seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde (BRASIL,2011).

Deve-se atentar para os dados de morbidade hospitalar, considerando algumas limitações que devem ser levadas em consideração, como a parcialidade, no que se referem apenas as pessoas que tiveram acesso ao hospital, não podendo ser consideradas como representativas da morbidade geral da população. Também se deve levar em conta o grau de fidedignidade dos registros.

Podemos observa no gráfico abaixo, que houve uma diminuição das morbidades no ano de 2020 em relação ao ano de 2019, isso deve ser devido a diminuição da procura pelos serviços hospitalares devido a pandemia.

Morbidade Hospitalar São Geraldo do Araguaia por Capítulo CID 10



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

As internações por doenças por Gravidez parto e puerpério, têm importante destaque no gráfico de morbidade hospitalar por grupo e causas, sendo a primeira causa de morbidade no município de São Geraldo do Araguaia no ano 2019 e 2020.

Portanto, a consolidação das medidas de promoção de saúde na rotina da atenção básica, pode, juntamente com o diagnóstico precoce e tratamento adequado, colaborar na redução da mortalidade por tais doenças.

1.6- DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

1.6.1 - HANSENÍASE E TUBERCULOSE

A Tuberculose e a Hanseníase são doenças de notificação compulsórias que permanecem como problema de saúde pública no Brasil. E que por isso grandes esforços têm sido feitos no sentido diminuir estes agravos.

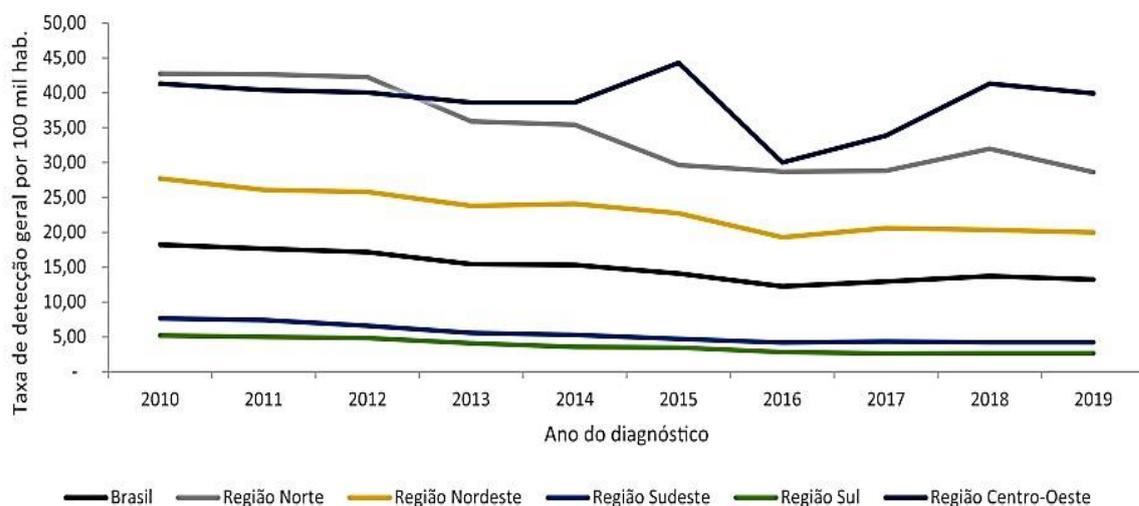
No município de São Geraldo do Araguaia o programa de Tuberculose e Hanseníase é coordenado pela Enfermeira Cristina Dias Araujo. O tratamento destes agravos é realizado em todas as Estratégias de Saúde da Família do município.

Para melhor responder às demandas que esses dois programas exigem é feito constantemente visitas às unidades de saúde e ao Laboratório Municipal. Estas visitas têm como objetivo verificar in loco se as orientações do ministério da saúde e da coordenação local estão sendo seguidas, no que se refere a atendimento, identificação e acompanhamento dos casos, atualização de prontuários, livros e boletins.

O ano de 2020, pelo contexto pandêmico da covid-19, trouxe novos desafios, onde profissionais de saúde e usuários tiveram que se adaptar à nova realidade, que sem dúvida interferiu nas capacitações sobre estes agravos, no diagnóstico e acompanhamento desses dois programas de acordo ao que é recomendado pelo Ministério da Saúde.

1.6.1.1 Sobre o Programa de Controle da Hanseníase

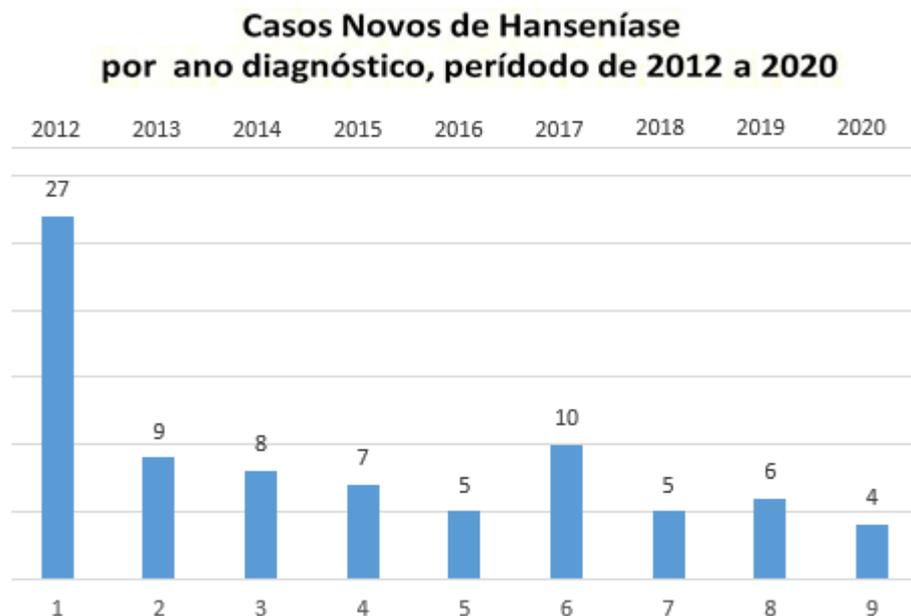
Segundo Boletim Epidemiológico Edição Especial de janeiro de 2021 do Ministério da Saúde, que para sua elaboração utilizou dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2010 a 2019 e dados preliminares de 2020, em 2019 foram reportados à OMS: 202.185 casos novos de hanseníase, destes 29.936 na Região das Américas, 27.864 no Brasil e 2.548 no Estado do Pará. Nesse mesmo ano de **2019**, segundo informações extraídas do SINAN, em **São Geraldo do Araguaia** ocorreram 06 casos novos.



Fonte: Sinan/SVS/MS e IBGE.

FIGURA 5 Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes segundo região de residência. Brasil, 2010 a 2019

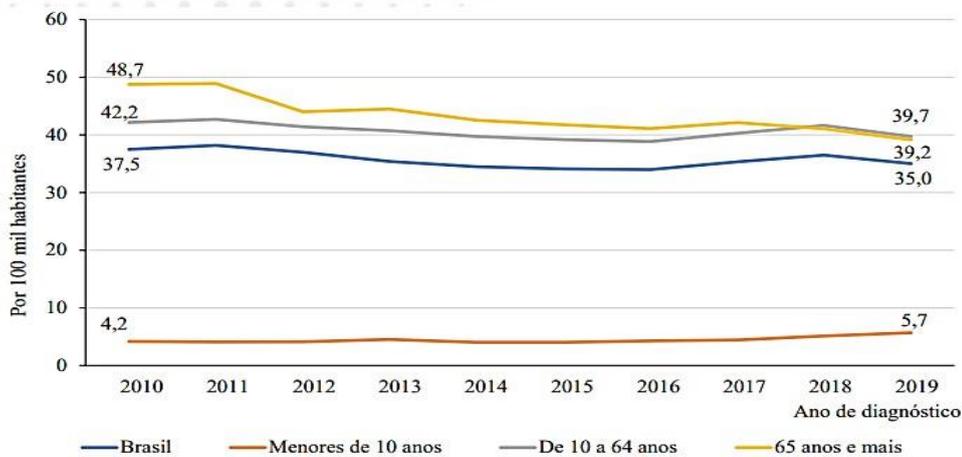
Para compreender melhor o cenário local no que desrespeito à Hanseníase, foram levantados todos os casos novos, por ano diagnóstico residentes no município de 2012 a 2020, que como podemos verificar no gráfico abaixo, o índice maior de casos foram em 2012 com 27 casos, 2017 com 10 casos e 2013 com 9 casos.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/hanswpa.def>

1.6.1.2 Sobre o Programa de Controle da Tuberculose

No Brasil, em 2019, foram diagnosticados 73.864 casos novos de TB, o que correspondeu a um coeficiente de incidência de 35,0 casos/100 mil habitantes. Embora tenha sido observada uma constante tendência de queda entre os anos de 2010 e 2016, o coeficiente de incidência da TB no país aumentou nos anos de 2017 e 2018 em relação ao período anterior. Nesses dois anos, houve uma tendência de queda na incidência entre os maiores de 65 anos, e de aumento na incidência nos menores de 10 anos e nos de 10 a 64 anos (BRASIL,2020).



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Secretarias Estaduais de Saúde/Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

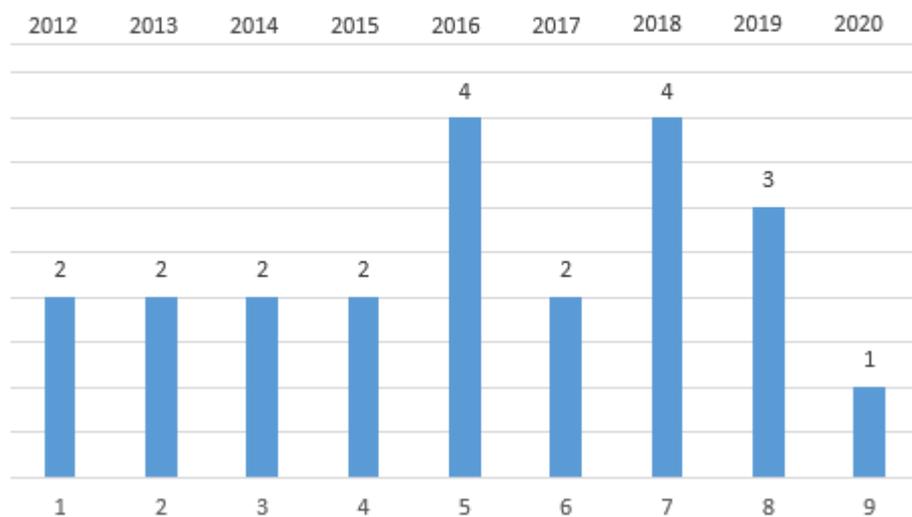
FIGURA 1 Coeficiente de incidência de tuberculose geral e por faixa etária (por 100 mil hab.). Brasil, 2010 a 2019^a

^a Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Neste contexto a coordenação municipal realiza o monitoramento através da avaliação dos boletins e de visitas as unidades de Saúde que fazem o acompanhamento.

Abaixo segue histórico dos casos novos de Tuberculose de 2012 a 2020, onde percebe-se uma estabilidade relativa, com dois picos nos anos de 2016 e 2018 e uma queda acentuada de número de casos em 2020 que avalia-se ser devido a pandemia da COVID-19.

