



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

Porto Nacional

JOAQUIM MAIA LEITE NETO.
Prefeito Municipal

RONIVON MACIEL GAMA.
Vice-prefeito

ANNA CRYSTINA MOTA BRITO BEZERRA
Secretária Municipal de Saúde

SILVIO MARCOS DE OLIVEIRA LIRA.
Secretário Executivo

Equipe Técnica

Silvio Marcos de Oliveira Lira – Secretário Executivo
Maria Dilce Wânis R. de Almeida do Nascimento – Diretora da Atenção Básica
Rozângela Rocha Mecnas – Diretora da Atenção Especializada
Laurena Aires Gomes Neta – Diretora Administrativa
Jose Roberto Aires da Silva Azevedo – Diretor da Vigilância em Saúde
Elaine de Souza Sena Meireles – Coordenadora do CAPS
Lillian Carolyne Flores Brito – Coordenadora de Vigilância Epidemiológica
Joselia Rodrigues Lima Alves – Coordenadora do PSE
Lelice de Souza E Silva Soares – Coordenadora do SAE
Cristiane Nunes do O. Aires Amaral – Coordenadora do CEME
Elyne Regiane dos Santos Gomes – Coordenadora do Centro de Especialidades Odontológicas CEO
Wagner Santana Moreira – Coordenador do SAMU
Paulo Célio Costa Galvão – Coordenador de Saúde Bucal
Bruna Mirelly Simões Vieira – Coordenadora do Planejamento
Rosângela Lima Pereira Rabelo – Coordenadora de Equipe Saúde Família/Norte
Sara Janai Curado Lopes – Coordenadora de Equipe Saúde Família/Sul e Equipe Rural
Kelma Ylana Cardoso de Carvalho – Coordenadora da Vigilância Sanitária
Sóstennes Jose Silvestre – Coordenador da Assistência Farmacêutica
Eduardo Oliveira Sousa – Coordenadora do Almoxarifado
Caetano Alves Pugas – Coordenador Técnico das Endemias
Cristiane Lima de Oliveira Macedo – Coordenadora de Patrimônio
Eliane Alves da Silva – Assessora Técnica da Bolsa Família
Alirieny Gomes da Cruz – Assessora do Planejamento
Leda Amaranto Paiva Pedreira – Assessora Administrativa do CAPS
Anália de Sousa Monteiro Vaz – Coordenadora da UPA
Miriã Querém de O. Fernandes – Assessora Técnica do NEP
Kellen Rhaynara Mota Carmo – Assessora de Gabinete
Miraltina Aires da Silva – Técnica administrativa do Sistema, TFD Estadual e Municipal
Luana Ribeiro Alves – Coordenadora Centro de Controle de Zoonose
Jose Maria Pereira Neto – Coordenador de Laboratório de Endemias
Luis Carlos – Coordenador do Transporte
Sandra Sulina da Silva – Coordenadora da Saúde do Distrito de Luzimangues
Luiz Eduardo Santos Viana – Coordenador Administrativo da UPA
Arilda Macedo A. Guimaraes – Serviço Social