Casos Novos de Tuberculose por ano diagnóstico, período de 2012 a 2020



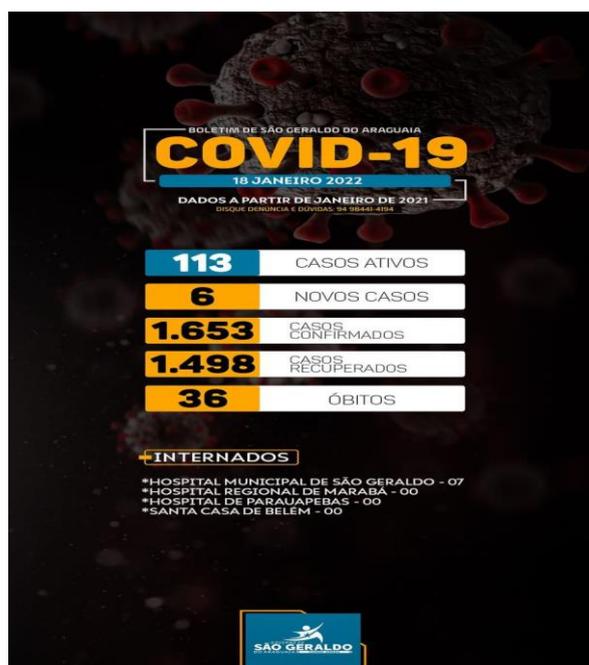
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

1.6.2 COVID -19

Em novembro de 2019 um surto de doença respiratória, causado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), foi detectado na cidade de Wuhan, na China. Em dois meses foram confirmados milhares de casos de Covid-19 (atual denominação da doença), que resultaram em inúmeros óbitos. Em março de 2020, o novo coronavírus disseminou-se para mais de uma centena de países, continuando a causar doença respiratória e óbitos, especialmente em grupos de risco como idosos, gestantes, imunodeprimidos e outros.

A pandemia da COVID-19, alterou o cenário epidemiológico em todo o mundo. Sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves – cerca de 80% – a casos muito graves com insuficiência respiratória –entre 5% e 10% dos casos, segundo (OMS).

Em São Geraldo do Araguaia estamos com um total de 1.653 casos confirmados, 1.498 recuperados e 36 óbitos, conforme o boletim da Vigilância Epidemiológica.



Fonte: Vigilância Epidemiológica

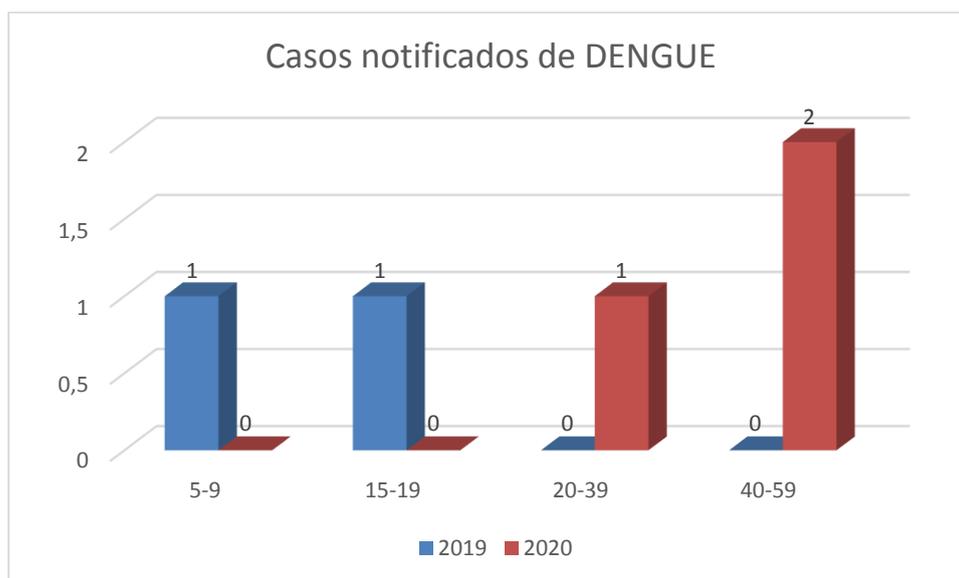
1.6.3 – DENGUE

O estado do Pará registrou 1.846 casos confirmados de dengue em 2020, representando uma queda de 17,36% em comparação com 2019, quando foram registrados 2.234 casos confirmados da doença.

Dos 1.846 casos de dengue, 1.827 foram classificados como dengue, 16 como dengue com sinais de alarme e três como dengue grave.

Segundo Aline Carneiro, em 2020, o Lacen-PA e o IEC identificaram três sorotipos de vírus da dengue circulantes no Pará, ou seja, 30 casos de dengue tipo 1, três casos de dengue tipo 2 e 1 caso de dengue tipo 4.

No Município de São Geraldo do Araguaia, os casos de dengue no ano de 2019 foram de 2 casos notificados e no ano de 2020 foram 3 casos.



Fonte: Sinan NET

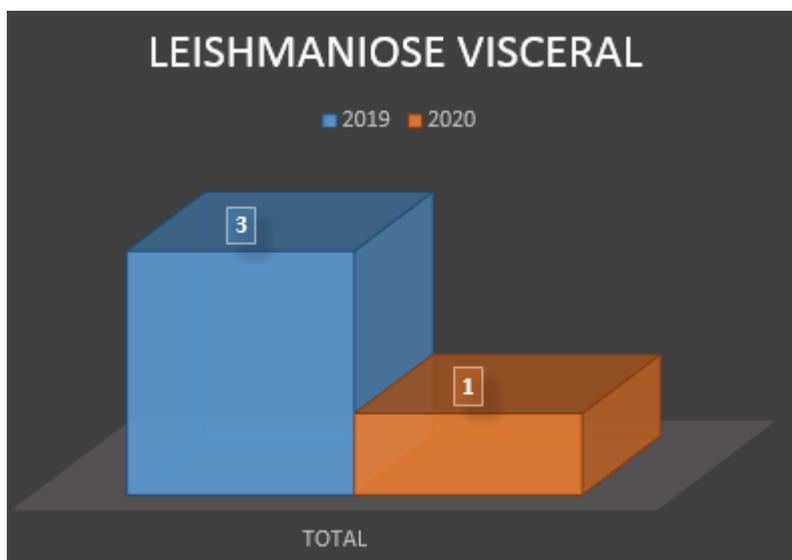
1.6.4 -Leishmaniose Visceral – LV

Leishmaniose Visceral (LV) é uma das principais zoonoses de ocorrência mundial, que pode levar a índices de letalidade elevados quando não instituído tratamento adequado. A doença apresenta alta prevalência em diferentes regiões brasileiras, inclusive na região norte.

Um total de 562 casos de LV foi notificado no estado do Pará em 2018, ocorrendo em 54 municípios paraenses e sendo mais prevalente em Parauapebas, Marabá e Canaã dos Carajás, no sudeste do Pará. Os meses com maiores números de casos foram fevereiro, março, maio, junho, julho, agosto e setembro, todos apresentando mais de 50 casos.

A ocorrência da LV variou de acordo com a faixa etária, apresentando maiores números de notificação em crianças de um a quatro anos, seguido de adultos de 20 a 39 anos.

São Geraldo do Araguaia notificou casos da doença no ano de 2019, com 03 (três) casos notificados. Em 2020 devido a pandemia da COVID-19, ocorreu uma diminuição nas notificações em relação ao ano de 2019, conforme especificado no gráfico abaixo:



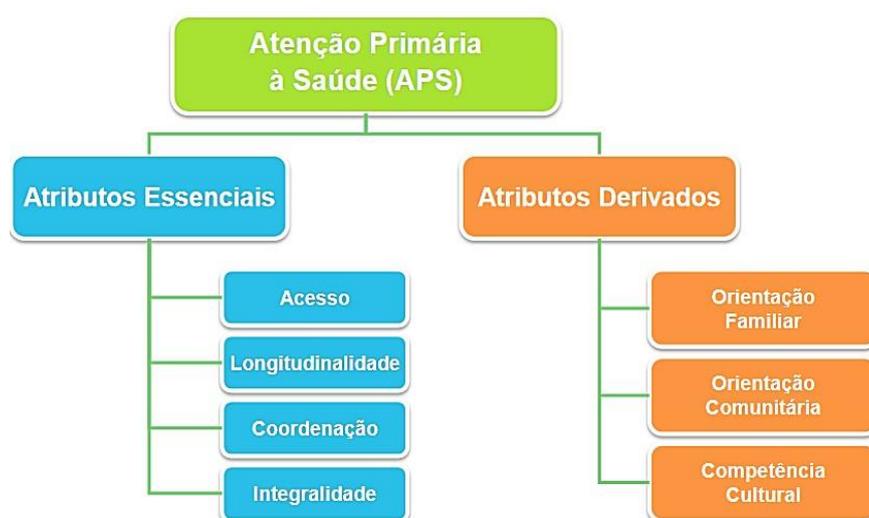
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

2 - ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 - Atenção Básica

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente a situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (Ministério da Saúde).

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança do modelo de saúde, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.



Fonte: BRASIL 2020

Pesquisa APS/POA

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que o recurso federal compõe o Bloco de Financeiro da AB. A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, instituiu um novo modelo de financiamento para a APS, o Programa Previne Brasil, que altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Estruturado em um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per-capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúdena Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

Hoje o município de São Geraldo do Araguaia dentro da estrutura da Atenção Básica conta com 08 (oito) Unidades Básicas de Saúde e 02 (dois) postos de saúde. Nessas unidades estão alocadas: 09 (nove) equipes de Saúde da Família (ESF); e 08 (oito) Equipes de Saúde Bucal (ESB), 01 (um) NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família e 01 (um) Laboratório de Prótese Dentária. Em relação ao atendimento de pacientes suspeitos e confirmados de COVID-19 com quadro leve, todas as unidades de saúde então aptas ao atendimento desta demanda e seguem os protocolos da vigilância sanitária. A gestão mantém um local específico, Centro de Atendimento para Enfretamento da COVID-19 de SAGA, onde segue para vacinação e realização de testes rápidos desta clientela.

2.2 - Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Tem caráter sistêmico e multidisciplinar e representa atividade de grande impacto financeiro no âmbito do

SUS, em razão da crescente demanda por medicamentos.

Em 1990, A Lei nº 8.080, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, como obrigação do sistema. Em 1998, nasceu a Política Nacional de Medicamentos (PNM), procurando romper com o foco exclusivo na aquisição e distribuição de medicamentos que se mostrava insuficiente. Em 2004 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS). A PNAF explicitou a necessidade de qualificação dos serviços e dos recursos humanos, a descentralização das ações, o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos como seus principais eixos estratégicos.

Na linha do tempo abaixo, você encontrará os principais marcos relacionados à implantação da Assistência Farmacêutica no Brasil pelo SUS.

1988	Promulgação da Constituição Federal. Inicia-se o direito social dos cidadãos brasileiros à saúde, orientado pelos princípios da universalidade, igualdade e equidade.
1990	Regulamentação da Constituição Federal estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90. que determina a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a garantir assistência terapêutica integral, inclusive Assistência Farmacêutica
1998	Publicação da Política Nacional de Medicamentos. Estabelece que os medicamentos deve ser seguros e apresentar eficácia e qualidade. A PNM promove o uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Dentre as diretrizes, as prioritárias são: a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a reorientação da Assistência Farmacêutica, a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos.
2003	Realização da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência. Foi traçado um quadro real a respeito da situação da Assistência Farmacêutica no SUS.
2004	Aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Redefinição da Assistência Farmacêutica como uma política norteadora para formulação de políticas setoriais, tais como políticas de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos, garantindo a intersetorialidade e envolvendo os setores público e privado de atenção à saúde.

Fonte: ccates.org.br

A Assistência Farmacêutica tem passado por alterações significativas, principalmente no seu modelo lógico-conceitual. Nesse modelo, o acesso aos

medicamentos é garantido pelo abastecimento por meio do ciclo logístico, que contempla, igualmente, o uso racional e integral às ações e serviços nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), especialmente aos serviços de gestão clínica do medicamento.

Em 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, sendo considerado um marco da legislação do SUS. Na área da assistência, define a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como a “seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS” (art. 25) e que o “Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores” (art. 27) (BRASIL, 2011b).

No que diz respeito ao financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, estes ocorrem na forma de blocos de financiamento, de acordo com a Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes:

1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
2. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e
3. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (denominação alterada pelo Art. 2º da Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009).

Os medicamentos selecionados no SUS são agrupados nestes componentes e elencados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (2013), 8ª edição, elaborada a partir das definições do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e estabelecida pela Portaria GM/MS nº 533, de 28 de março de 2012.

2.3 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde é um conceito que se expressa no acompanhamento da saúde da população através de um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo, da coletividade e ambiental pela intervenção nos problemas que podem desencadeá-los.

A vigilância em saúde deve integrar no processo de trabalho as ações da vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, buscando atuação de forma complementar e junto com as equipes da atenção básica, que devem se reconhecer como agentes de vigilância, na identificação dos riscos, das populações vulneráveis, propondo e fazendo intervenções para o controle, prevenção e promoção à saúde (CONASEMS 2020).

Os Recursos Financeiros correspondentes as ações de Vigilância em Saúde comporão o limite financeiro de Vigilância e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e do Trabalhador.

O financiamento para as ações de Vigilância Sanitária consolida a reversão do modelo de pagamento por procedimento, oferecendo cobertura para o custeio de ações coletivas visando garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação, avançando em ações de regulação, controle e avaliação de produtos e serviços associados ao conjunto de atividades.

O limite financeiro da vigilância em saúde será transferido em parcelas mensais e o valor da transferência mensal para cada um dos Estados, Municípios e distrito federal, bem como o Limite financeiro respectivo será estabelecido em portaria específica.

2.4 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

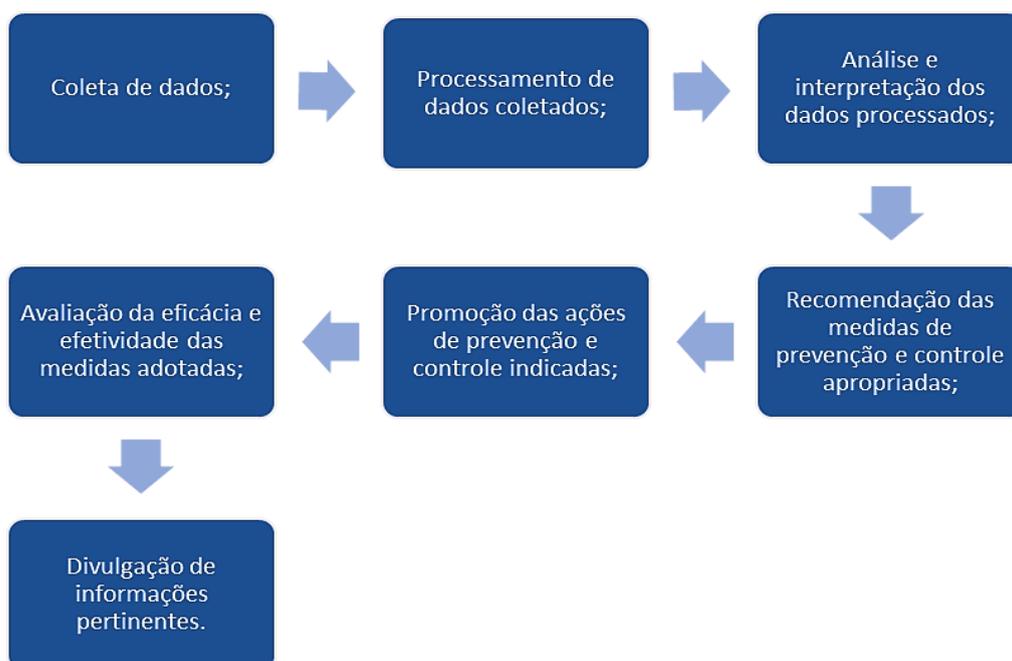
A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei nº 8.080/90 como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo

selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia (BRASIL,2010).

É imprescindível para o planejamento de ações na assistência o conhecimento do Perfil Epidemiológico, assim se faz necessária a criação de mecanismo de comunicação com os profissionais de saúde e gestores para nortear as ações e serviços de saúde do município.

ETAPAS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



Fonte: e-sanar.com.br

2.6- VIGILÂNCIA SANITÁRIA

"Entende-se, por vigilância sanitária, um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde."

O objeto de interesse da Vigilância Sanitária são os riscos sanitários

decorrentes da produção, distribuição, comercialização e uso de bens de capital e de consumo e da prestação de serviços de interesse da saúde. A Vigilância Sanitária deve exercer também a fiscalização e o controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade abrangendo os processos e ambientes de trabalho e de lazer. O Planejamento das ações é realizado anualmente por meio da PAP-VS (Pactuação de Ações Prioritárias em Vigilância à Saúde) conforme as diretrizes Nacionais e Estaduais e o critério de risco dos estabelecimentos, sendo que os considerados de risco são realizados inspeções em 100% dos estabelecimentos.

2.7 - VIGILÂNCIA AMBIENTAL

É A Vigilância em Saúde Ambiental é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde, em sua ampla área de atuação, destaca-se as doenças transmitidas por vetores, prevenção e controle de zoonoses, intoxicações, além de agravos à saúde vinculados ao meio ambiente.

2.8 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A Lei Orgânica da Saúde (lei 8080/1990) define saúde do trabalhador como: “Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho...”

As ações de vigilância à saúde do trabalhador são financiadas no componente da vigilância em saúde e vigilância sanitária; no entanto, para estados ou municípios que possuem Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) o custeio é financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), com recursos da Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (MAC).

As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador são desenvolvidas pela Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que fica na sede da Secretaria de Saúde do município.

3 - ATENÇÃO ESPECIALIZADA

3.1 – MÉDIA COMPLEXIDADE

A Média Complexidade Ambulatorial envolve a maioria dos procedimentos necessários para o diagnóstico, tratamento e reabilitação que pelo seu caráter complementar e suplementar à Atenção Básica são de extrema relevância na redução da demanda para a alta complexidade. As ações partos, alguns procedimentos cirúrgicos e internação hospitalar são realizados pelo Hospital Municipal de São Geraldo do Araguaia, que é um Hospital de pequeno porte e faz parte da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde.

No que se refere às urgências o município através da Secretaria Municipal de Saúde teve um salto com a implantação SAMU 192 de São Geraldo do Araguaia (Serviço de atendimento móvel de urgência) tipo 01. No âmbito da saúde mental, o CAPS (Centro de Atenção psicossocial) foi implantado em 2014, que também foi um grande avanço para a saúde do município.

Ainda dentro das atividades que se enquadram nas ações do MAC (Média e alta complexidade) o município conta com o Laboratório de Análises Clínicas em prédio próprio que atende a demanda de internados e também da Rede de Atenção Básica.

Atualmente os serviços de pediatria, nutrição, psicologia, Assistência Social e Fisioterapia são ofertados no NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família. A oferta de ultrassonografia, colposcopia, eletrocardiograma e outros funcionam via regulação da secretaria de saúde. Os demais procedimentos, bem como atendimentos de média e alta complexidade que não existem dentro da rede municipal de serviços de saúde e que envolvem diagnóstico e tratamento de patologias tem o acesso à assistência especializada feitos a partir da referência realizada pelas Unidades Básicas de Saúde e reguladas através da Central de Regulação de Vagas do município pelo SISREG e os tratamentos de hemodiálise, quimioterapia, que todos são encaminhados pelo o TFD (tratamento fora do domicílio) para os municípios de Belém ou Marabá. Para o deslocamento dos pacientes de Hemodiálise o município oferece um serviço de transporte aos pacientes e acompanhantes, além de custeio de despesas com alimentação via TFD.

4 ESTRUTURA DO SISTEMA

4.1 - REGULAÇÃO, AUDITORIA, PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO.

A Central de Regulação de São Geraldo do Araguaia obedece à determinação da Portaria 399/06 do MS, onde as consultas especializadas e os procedimentos e exames de média e alta complexidade são agendados via Sistema de Regulação – SISREG. O SISREG é um sistema web, uma ferramenta fornecida pelo Ministério da Saúde, para o gerenciamento de todo Complexo Regulador, por meio de módulos ambulatoriais e hospitalares que permitem a inserção da oferta, da solicitação até a confirmação do atendimento ao usuário, bem como a regulação de leitos hospitalares.

As solicitações podem ser realizadas pela atenção básica e pelas outras portas de entrada do SUS para consultas, exames e procedimentos da média e alta complexidade, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimização da utilização dos recursos assistenciais, visando à humanização no atendimento. A Central de Regulação também é responsável pelo agendamento do transporte de pacientes, Tratamento Fora do Domicílio – TFD.

A gestão municipal não se completa apenas com o planejamento, execução das ações e cumprimento das metas em todas as áreas técnicas da saúde, mesmo que de maneira integrada é preciso avaliar seu desempenho.

Avaliar significa ir além do ato de diagnosticar (verificar) o que implica, prioritariamente, tomada de decisão em qualquer situação detectada. A avaliação e o monitoramento são instrumentos de gestão que contribuem para a medida do impacto de políticas públicas e ações de saúde implantadas e correção de rumos.

O monitoramento é contínuo e em tempo eficaz, o que permite uma rápida avaliação situacional e intervenção oportuna.

É importante e necessário implantar uma gestão baseada em evidências, potencializando os recursos e informações disponíveis para tal, pois muitas vezes não há interpretação, muito menos análise dessas informações pela própria equipe que utiliza.

A equipe do monitoramento, controle e avaliação é responsável pelas ações que monitoram a execução das ações, avaliam os resultados, desenvolvem rotinas que alertem sobre os indicadores/metastas e analisa a situação de saúde.

Um dos instrumentos importantes da avaliação é o Plano Municipal de Saúde.

A avaliação do Plano tem importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão, da resolutividade das ações e serviços de saúde prestados à população e para a implementação e consolidação do Sistema de Planejamento do SUS, podendo indicar assim, as mudanças de rumo que se fizerem necessárias para atingir os resultados esperados. Vale ressaltar que os Relatórios de Gestão serão produtos da avaliação processual.

O objetivo é realizar uma avaliação quadrimestral do Plano Municipal de Saúde. No final da vigência do Plano será realizada uma avaliação a qual será expressa em documento específico. Esta avaliação final será apresentada e discutida pelo Conselho Municipal de Saúde. Este documento deverá analisar o processo gradual de desenvolvimento do Plano, assinalando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas desencadeadas.

Do ponto de vista operacional, a avaliação do Plano deverá guardar estreita relação com os eixos, objetivos e metas definidos em seu escopo. Deverá ainda ser abrangente, de modo a facilitar o entendimento não só por parte dos gestores e técnicos envolvidos diretamente, como da sociedade, na medida em que envolve a participação efetiva da população.

Quanto aos resultados obtidos, deverá ser avaliado o cumprimento das metas e o alcance dos objetivos, segundo os eixos específicos, o impacto da implementação do Plano, a partir destes resultados, na situação de saúde descrita no momento de análise situacional, a execução físico-financeira do orçamento, as transferências recebidas de outras instâncias do SUS, entre outros e, as recomendações (reprogramação e intervenções) para a construção do novo Plano.