Siglas e Abreviaturas da Saúde

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| ACE – Agente de Controle de Endemias | CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde | MAC – Média e Alta Complexidade | RAS – Rede de Atenção à Saúde | SIS -FAD – Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue |
| ACS – Agente Comunitário de Saúde | CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde | NEP – Núcleo de Educação Permanente | SAE – Serviço de Atendimento Especializado | SIS-Colo – Sistema de Informação de Exames de Colo de Útero |
| BPA – Boletim de Produção Ambulatorial | CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde | NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da | SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência | SNA – Sistema Nacional de Auditoria |
| CAPS – Centro de Atenção Psicossocial | DST – Doença Sexualmente Transmissível | PAB – Piso da Atenção Básica | SES – Secretaria Estadual de Saúde | TAS – Termo de Ajuste Sanitário |
| CES – Conselho Estadual de Saúde | ESF – Estratégia Saúde da Família | PPA – Plano Plurianual | SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica | TFD – Tratamento Fora do Domicílio |
| CEO – Centro de Especialidades Odontológicas | EDA – Endoscopia Digestiva Alta | PAS – Programação Anual de Saúde | SIA – Sistema de Informação Ambulatorial | TCG – Termo de Compromisso de Gestão |
| CIB – Comissão Intergestores Bipartite | EEG - Eletroencefalograma | PAB – Piso da Atenção Básica | SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade | UBS – Unidade Básica de Saúde |
| CID – Código Internacional de Doenças | ECG – Eletrocardiograma | PPI – Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde | SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação | UPA – Unidade de Pronto Atendimento |
| CIR – Comissão Intergestores Regional | FUS – Fundo de Saúde | PAREPS – Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde | SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos | VISA – Vigilância Sanitária |
| CIT – Comissão Intergestores Tripartite | IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica | SIOPS – Sistema de Informação de Orçamento Público de Saúde | Vigilância em Saúde |
| CMS – Conselho Municipal de saúde | LOA – Lei Orçamentária Anual | PSE – Programa de Saúde na Escola | SIH – Sistema de Informação Hospitalar | Vigilância Ambiental |
| CNS – Conselho Nacional de Saúde | LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias | RAG – Relatório Anual de Gestão | SISVAN – Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional | Vigisolo |
| CES – Conselho Estadual de Saúde | LV – Leishmaniose Visceral | RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais | SISPRENATAL – Sistema de Informação Pré-Natal | Vigiágua |
| COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde | LTA – Leishmaniose Tegumentar | RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde | SIS-API – Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunização | Vigiar |
| COAP – Contrato Organizativo da Ação | MS – Ministério da Saúde | RIPSA - Rede Intergencial de Informações para a Saúde | SIS-LOC – Sistema de Informação de Localidade | Vigipeç |

Sumário

| | |
|--|-----------|
| 1 Introdução | 8 |
| 1.1 Informações Territoriais do Município..... | 9 |
| 1.2 Plano Municipal de Saúde | 10 |
| 1.3 Metodologias de Construção do Plano Municipal de Saúde 2018-2021..... | 11 |
| 2. Análise Situacional..... | 12 |
| 2.1 Aspectos Demográficos | 12 |
| 2.2 Estrutura Etária relativa por sexo e idade | 12 |
| 2.3 Taxa de Fecundidade..... | 13 |
| 1.3 3. Perfil Epidemiológico: Morbidade e Mortalidade | 14 |
| 3.1 Doenças Transmissíveis | 15 |
| 3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis..... | 28 |
| 3.3 Acidentes e Violência | 30 |
| 3.4 Mortalidade..... | 32 |
| 3.5 Mortalidade Infantil e Fetal | 33 |
| 4. Determinantes e Condicionantes de Saúde | 34 |
| 4.1.Aspectos Socioeconômicos | 34 |
| 4.2. Território e Ambiente..... | 35 |
| 4.3 Economia | 36 |
| 4.4 Trabalho e Rendimento..... | 36 |
| 5.Acesso a Ações e Serviços de Saúde | 37 |
| 5.1 Atenção Primária..... | 37 |
| 5.1.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ – AB | 40 |
| 5.1.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF | 40 |
| 5.1.3 Assistência Farmacêutica..... | 41 |
| 5.1.4 Programa Saúde na Escola (PSE)..... | 41 |
| 5.1.5 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica | 42 |
| 6. Atenção Especializada | 42 |
| 6.1 Centro de Especialidades Odontológica- CEO | 43 |
| 6.2 Centro de Especialidades Médicas - CEME | 43 |
| 6.3 Serviço de Assistência Especializado - SAE..... | 43 |
| 6.4 Urgência e Emergência(UPA e SAMU) | 44 |
| 6.5 Regulação, Controle e Avaliação..... | 46 |
| 6.6 Tratamento Fora de Domicílio | 47 |
| 6.7 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS..... | 47 |
| 7. Vigilância em Saúde..... | 48 |
| 7.1 Imunização | 49 |