4.2- PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Princípio fundamental do SUS, assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90).

O município possui Conselho Municipal de Saúde (CMS) constituído e funcionando sendo realizadas reuniões ordinárias mensais e quando necessário extraordinário, as decisões do conselho quando necessárias geram resoluções e outras são enviados documentos oficiais solicitando ao gestor medidas para adequar, isso quando o próprio gestor já não resolve na hora da reunião, que neste caso consta apenas em ata. O conselho tem participação ativa nas decisões dos serviços de saúde.

A participação social na formulação e no controle da política de saúde é uma inovação institucionalizada pelo SUS sob a forma de conferências e conselhos de saúde. As conferências e conselhos de saúde são espaços institucionais de participação social e gestão compartilhada.

A composição do Conselho Municipal de Saúde de São Geraldo do Araguaia atualmente está conforme tabela abaixo:

Presidente do Conselho	Francisco Edylson G Oliveira
SEGUIMENTO GESTOR/PRESTADOR	
TITULAR	SUPLENTE
LENICE LAGE COSTA FERREIRA	Melquisedeque F de Sousa
FRANCISCO EDYLSO G OLIVEIRA	Vanessa Sousa Araujo
Silmara Costa Silva	Leidy Rodrigues Santos
SEGUIMENTO TRABALHADORES	
Raimundo Gomes Barbosa	Vaneide Barbosa de Goes
Edna Nonato da Silva	Ana Rosa P de Almeida
Luciane de Sousa Santos	Junior Cesar P de Sousa
SEGUIMENTO USUÁRIOS	
Francisco dos Santos	Ana Cristina de Sousa M Santos
Mariza Cristina Sousa Matos	Ana Cleide Mendes Barros
Lucinda Maria Chagas	Valdenica B da C de Sousa
Angelo Clemente da Costa Neto	Leidilene Rufina da Silva
Walison Rodrigues da Silva	Vanderlan da Cruz Macedo
Suely de Andrade B Maranhao	Maria de Fatima V de Sousa

Fonte: CMS

4.3– EDUCAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DE TRABALHO

A Secretaria Municipal de Saúde, sempre que possível disponibiliza as condições e ferramentas necessárias para o processo de educação em saúde e gestão do trabalho através do custeio de cursos e capacitações, bem como o pagamento de diárias para o deslocamento de servidores que se ausentam do município para participar de cursos e capacitações ofertados por outras instâncias do SUS e planeja a implementação do setor de Educação em Saúde.

4.4– RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

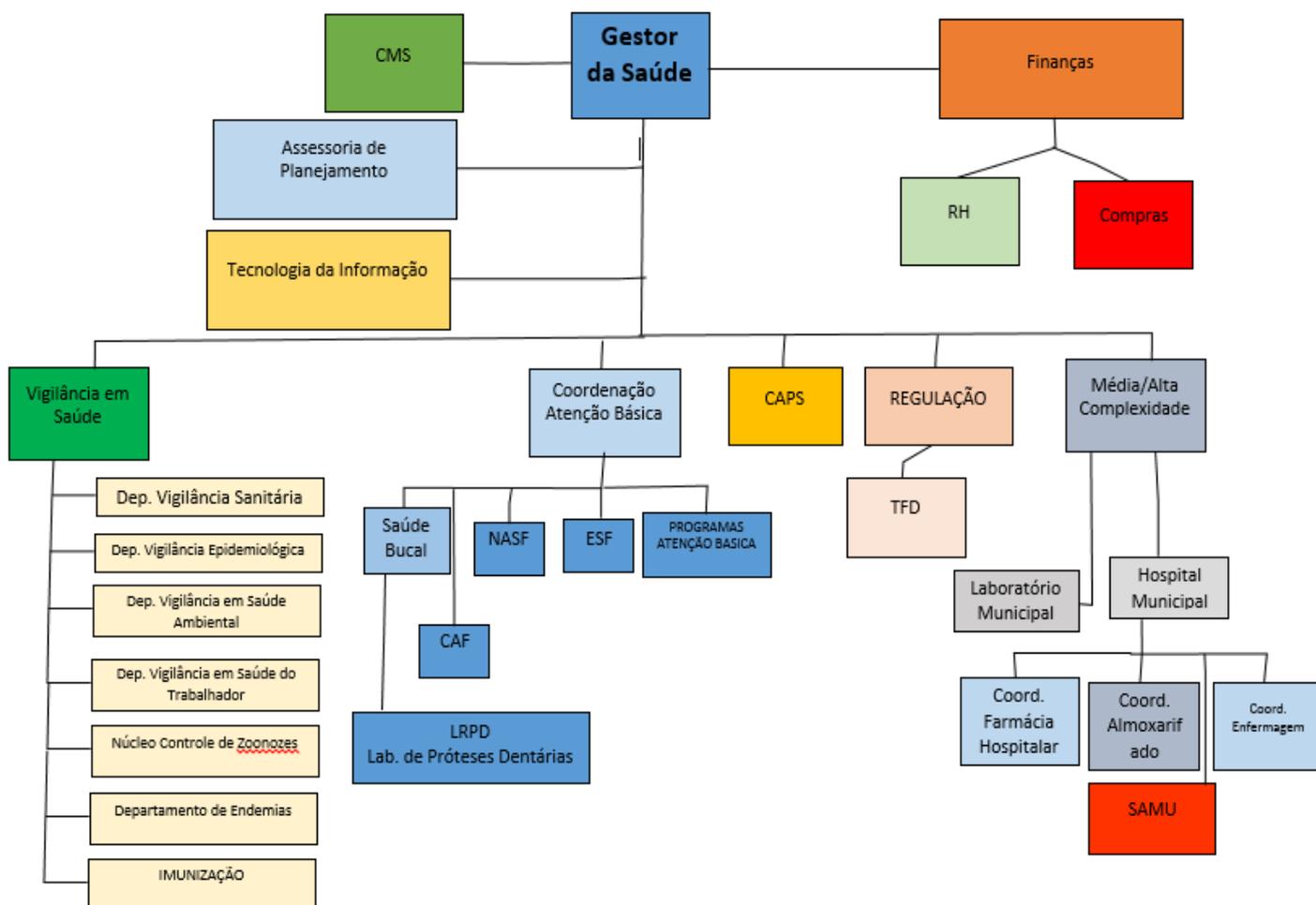
A Secretaria Municipal de Saúde é composta, atualmente, por um quadro funcional, por servidores efetivos, Contratados, Comissionados e Agente público.

FUNCIONÁRIOS	2021
Efetivos	179
Contratados	151
Comissionados	07
Agente público	-
TOTAL	

Fonte: RH da SMS

4.4.1 - ORGANOGRAMA ADMINISTRATIVO DA SAÚDE

ORGANOGRAMA SECRETARIA DE SAUDE DE SÃO GERALDO DO ARAGUAIA



4.5- REDE FÍSICA INSTALADA

Tipo de Estabelecimento	Quantidade
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	1
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	9
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	1
FARMÁCIA	1
HOSPITAL GERAL	1
POSTO DE SAÚDE	2
SECRETARIA DE SAÚDE	1
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	1
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	4
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	1
UNIDADE MOVEL DE NÍVEL PRE-HOSP- URGENCIA/EMERGENCI	1
TOTAL	24

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

Leitos de Internação, segundo especialidades HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO GERALDO DO ARAGUAIA		
DISCRICÃO	Leitos existentes	Leitos SUS
<u>COMPLEMENTAR</u>		
96 - SUPORTE VENTILATÓRIO PULMONAR - COVID-19	2	2
<u>ESPEC - CIRURGICO</u>		
03 - CIRURGIA GERAL	8	8
<u>ESPEC - CLINICO</u>		
33 - CLÍNICA GERAL	16	16
<u>OBSTETRICO</u>		
43 - OBSTETRICIA CLÍNICA	8	8
<u>PEDIATRICO</u>		
45 - PEDIATRIA CLÍNICA	8	8

Fonte: cnes.datasus.gov.br

4.6 – FINANCIAMENTO

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema, tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada.

Nesse contexto nos últimos anos houve uma participação robusta da Câmara dos deputados a nível Federal com a inserção das emendas parlamentares que atualmente se constituem como fonte de financiamento, que extraordinariamente compõem o planejamento local, por estarem regulamentadas por processos e tempos específicos; elas podem subsidiar a manutenção de ações, no entanto, sua maioria está destinada a investimentos.

Quanto ao financiamento da atenção primária considera-se o disposto no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que trata da Política Nacional de Atenção Básica – Operacionalização, considerando ainda a necessidade de ampliação do acesso da população aos serviços de Atenção Primária à Saúde a fim de garantir a universalidade do SUS e por derradeiro a implantação de ações estratégicas que atendam às necessidades e prioridades em saúde, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômicas e espacial, entre outras; em pequena síntese configura-se conforme eixo descrito abaixo:

4.6.1 - Do Custeio da Atenção Primária à Saúde

Art. 9º O financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por:

- 4.6.1.1 - capitação ponderada;
- 4.6.1.2 - pagamento por desempenho; e
- 4.6.1.3 - incentivo para ações estratégicas.

Parágrafo único. Os recursos de que trata o caput serão transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, aos Municípios, ao Distrito Federal e aos Estados e repassados pelo Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

4.6.2 - Da Capitação Ponderada

Art. 10. O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada deverá considerar:

I - a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);

II - a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP;

III - o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e

IV - classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

5 - INFORMAÇÕES ORÇAMENTARIAS

5.1 - RECEITAS RECEBIDAS DA UNIÃO PARA A SAÚDE NO MUNICÍPIO ANO 2020.

<i>Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO)</i>			
Grupo	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 149.082,00	R\$ 0,00	R\$ 149.082,00
ATENÇÃO BÁSICA	R\$ 4.557.006,09	R\$ 0,00	R\$ 4.557.006,09
ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 3.158.447,60	R\$ 31.366,20	R\$ 3.127.081,40
CORONAVÍRUS (COVID-19)	R\$ 4.075.366,35	R\$ 0,00	R\$ 4.075.366,35
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 363.894,33	R\$ 0,00	R\$ 363.894,33
Total Geral	R\$ 12.303.796,37	R\$ 31.366,20	R\$ 12.272.430,17

Fonte: FNS (portalfns.saude.gov.br)

<i>Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO)</i>			
Grupo	Valor Total Bruto	Valor Desconto	Valor Líquido
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 399.990,00	R\$ 0,00	R\$ 399.990,00
CORONAVÍRUS (COVID-19)	R\$ 406.490,00	R\$ 0,00	R\$ 406.490,00
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 25.025,00	R\$ 0,00	R\$ 25.025,00
Total Geral	R\$ 831.505,00	R\$ 0,00	R\$ 831.505,00

Fonte: FNS (portalfns.saude.gov.br)

5.2- RECEITAS PREVISTAS SUBFUNÇÃO, NATUREZA E FONTE DE 2022 -2025

Demonstrativo da Programação de Despesas com Saúde por Subfunção, Natureza e Fonte 2022									
Subfunções da Saúde	Natureza da Despesa	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								-
	Capital								-
122 - Administração Geral	Corrente	3.905.000,00							3.905.000,00
	Capital	380.000,00	300.000,00						680.000,00
301 - Atenção Básica	Corrente	1.455.000,00	6.275.471,00						7.730.471,00
	Capital	240.000,00	400.000,00	20.000,00	330.000,00				990.000,00
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Corrente		4.572.000,00						4.572.000,00
	Capital	100.000,00	350.000,00		450.000,00				900.000,00
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Corrente		130.000,00	5.000,00					135.000,00
	Capital								-
304 - Vigilância Sanitária	Corrente		274.500,00						274.500,00
	Capital		120.000,00						120.000,00
305 - Vigilância Epidemiológica	Corrente		932.000,00					505.000,00	1.437.000,00
	Capital								-
306 - Alimentação e Nutrição	Corrente								-
	Capital								

Demonstrativo da Programação de Despesas com Saúde por Subfunção, Natureza e Fonte 2023

Subfunções da Saúde	Natureza da Despesa	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								
	Capital								
122 - Administração Geral	Corrente	4.100.250,00							4.100.250,00
	Capital	399.000,00	315.000,00						714.000,00
301 - Atenção Básica	Corrente	1.527.750,00	6.589.244,55						8.116.994,55
	Capital	252.000,00	420.000,00	21.000,00	346.500,00				1.039.500,00
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Corrente		4.800.600,00						4.800.600,00
	Capital	105.000,00	367.500,00		472.500,00				945.000,00
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Corrente		136.500,00	5.250,00					141.750,00
	Capital								-
304 - Vigilância Sanitária	Corrente		288.225,00						288.225,00
	Capital		126.000,00						126.000,00
305 - Vigilância Epidemiológica	Corrente		978.600,00					530.250,00	1.508.850,00
	Capital								-
306 - Alimentação e Nutrição	Corrente								-
	Capital								

Demonstrativo da Programação de Despesas com Saúde por Subfunção, Natureza e Fonte 2024

Subfunções da Saúde	Natureza da Despesa	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								-
	Capital								-
122 - Administração Geral	Corrente	4.305.262,50							4.305.262,50
	Capital	418.950,00	330.750,00						749.700,00
301 - Atenção Básica	Corrente	1.604.137,50	6.918.706,78						8.522.844,28
	Capital	264.600,00	441.000,00	22.050,00	363.825,00				1.091.475,00
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Corrente		5.040.630,00						5.040.630,00
	Capital	110.250,00	385.875,00		496.125,00				992.250,00
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Corrente		143.325,00	5.512,50					148.837,50
	Capital								-
304 - Vigilância Sanitária	Corrente		302.636,25						302.636,25
	Capital		132.300,00						132.300,00
305 - Vigilância Epidemiológica	Corrente		1.027.530,00					556.762,50	1.584.292,50
	Capital								-
306 - Alimentação e Nutrição	Corrente								-
	Capital								

Demonstrativo da Programação de Despesas com Saúde por Subfunção, Natureza e Fonte 2025

Subfunções da Saúde	Natureza da Despesa	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								-
	Capital								-
122 - Administração Geral	Corrente	4.520.525,63							4.520.525,63
	Capital	439.897,50	347.287,50						787.185,00
301 - Atenção Básica	Corrente	1.684.344,38	7.264.642,12						8.948.986,49
	Capital	277.830,00	463.050,00	23.152,50	382.016,25				1.146.048,75
302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Corrente		5.292.661,50						5.292.661,50
	Capital	115.762,50	405.168,75		520.931,25				1.041.862,50
303 - Suporte Profilático e Terapêutico	Corrente		150.491,25	5.788,13					156.279,38
	Capital								-
304 - Vigilância Sanitária	Corrente		317.768,06						317.768,06
	Capital		138.915,00						138.915,00
305 - Vigilância Epidemiológica	Corrente		1.078.906,50					584.600,63	1.663.507,13
	Capital								-
306 - Alimentação e Nutrição	Corrente								-
	Capital								

5.3 PREVISÃO DAS DESPESAS COM SAÚDE

5.3.1 - DESPESAS DA SAÚDE POR SUB FUNÇÃO – 2022 – 2025.

SUB FUNÇÃO					TOTAL
	2022	2023	2024	2025	
Atenção Básica (301)	8.720.471,00	9.156.494,55	9.614.319,28	10.095.035,24	37.586.320,07
Assistência farmacêutica	135.000,00	141.750,00	148.837,50	156.279,38	581.866,88
Atenção de Média Alta complexidade – MAC	5.472.000,00	5.745.600,00	6.032.880,00	6.334.524,00	23.585.004,00
Vigilância em Saúde	1.831.500,00	1.923.075,00	2.019.228,75	2.120.190,19	7.893.993,94
Administração Geral (122)	4.585.000,00	4.814.250,00	5.054.962,50	5.307.710,63	19.761.923,13
Informações Complementares					0,00
TOTAL GERAL	20.743.971,00	21.781.169,55	22.870.228,03	24.013.739,44	89.409.108,02

6 – DIRETRIZ , OBJETIVOS, METAS E INDICADORES PARA 2022 – 2025.

DIRETRIZ 1									
6.1 - DIRETRIZ 1 - Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos eixos transversais e com ênfase nas ações estratégicas, garantindo ao usuário acesso e serviços de qualidade.									
Objetivo 1- Garantir o acesso de qualidade aos serviços de saúde, aprimorando a Política de Atenção Básica.									
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Responsável	Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
1.1.1	Ampliar a cobertura estimada pela Estratégia de Saúde da Família	98% populacional com cobertura da Estratégia de Saúde da Família	Atenção Básica	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Realizar o levantamento no município para teto de credenciamento de novas equipes de Atenção Primária.								
Ação nº 2	Aumentar a cobertura de ACS para o teto máximo								
Ação nº 3	Construção da Unidade de Saúde no Bairro Centro.								
Ação nº 4	Construção da Unidade de Saúde no Bairro Alto Socorro/Mangueirão								
Ação nº 5	Construção de Unidade de Saude e Implatação de ESF na comunidade Vila Bandinha								
Ação nº 6	Implantação de Ponto de Apoio na comunidade Santa Cruz com referencia a ESF Alto Bec								
Ação nº 7	Reformar/Ampliar as UBS Dois Irmãos, Novo Paraiso, Fortaleza e Beira Rio								
1.1.2	Implantar o acolhimento com classificação de risco para a melhoria do acesso da demanda espontânea	% de consulta de escuta inicial	Atenção Básica	75%	Percentual	50%	60%	70%	75%

Ação nº 1	Acolhimento humanizado na escuta inicial com classificação de risco								
Ação nº 2	Instituir e/ ou implementar o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco no nível de atenção primaria.								
1.1.3	Implantação do Programa Saúde na Hora	% populacional com cobertura da Atenção Primária	Atenção Básica	43%	Percentual	20%	20%	43%	43%
Ação nº 1	Ofertar ações de saúde em horários estendido, com ofertar ações de saúde em horários mais flexíveis para a população, como noturno e do almoço, ampliando a cobertura da AB e reduzindo custos em outros níveis de atenção;								
Ação nº 2	Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;								
1.1.4	Integrar a descentralização do e- SUS com a implantação do Prontuário eletrônico.	100% de Unidades Básicas de Saúde informatizadas e com sistema de prontuário eletrônico implantado	Atenção Básica	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Informatizar todas unidades de saúde que compõem a atenção primaria à saúde.								
Ação nº 2	Realizar acompanhamento e monitoramento das equipes no processo de implantação do prontuário eletrônico do cidadão (PEC)								
1.1.5	Implantar o Programa Melhor Em Casa	Programa a ser implantado no município	Atenção Básica/MC	1	Número absoluto	1	1	1	1
Ação nº 1	Implantar o Programa Melhor em casa que visa atender os usuários do SUS que necessitam de cuidados multiprofissionais no conforto de sua residência.								
Ação nº 2	Fazer levantamento da necessidade das equipes EMAD e EMAP ou as duas caso necessário.								
1.1.6	Apresentar pleito quanto à implantação do Programa Academia da Saúde	n.º de Academias da Saúde	Atenção Básica	04	Numero	1	1	1	1
Ação nº 1	Implantar 04 Unidades de Academia da Saúde no Município em parceria de emendas parlamentares de acordo os requisitos da Portaria Ministerial Nº 2.681/2013 que regulamenta o Programa.								

1.1.7	Melhorar o acesso de atendimento odontológico para as gestantes	% do número de gestantes com atendimento odontológico	Atenção Básica	80%	Percentual	60%	70%	75%	80%
Ação nº 1	Marcar consulta com a equipe de saúde bucal já no primeiro contato pré-natal da equipe de saúde da família								
Ação nº 2	Manter vaga aberta na agenda da equipe de saúde bucal em quantidade proporcional ao total de gestantes acompanhadas pelas equipes de saúde da família								
Ação nº 3	Realizar avaliação e monitoramento								
1.1.8	Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica, passando para 100 % equipes de saúde bucal implantadas	% populacional com cobertura de Saúde Bucal	Atenção Básica	100 %	Percentual	89%	89%	100%	100%
Ação nº 1	Implantação de novas equipes de saúde bucal								
Ação nº 2	Implantação do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO								
1.1.9	Ampliar o acesso ao atendimento odontológico	% cobertura de primeira consulta odontológica programática	Atenção Básica	60%	Percentual	45%	50%	55%	60%
Ação nº 1	Manutenção do atendimento odontológico extramuros através das ações em saúde.								
1.1.10	Ampliar o acesso à atenção psicossocial na atenção básica, através do matriciamento das equipes	% Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	SAÚDE MENTAL /AB	95%	Percentual	90%	95%	95%	95%
Ação nº 1	Realizar o acolhimento de pacientes psicossociais através do CAPS								
Ação nº 2	Realizar treinamento dos profissionais que compõem a rede de saúde mental / Implantação do Plano Terapêutico singular - PTS								

Ação nº 3	Implementar ações de matriciamento e capacitação continuada às unidades de saúde pertencentes à rede municipal.								
Objetivo 2- Desenvolvimento de ações básicas que potencialize a melhoria da qualidade dos serviços, orientados pelos princípios da equidade, da humanização e resolutividade aos serviços do SUS e que impacte na situação de saúde, além da melhoria da integralidade e dos determinantes e condicionantes, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica									
1.2.1	Aumentar para 90 % de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Atenção Básica	90%	Percentual	79%	85%	85%	90%
Ação nº 1	Realizar acompanhamento das condicionalidades da saúde em todas as unidades de saúde do município (zona urbana e rural) em tempo integral.								
Ação nº 2	Ampliar a cobertura das áreas descobertas para que possam levar as informações aos beneficiários sobre as vigências do Programa Bolsa Família.								
1.2.2	Ampliar para 100 % o acompanhamento nutricional das crianças beneficiárias do programa do leite das crianças;	Cobertura de acompanhamento nutricional das crianças beneficiadas pelo PLC;	Atenção Básica	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Realizar reavaliação a cada 6 meses das crianças que participam do programa.								
Ação nº 2	Fazer com que a equipe multiprofissional que trabalha com este público encaminhe as crianças para o atendimento com a nutricionista.								
1.2.3	Promover a prevenção e promoção através do Programa Saúde na Escola (PSE).	Cobertura do PSE nas escolas pactuadas na adesão Quantidade de tipo de ação realizada por escola.	Atenção Básica	80%	Percentual	75%	75%	80%	80%
Ação nº 1	Traçar o perfil nutricional dos alunos através de avaliação antropométrica e aqueles que apresentarem risco nutricional serem encaminhados para acompanhamento com nutricionista.								
Ação nº 2	Realizar palestras e oficinas educativas de alimentação saudável nas escolas.								
1.2.4	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Atenção Básica	3,5	Percentual	3,5	3,5	4,0	4,0

Ação Nº 1	Promover saúde e educação em higiene bucal integral para crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública juntamente com o Programa de Saúde Escolar - PSE onde serão desenvolvidas palestras e levantamentos epidemiológicos.								
Ação Nº 2	Promover reuniões com os Diretores da UBS, para o planejamento das ações e o melhor desenvolvimento da odontologia em harmonia com as particularidades de cada área, facilitando as orientações de higiene oral.								
1.2.5	Implementar a estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	Número de Unidades de Saúde da Família com Amamenta e Alimenta Brasil	Atenção Básica	90%	Percentual	75%	80%	85%	90%
Ação Nº 1	Fazer ações que promovam o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e também a alimentação saudável complementar até os 2 anos.								
Ação Nº 2	Fortalecer a educação nutricional nas unidades de saúde junto as gestantes e puérperas no sentido de levar conhecimento e incentivar este grupo para que sigam as orientações da nutricionista.								
1.2.6	Reduzir para 20% as internações por causas sensíveis da Atenção Primária	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica	Atenção Básica	20%	Proporção	20%	20%	20%	20%
Ação Nº 1	Realizar educação em saúde com vistas à obesidade, tabagismo, e doenças com risco cardiovascular								
Ação Nº 2	Realizar busca ativa e acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos para estratificação de riscos								
1.2.7	Estimular processo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolvam a gestão e o processo de trabalho	Resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica.	Atenção Básica	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Ação Nº 1	Realizar avaliação e monitoramento por meio dos relatórios do E-SUS								
Ação Nº 2	Realizar treinamento para consecução de indicadores de saúde / implantação de tecnologias (E-SUS território)								

Diretriz 2

6.2 - Diretriz 2- Fortalecimento da Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança com implementação da Rede Cegonha

Objetivo 1- Aprimorar a Rede Materno-infantil garantindo o acesso, acolhimento, vinculação e ações da assistência desde o direito sexual e reprodutivo e a atenção humanizada durante o pré-natal, parto, puerpério, bem como o desenvolvimento e crescimento saudável do recém-nascido (RN) e da criança até 2 anos.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Responsável	Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
2.1.1	Reduzir em 16 % de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	Atenção Básica	16%	Percentual	20%	18%	17%	16%
Ação nº 1	Realizar ações educativas com o público adolescente nas escolas para redução da gravidez na adolescência								
Ação nº 2	Promover conscientização de ações do planejamento familiar nas escolas das redes pública.								
Ação nº 3	Fortalecimento da educação permanente em saúde na atenção primária acerca da saúde sexual e reprodutiva.								
Ação nº 4	Garantir insumos relacionados à prevenção da gestação não desejada.								
Ação nº 5	Garantir a oferta e aprimorar o acesso dos contraceptivos de barreira e/ou hormonais para clientela da rede APS								
2.1.2	Reorganizar fluxo e aprimorar o acesso da população aos métodos contraceptivos temporários e definitivos com o fortalecimento do planejamento familiar	Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica de 10 a 49 anos	Atenção Básica	15%	Percentual	20%	18%	15%	15%
Ação nº 1	Promoção de educação em saúde com o engajado do homem na discussão do planejamento familiar, tanto nos métodos contraceptivos temporários quanto nos métodos definitivos;								
Ação nº 2	Implementar o aconselhamento; atividades educativas e atividades clínicas melhorando a oferta do procedimento cirúrgico da vasectomia, por ter menor risco em comparação com a laqueadura;								

Ação nº 3	Implantar a proposta de inserção do DIU a nível ambulatorial e no pós parto.								
Ação nº 4	Garantir o acesso da população aos procedimentos definitivo eletivo, a avaliações especializadas;								
2.1.3	Ampliar para 0,20% a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exame citopatológico a cada três anos e garantir o seguimento.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária. Número de exames de colposcopia realizados no ano da avaliação	Atenção Básica	0,20%	Razão	0,10%	0,10%	0,20%	0,20%
Ação nº 1	Realizar gestão da fila de espera de exames de ultrassonografia pélvica, priorizando os casos de suspeita diagnóstica de lesões precursoras do colo do útero								
Ação nº 2	Garantir a colposcopia a partir dos exames de papanicolau as mulheres que necessitem, conforme protocolo estabelecido.								
Ação nº 3	Melhorar o acesso ao exame citopatológico do colo uterino na atenção primária								
2.1.4	Aumentar a oferta em 0,15% de mamografia de rastreamento para a população feminina entre 50 a 69 anos de idade e garantir seguimento	Número de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, residentes no município Número de biópsias/exérese de nódulo de mama	Atenção Básica	0,10%	Razão	0,5%	0,8%	0,10%	0,15
Ação nº 1	Ampliar a oferta do exame de mamografia de rastreamento para a população feminina entre 50 e 69 anos de idade, residente no município.								
Ação nº 2	Garantir a partir dos exames de mamografia, as mulheres que necessitem realizar biópsia/exérese de nódulo de mama, conforme protocolo estabelecido								

2.1.5	Promover as ações de promoção e de vigilância à saúde no pré-natal para aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal.	Proporção de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal	Atenção Básica	75%	Percentual	60%	65%	70%	75%
Ação nº 1	Viabilizar a realização de no mínimo 7 consultas de pré-natal								
Ação nº 2	Treinamento e sensibilização da equipe multiprofissional da Atenção Básica com ênfase no acolhimento								
Ação nº 3	Inserção da doula e fisioterapeuta obstétrica para melhora da assistência humanizada a parturiente								
Ação nº 4	Acompanhar proativamente o quantitativo na APS de consultas de pré-natal por cada gestante (por meio de relatórios de sistema de informação)								
Ação nº 5	Garantir agendamento da consulta subsequente para as gestantes, acompanhando possíveis faltas e acionando a gestante.								
2.1.6	Garantir a oferta de exames básicos do pré-natal e resultados em tempo oportuno	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. % de gestantes com todos os exames preconizados	Atenção Básica	100%	Proporção	80%	90%	100%	100%
Ação nº 1	Facilitar o acesso no CTA das gestantes advindas da atenção básica com teste rápido HIV positivo para confirmação de diagnóstico e introdução da U recomendada em tempo oportuno para a mãe, parceiro e criança								
Ação nº 2	Garantia de disponibilidade suficiente de insumos, equipamentos, exames e medicamentos necessários ao atendimento de pré-natal, segundo os parâmetros de qualidade vigentes.								
2.1.7	Reduzir a mortalidade materna.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Atenção Básica/Regulação /HMSAGA	0	Número	0	0	0	0
Ação nº 1	Estabelecer pacto municipal intersetorial para redução da mortalidade materna, com implantação de comitê gestor.								
Ação nº 2	Reorganizar o acesso e qualificar o acolhimento objetivando resolutividade no parto de gestantes no Hospital Municipal								
Ação nº 3	Orientar a manutenção do pré-natal e outros cuidados específicos para a atenção especial à gestante durante a pandemia através da Nota Técnica Nº 01/2020 - orientações sobre o atendimento de pré-natal diante da pandemia da Psicossocial-19.								

2.1.8	Aumentar para 60% de parto normal	Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar	HMSAGA	60%	Percentual	40%	45%	50%	60%
Ação nº 1	Ampliação e reestruturação do Hospital Municipal de São Geraldo do Araguaia								
Ação nº 2	Reduzir a quantidade de cesarianas realizadas sem indicação através de implantação do partograma, como processo avaliador do parto.								
Ação nº 3	Promoção de ações que fortaleça o vínculo das gestantes junto à equipe assistencial do parto com visita da gestante ao hospital de referência até o sexto mês de gestação e plano de parto através do pré-natal.								
2.1.9	Investigar 90% dos óbitos materno em Idade Fértil (MIF)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	VS	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%
Ação nº 1	Manter ações de investigação dos óbitos maternos em Idade Fértil (MIF), através de visita domiciliar, ambulatorial e hospitalar.								
Ação nº 2	Realizar Treinamento para AB/Pronto atendimento/V.E semestral (2)								
Ação nº 3	Participar de treinamento realizados pelo estado anual								
2.1.10	Reduzir a mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil	Atenção Básica/HMSAGA	10%	Taxa	13%	12%	11%	10%
Ação nº 1	Implantação da estratégia de atenção à doenças prevalentes da infância								
Ação nº 2	Implantação de sala de parto humanizado no Hospital Municipal								
Ação nº 3	Capacitar a equipe multiprofissional para abordagem integral do recém-nascido de baixo e alto risco, para a aplicação da política de assistência ao parto humanizado, na prevenção, reconhecimento e conduta de problemas relacionados ao período perinatal.								
Ação nº 4	Implementar as condutas gerais e específicas no cuidado em condições de alto risco para o recém-nascido, incluindo a promoção da habilidade na assistência de estabilização e transporte neonatal;								
2.1.11	Reduzir a incidência de sífilis congênita	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Atenção Básica/HM	0	Número	0	0	0	0
Ação nº 1	Implementar medidas de prevenção de casos de sífilis em mulheres e gestantes com vistas a redução de casos de transmissão vertical de mãe/filho								
Ação nº 2	Disponibilização de insumos necessários para prevenção, diagnóstico e tratamento da Sífilis em Gestante e seus parceiros.								

2.1.12	Melhorar a cobertura vacinal das crianças menores de 2 anos com garantia dos imunológicos.	Proporção da cobertura de cada vacina preconizada para menores de 2 (dois) anos de idade, residentes no município - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada	Atenção Básica/VS	95%	Percentual	95%	95%	95%	95%
Ação nº 1	Realizar busca ativa para atualização do cartão vacinal.								
Ação nº 2	Disponibilização das vacinas para todas as unidades básicas de saúde.								
Ação nº 3	Verificação da situação vacinal na Caderneta de Saúde da Criança em todos os atendimentos, aproveitando oportunidades para atualizar o esquema vacinal e orientar as famílias sobre a sua importância								
Ação nº 4	Realizar todo ano a campanha de multivacinação, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, para verificar a situação vacinal das crianças.								
Ação nº 5	Fazer parcerias com setor Educação Infantil para verificação do calendário vacinal, acompanhamento conjunto e diálogo colaborativo entre as partes								
Ação nº 6	Construção de prédio da Central de Distribuição de Vacina – Com grupo gerador próprio								
Ação nº 7	Aquisição de pequenos grupos geradores para as salas de vacina das UBS da Zona Rural								
2.1.13	Investigar 90% de óbitos infantis com foco na identificação de situações passíveis de intervenção em eventos futuros	Número de óbitos em menores de 1 ano investigados / total de óbitos em menores de 1 ano	VS	90%	Número	90%	90%	90%	90%
Ação Nº 1	Manter ações de investigação e divulgação dos óbitos infantis, a partir da avaliação do Sistema de Informação sobre Mortalidade								
Ação Nº 2	Avaliação do sistema SIM FEDERAL.								
Ação Nº 3	Encaminhar para as unidades para investigação								

Diretriz 3

6.3 - Diretriz 3 – Fortalecer a Atenção Integral nos diferentes Ciclos de Vida, incluindo o aprimoramento à Rede de Atenção Psicossocial, Atenção aos Usuários com Condições Crônicas e Cuidados à Pessoa com Deficiência

Objetivo 1- Qualificar as ações e serviços, promovendo a integralidade e a equidade dos serviços

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Responsável	Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
3.1.1	Realizar ações que qualifiquem a rede de cuidado à saúde da criança e do adolescente	Reduzir a taxa de mortalidade em crianças e adolescentes de 10 a 19 anos por causas externas.	TODOS	10%	Taxa	12,20	11,50	10,50	10%
Ação nº 1	Sensibilizar e capacitar as equipes de saúde para atendimento dos adolescentes na RAS								
Ação nº 2	Instrumentalizar os serviços envolvidos no cuidado/atenção à saúde da infância/adolescência por meio de matriciamento qualificado e educação permanente								
Ação nº 3	Implementação do CAPS-I, para prevenir o suicídio								
Ação nº 4	Ter um corpo técnico multiprofissional médico Pediatra; Psicólogo; Assistente Social; Enfermeiro; Fonoaudiólogo; Técnico em Enfermagem; Técnicos Administrativos.								
3.1.2	Promover educação em saúde pelo Programa Saúde na Escola	Número de adolescentes atendidos nas escolas pelo Programa Saúde na Escola	Atenção Básica	1.500	Número	1.200	1.200	1.500	1.500
Ação nº 1	Implementar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças previstas no Plano de Adesão do Programa Saúde na Escola;								
Ação nº 2	Elaborar cronograma anual de atividades a serem realizadas.								
Ação nº 3	Atuar com mais vigor na esfera da prevenção em Saúde Mental por meio de palestras, orientações e rodas de conversas, em diversas escolas do município.								
3.1.3	Buscar e Investigar casos novos de hepatites 95%	Proporção de casos de hepatite B confirmados e acompanhados	Atenção Básica/VS	95%	Percentual	80%	85%	90%	95%

Ação nº 1	Estimular ações de prevenção às Hepatites Virais, focando principalmente a população jovem								
Ação nº 2	Desenvolver estratégias de estímulo à vacinação contra a Hepatite B								
Ação nº 3	Promover, ampliar e qualificar a orientação do uso dos insumos e sua dispensação								
Objetivo 2- Implementar a Atenção Psicossocial em todos os ciclos de vida, de forma articulada com pontos da atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.									
3.2.1	Implantar Política Municipal de Acolhimento Psicossocial à crianças e adolescentes com transtornos mentais	n.º de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes atendidos pelos CAPS	CAPS	95%	Taxa	90%	95%	95%	95%
Ação nº 1	Garantir o atendimento Integral à Crianças e Adolescente no Modelo de Atenção Psicossocial.								
Ação nº 2	Fortalecer ações de diálogos com rede de proteção, atenção e cuidados à infância/adolescência, tais como: a ação social, a educação, a cultura, os esportes, os direitos humanos e a justiça.								
Objetivo 3- Aprimorar a rede de Atenção à Saúde da pessoa Idosa e dos Portadores de Doença Crônica, com estímulo de qualidade de vida ativa e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.									
3.3.1	Reduzir em 15% ao ano a taxa de mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT	Número de óbitos prematuros (30 a 60 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis. Número de óbitos prematuros (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT.	Atenção Básica/VS	15%	Taxa	15%	15%	15%	15%
Ação nº 1	Promover articulação intersetorial estabelecendo parcerias com secretarias afins como assistência social, esporte, cultura e educação para fortalecer as práticas de atividade física e diminuir o sedentarismo								
Ação nº 2	Capacitar as equipes que realizam assistência em todos os pontos de atenção à saúde seguindo as diretrizes da rede de atenção à saúde às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, nos agravos mais prevalentes.								
3.3.2	Acompanhar a situação vacinal da pessoa idosa para redução de complicações relacionadas a doença infecciosa aguda do trato respiratório	Número de idosos vacinados/ número total de idosos no município x 100	Atenção Básica/ VS	95%	Razão	95%	95%	95%	95%

Ação nº 1	Realização de campanha de influenza trivalente todos os anos.								
Ação nº 2	Estimulação a vacinação conforme recomendações específicas do Ministério da Saúde								
3.3.3	Garantia no semestre aferição de pressão arterial nas pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de APS	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre	Atenção Básica	40%	Percentual	20%	30%	40%	50%
Ação nº 1	Identificar e atualizar cadastro de pacientes hipertensos dentro do território para realizar acompanhamento e busca ativa de pacientes faltosos.								
Ação nº 2	Realizar monitoramento através dos relatórios do e- SUS								
Ação nº 3	Utilizar os dados da APS para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas à Hipertensão e às doenças associadas								
3.3.4	Garantir hemoglobina glicada aos pacientes diabéticos consultadas pelas equipes de APS menos uma vez no ano.	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.	Atenção Básica	50%	Percentual	30%	40%	50%	50%
Ação nº 1	Oferta do exame hemoglobina glicada pela gestão local para realização em tempo oportuno e entrega do resultado ao usuário através do laboratório municipal								
Ação nº 2	Manter acompanhamento nominal das pessoas com diabetes adscritas à equipe, verificando frequência de acompanhamento								
Ação nº 3	Busca ativa de pessoas com fatores de risco para Diabetes Mellitus na comunidade (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos, entre outros), por meio de campanhas de rastreamento, informação e/ou levantamentos.								

Diretriz 4

6.4 - Diretriz 4- – Reorganizar as ações e serviços de Média e Alta complexidade, incluindo a rede de atenção às urgências, de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Centrais de Regulação, articuladas as demais Redes de Atenção

Objetivo 1- Melhorar a qualidade dos serviços da Atenção Especializada

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Responsável	Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
4.1.1	Ampliar em 5% ao ano a produção de consultas, exames e procedimentos especializados;	Procedimentos ambulatoriais de MÉDIA complexidade e a população residente;	Regulação	95%	Percentual	80%	85%	90%	95%
Ação nº 1	Aprimoramento do ambulatório Municipal com novos equipamentos e ampliação da estrutura atual.								
Ação nº 2	Fortalecer e aumentar a qualificação do Laboratório de Análises Clínicas Municipal.								
Ação nº 3	Ampliar oferta de exames laboratoriais para a população.								
4.1.2	Ampliar em 2% ao ano a produção de consultas, exames e procedimentos especializados.	Razão de procedimentos ambulatoriais especializados e a população residente.	Regulação	8%	Taxa	2%	4%	6%	8%
Ação nº 1	Revitalização e ampliação de serviços no Hospital Municipal para cirurgias eletivas								
Ação nº 2	Ampliar oferta de exames de ALTA complexidade para a população								
4.1.3	Melhorar transporte de pacientes em TFD.	Manter Frota de veículos que atenda a demanda de pacientes em TFD	Regulação	02	Numero	02	02	02	02
Ação nº 1	Manter 02 veículos para transporte de pacientes em tratamento fora do domicílio								

Objetivo 2- Melhorar a qualidade dos serviços da Rede de Atenção às Urgências

4.2.1	Melhorar o serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências nos serviços de saúde	Proporção de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.	Atenção Básica/VE	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Divulgar e monitorar a utilização da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada								
Ação nº 2	Elaborar e divulgar o fluxo do atendimento e notificação na Rede Municipal de Saúde em articulação com a Vigilância Epidemiológica								
Ação nº 3	Sensibilizar e capacitar as equipes para a importância da notificação da violência.								
4.2.2	Reduzir em 10 % os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	Atenção Básica	10%	Percentual	15%	13%	10%	10%
Ação nº 1	Realizar oficinas de atualização do protocolo de atendimento às urgências cardiológicas								
Ação nº 2	Garantir a resposta em tempo hábil para o resgate do SAMU								
Ação nº 3	Intervenção para diminuir a incidência do infarto agudo do miocárdio no território das equipes de ESF, através do acompanhamento de hipertensos com risco cardiológicos.								
Ação nº 4	Implementar atividades de controle ao tabagismo à população de cada unidade de saúde, bem como, garantir a manutenção das atividades já existentes.								
4.2.3	Reorganização da rede para otimizar a ocupação e ampliar o acesso a leitos do Hospital Municipal de São Geraldo do Araguaia.	Nº de leitos do SUS por mil habitantes	HM	40	Numero	10	25	35	40
Ação nº 1	Elaborar e implantar Plano de Ampliação da Assistência na Rede Hospitalar.								
Ação nº 2	Investir na unidade hospitalar, ampliando o número de atendimentos de Cuidados Intermediários								
Ação nº 3	Implantar a Sala de Estabilização com classificação de risco.								
4.2.4	Aumentar a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência	Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192).	GESTÃO	100%	Proporção	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Renovação/qualificação de frota de 01 ambulância								

Ação nº 2	Garantir manutenção corretiva e preventiva da ambulância
Ação nº 3	Desenvolver e pactuar protocolos, critérios e fluxos
Ação nº 4	Implantar o SAMUZINHO com projeto educativo nas escolas e comunidades para prevenção de trotes.
Ação nº 5	Realizar treinamentos de primeiros socorros nas escolas e comunidades

Diretriz 5

6.5 - Diretriz 5- Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Objetivo 1- Aprimorar e manter as ações de vigilância em saúde para assegurar a promoção e proteção à saúde da população

Nº	Descrição da META	INDICADOR para monitoramento e avaliação da meta	Responsável	Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
5.1.1	Manter em 0 % a incidência de AIDS em menores de 5 anos	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	AB/VS	0	Número	0	0	0	0
Ação nº 1	Reduzir a transmissão vertical do HIV com a oferta de teste rápidos (1 vez a cada trimestre) para todas as gestantes								
Ação nº 2	Recém nascidos de gestantes positivo, garantir o início imediato da profilaxia ARV segundo protocolo do MS, para reduzir a índices de zero a transmissão vertical do HIV.								
Ação nº 3	Garantir formula infantil e medicação para RN expostos ao HIV								
Ação nº 4	Garantir a criança exposta ao HIV acompanhamento com pediatra e com demais especialistas apropriados								
5.1.2	90 % dos registros de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa definida.	VS	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%
Ação nº 1	Manter e implementar medidas e soluções que busquem o registro de óbitos com causa básica definida.								

Ação nº 2	Identificar e encaminhar às unidades notificadoras para investigação, com a maior brevidade possível, todas as Declarações de Óbito com causa básica mal definida								
5.1.3	Alcançar 88% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	VS	88	Percentual	88	88	88	88
Ação nº 1	Implementar ações de vigilância em saúde referente a: avaliação do Boletim de Acompanhamento, visitas da coordenação nas Unidades de Saúde e recomendações de acordo como cada realidade encontrada.								
Ação nº 2	Garantir que 100% dos pacientes com tuberculose realizem a cultura de escarro, nos casos de paciente com baciloscopia positiva no final do 2º mês de tratamento, para os casos de recidiva, reingresso após abandono e falência de tratamento e diagnóstico de HIV e pacientes com e positiva após 2 meses de tratamento								
Ação nº 3	Realizar acompanhamento sistemático de casos existentes e promover busca ativa de pacientes faltosos.								
Ação nº 4	Intensificar as capacitações e treinamentos aos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e acompanhamento ao paciente de tuberculose								
5.1.4	Realizar exames anti-HIV em 100% dos casos novos de tuberculose.	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	AB/VS	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Garantir e monitorar a realização de exame HIV, por via laboratorial ou pelo Programa Teste Rápido nas UBS em 100 % dos casos novos de Tuberculose								
5.1.5	Manter em 90 % de curados casos novos de hanseníase	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase por local de residência	AB/VS	90	Percentual	90	90	90	90
Ação nº 1	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento								
Ação nº 2	Adquirir kit para avaliação dermatoneurológica, sendo 01 kit para cada unidade de saúde e unidade referência								
Ação nº 3	Aquisição de materiais educativos (panfletos, notificações, livro de registros)								
5.1.6	Realizar 80% dos contatos examinados dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	AB/VS	80	Percentual	80	80	80	80
Ação nº 1	Realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase, para detecção oportunamente de pessoas com este agravo								
Ação nº 2	Manter a proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos de coortes.								

5.1.7	Reduzir a incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica.	Número de casos autóctones de malária.	V.S	20	Número	50	40	30	20
Ação nº 1	Aquisição de kits para agentes de campo.								
Ação nº 2	Treinamento semestral para agentes de campo								
5.1.8	Manter em "0" o número absoluto de óbitos por dengue.	Número absoluto de óbitos por dengue.	AB/HM	0	Número	0	0	0	0
Ação nº 1	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos confirmados de dengue, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica e ambiental da doença								
Ação nº 2	Realizar capacitações permanentes com equipes das APS								
Ação nº 3	Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas ao controle de doenças de transmissão vetorial								
5.1.9	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	V.S	4	Número	4	4	4	4
Ação nº 1	Contribuir para a avaliação e orientação das medidas de controle vetorial do Aedes aegypti.								
Ação nº 2	Aquisição e distribuição de insumos para fortalecimento dos trabalhos dos agentes municipais. (Panfletos, cartazes, carteirinhas de acompanhamento de pacientes, entre os outros).								
5.1.10	Avaliar amostras de água analisadas conforme determinado pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, inferindo na qualidade da água consumida pela população.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	V.S	100	Percentual	100	100	100	100
Ação nº 1	Encaminhar para análise físico-químicas (os parâmetros de PH, temperatura, cloro residual 101 livre, turbidez) e microbiológicas (coliformes totais e Escherichia coli nas amostras de água coletada).								

Ação nº 2	Realizar coleta de amostras de água semanalmente dos pontos de sistema de abastecimento de água dos sistemas públicos (SAA) e soluções alternativas coletivas (SAC) de abastecimento de água para monitoramento de qualidade da água consumida pela população, conforme plano de amostragem de vigilância								
Ação nº 3	Coletar as amostras de água em soluções coletivas alternativas e em escolas públicas e privadas, hospitais e encaminhar para o laboratório de provas básica e estas informações devem ser analisadas e comparadas com informações de vigilância (análises de vigilância da água, inspeções nos SAA e SAC de abastecimento de água, informações referentes às condições do manancial).								
5.1.11	Identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	V.S	95%	Percentual	95%	95%	95%	95%
Ação nº 1	Realizar políticas públicas voltadas a elaborar normativas técnicas orientadoras para as ações relacionadas à saúde do trabalhadores, incluindo a notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho.								
Ação nº 2	Realizar estudos sobre a saúde do trabalhador e disponibilizar informações, promovendo ações de educação permanente no âmbito da vigilância em saúde.								
Ação nº 3	Monitorar os dados e propor intervenções quando necessário, e propor em conjunto com os serviços ações de prevenção no caso de doenças relacionadas ao trabalho.								
5.1.12	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), em até 60 dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	V.S	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%
Ação nº 1	Digitar e transferir, pelo menos uma informação das doenças e agravos de notificação compulsória (Individual, Epizootia, Surto ou Negativa) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)								
Ação nº 2	Treinar profissionais para preenchimento de dados de forma correta evitando o atraso na inclusão da notificação no sistema.								
5.1.13	Implementação do Centro de Zoonoses no Município	Percentual de ações de Zoonoses realizadas	V.S	90%	Percentual	85%	87%	88%	90%
Ação nº 1	Avaliação dos sistemas de notificações realizados zoonoses (semanal)								

Ação nº 2	Elaboração de material de educação permanente (bimestral)
Ação nº 3	Participar De Treinamentos Realizados Pelo Estado (semestral)
Ação nº 4	Adequação/Reforma do Prédio de ZONOSSES

Diretriz 6

6.6 - Diretriz 6- Contribuir à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho

Objetivo 1- Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Responsável	Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
6.1.1	Matriciar as ações de Saúde do Trabalhador para os profissionais de saúde	Indicadores de saúde do trabalhador no Plano Nacional de Saúde – PNS (orientação norteadora para o estabelecimento da porcentagem das metas)	VS/VISAT	95 %	Percentual	45%	60%	80%	95%
Ação nº 1	Ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde de trabalhadores urbanos e rurais, formais ou informais.								
Ação nº 2	Ações são realizadas de forma integrada com a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)								
6.1.2	Reforçar aos serviços de saúde para a notificação Doenças e Agravos Relacionado ao Trabalho (DART) na RAS	Registro mensal de (DART).	VISAT	100 %	Percentual	100%	100%	100%	100%
Ação nº 1	Realizar Oficina para a elaboração o fortalecimento das notificações								
Ação nº 2	Monitorar os atendimentos a Agravos Doenças Relacionadas ao Trabalho (ADRT)								

6.1.3	Discussão de casos em saúde do Trabalhador com a Atenção especializada e hospitalar;	Apoio matricial em saúde do trabalhador atenção especializada;	VS/VISAT	95 %	Percentual	45%	60%	80%	95%
Ação nº 1	Realizar investigação de acidentes de trabalho grave ou óbitos relacionados ao trabalho.								
Ação nº 2	Monitorar trabalhadores com sequelas relacionadas ao trabalho.								
Ação nº 3	Estabelecer vínculo com ambulatorios de especialidades do município.								
6.1.4	Monitoramento quadrimestral dos indicadores em acordo o Ofício circular nº 12/2021-CGSAT/ DSAST/SVS/MS	Monitoramento quadrimestral dos indicadores;	VS	95 %	Percentual	45%	60%	80%	95%
Ação nº 1	Monitorar o banco do SINAN dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho registrado pelos municípios da área de abrangência.								
Ação nº 2	Realizar registro interno mensal dos indicadores em formulários específicos.								
Ação nº 3	Realizar constante checagem e das ações que atendem aos indicadores.								
6.1.5	Articular a inserção da temática Saúde do Trabalhador de forma Intersectorial com integração às instituições formadoras na realização de ações de educação em saúde a população em geral e aos trabalhadores.	Atividade Educativas para a população.	VS/VISAT	95 %	Percentual	45%	60%	80%	95%
Ação nº 1	Mobilizar e organizar a realização de Eventos de acordo com o calendário Nacional ou Municipal relacionados à saúde do trabalhador.								
Ação nº 2	Elaborar materiais educativos e informativos voltados à prevenção e promoção à saúde do trabalhador.								
Ação nº 3	Divulgar os dados epidemiológicos em saúde do trabalhador da região.								
6.1.6	Implantar o Telemedicina Brasil Redes.	Número de pontos do Telemedicina Brasil Redes implantados.	Gestão	01	Número	01	01	01	01
Ação nº 1	Implantar no Município o telessaúde para que esta ferramenta seja utilizada para solucionar a maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica evitando o encaminhamento de pacientes para rede especializada.								
Ação nº 2	Manter a atenção especializada via Telemedicina para apoiar a atenção à saúde								

Diretriz 7

6.7 - Diretriz 7- Implementação de modelo de gestão e instrumentos, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável

Objetivo 1- Aperfeiçoamento e Fortalecimento da Gestão Participativa e Controle Social no SUS

Nº	Descrição da META	INDICADOR para monitoramento e avaliação da meta	Responsável	Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
7.1.1	Implantação de um serviço de ouvidoria.	Proporção de municípios com ouvidoria implantada.	GESTÃO Inf. Complementares	01	Numero	01	01	01	01
Ação nº 1	Sensibilização da gestão para a importância da Ouvidoria na Gestão.								
Ação nº 2	Definição de instrumento de monitoramento e avaliação das ouvidorias.								
7.1.2	Plano de Saúde enviados ao Conselho de saúde	Número de Plano de Saúde enviados ao Conselho de Saúde.	GESTÃO Inf. Complementares	01	Número	01	01	01	01
Ação nº 1	Promover reuniões para elaboração do Plano e Programação de Saúde no Conselho Municipal de Saúde;								
Ação nº 2	Elaboração das Resoluções dos referidos Instrumentos de Gestão.								
7.1.3	Realizar reuniões ordinárias e Extraordinárias no ANO quando necessário previstas na Lei.	Nº de reuniões realizadas	GESTÃO Inf. Complementares	12	Numero	12	12	12	12
Ação nº 1	Realizar reuniões ordinárias 01 vez ao mês, conforme data já pré estabelecida pelo Conselho Municipal.								
Ação nº 2	Realizar reuniões extraordinárias, conforme necessidade para analisar, esclarecer, informar ou deliberar.								

Ação nº 3	Apoiar as Conferências de Saúde com vistas ao seu fortalecimento para que possam exercer plenamente os seus papéis.								
7.1.4	Manter a estrutura administrativa do Conselho Municipal de Saúde	Recursos destinados (LOA)	GESTÃO	01	Numero	01	01	01	01
Ação nº 1	Manter a Sede do Conselho Municipal de Saúde								
Ação nº 2	Aquisição de materiais e equipamentos para o completo funcionamento do CMS.								
Ação nº 3	Determinar e repassar um percentual do orçamento municipal da saúde para o CMS								
Objetivo 2- Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.									
7.2.1	Estruturação do componente municipal do SNA.	Estruturação do componente municipal do SNA.	Gestão	01	Numero	01	01	01	01
Ação nº 1	Estruturação da central de controle, auditoria e regulação								
7.2.2	Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde.	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.	Gestão	01	Numero	01	01	01	01
Ação nº 1	Criar um banco de dados que contenha um preço de referência dos produtos mais comprados pelo Governo Municipal, a partir dos dados publicados no portal da transparência, utilizando como parâmetro.								
Ação nº 2	Identificar preços médios dos produtos, constituindo estratégia eficiente para a elaboração de orçamentos e licitações, para a disseminação de melhores práticas nas compras públicas municipais.								

Diretriz 8

6.8 - Diretriz 8- Nortear o nível de resposta a emergência em saúde pública para o novo coronavírus (COVID-19) e seu impacto para a saúde pública, mediante aprimoramento das políticas de atenção básica, de atenção especializada e hospitalar na organização da rede de saúde.

Objetivo 1- Ampliar e qualificar o acesso as medidas de resposta para infecção humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19).

Nº	Descrição da META	INDICADOR para monitoramento e avaliação da meta	Responsável	Meta Plano (2022-2025)	Unidade de Medida	Meta Prevista			
						2022	2023	2024	2025
8.1.1	Revisar e atualizar o Plano de Contingência para o acolhimento, reconhecimento precoce e controle de casos suspeitos ou confirmados para a infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19) na rede pública	Nº de Plano de Contingência implantado e apresentado a rede pública	GESTÃO Inf. Complementares	01	Numero	01	01	01	01
Ação nº 1	Realizar reuniões multissetorial para tomada de decisões								
Ação nº 2	Atualizar o plano para os anos subsequentes, se necessários.								
8.1.2	Adotar medidas para evitar a disseminação do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) nos serviços públicos de saúde do município, bem como contribuir para tomada de decisão quanto às demais ações necessárias da administração municipal	Nº de emendas/projetos executadas	GESTÃO Inf. Complementares	12	N. ABSOLUTO	12	12	12	12
Ação nº 1	Avaliar dados epidemiológicos dos sistemas SIVEP-GRIPE, MONITORA-PÁ, ESUS V.E e Sistema do Município								
Ação nº 2	Assegurar condições para que a Secretaria Municipal de Saúde atue no enfrentamento da covid em todas as frentes (Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade, Urgência e Emergência, Gestão do SUS).								

8.1.3	Notificar, investigar e monitorar 80% dos prováveis casos suspeitos para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID- 19), conforme a definição de caso estabelecida, no devido sistema de informação orientado pelo MS	Percentual (%) de casos notificados, investigados e monitorados como prováveis casos suspeitos para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID- 19)	GESTÃO Inf. Complementares	80%	Percentual	75%	75%	80%	80%
Ação nº 1	Investigar Óbitos Por Causa Básica Covid -19								
Ação nº 2	Encerramentos Oportunos Das Notificações								