| | |
|---|------------------------------|
| 1.4 7.2 Vigilância Epidemiológica de Agravos Imunopreveníveis..... | 52 |
| 7.3 Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) | 54 |
| 7.4 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)..... | 57 |
| 7.5 Coordenação de Controle de Vetores..... | 57 |
| 7.6 Estabelecimentos sujeitos as Ações de Vigilância Sanitária..... | 58 |
| 7.7 Programa Academia da Saúde | 60 |
| 8 Atenção à Pessoa com Deficiência..... | 61 |
| 9.Rede Física Municipal..... | 63 |
| 10. Informações sobre Regionalização | 64 |
| 11 Gestão em Saúde | 70 |
| 11.1 Identificação do Fundo Municipal de Saúde | 70 |
| 11.3 Gestão e Finanças | Error! Bookmark not defined. |
| 11.4 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde | 77 |
| 11.5 Educação Permanente em Saúde | 78 |
| 11.6 Planejamento | 80 |
| 11.7 Ouvidoria | 83 |
| 12 Participação e Controle Social | 83 |
| 12.1 Conselho Municipal da Saúde..... | 83 |
| 12.2 Conferência Municipal de Saúde | 84 |
| 1.5 13. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES | 93 |
| 1.6 13.1 DOMI (DIRETRIZES, OBJETIVOS ,METAS E INDICADORES) | 93 |
| 1.7 13.2 PQAVS - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde | 101 |
| 1.8 13.3 Resultado da Pactuação feita pelo Município de Porto Nacional junto aos entes Federativos. | 101 |
| 1.9 14. Diretrizes, Objetivos e Metas para o quadriênio (2018-2021) | 102 |
| 1.10 14.1 Vigilância em Saúde..... | 106 |
| 1.11 14.2 Atenção Primária..... | 112 |
| 1.12 14.3 Atenção Especializada..... | 114 |
| 1.13 14.4 Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde | 115 |
| 1.14 14.5 Controle Social | 116 |
| 1.15 2- Ofertar uma sala de expediente para o conselho de saúde. | 116 |
| 1.16 14.6 Investimento (Infraestrutura do Sistema de Saúde)..... | 116 |
| 1.17 Proporção de construções/ reformas realizadas na pasta da Saúde | 117 |

1 Introdução



Segundo alguns documentos preservados nos arquivos do Instituto Histórico e Geográfico do Estado de Goiás, o povoado de Porto Real do Pontal teve como origem, ainda em meados de 1738, a sólida morada do velho Félix Camoa, corajoso desbravador de origem portuguesa, que explorava o transporte de passageiros entre as duas margens do Tocantins.

Uns, buscando as ricas minas de ouro do arraial do Carmo outros, a importância do movimento arraial Pontal, que por determinação de Sua Alteza, mantinha em suas terras o temido Presídio Matança. Esses documentos provam que com o crescente vai-e-vem de aventureiros, de um lado para o outro do rio, não tardou que outros barqueiros aproveitassem a ideia do pioneiro lusitano e também comercializassem a travessia dos chegantes.

Dessa forma, ao aproximar-se o início do século XIX, inúmeros casebres começaram a desenhar um pequeno aglomerado humano, abrigando ali agricultores, pescadores, trabalhadores preparados para o transporte de cargas em direção aos dois arraiais, e mineradores, muito mineradores, na busca diuturna das mais espetaculares pepitas de ouro já encontradas na região.

Dessa junção de fatores, no decorrer dos anos, ergueu-se um povoado estável e cristalizado em estruturas econômicas e sociais, alicerçadas na aquavia chamada rio Tocantins. Não se pode negar o determinismo nesse rico processo evolutivo, pois os registros históricos dão conta de que tudo se iniciou com a observação da significativa capacidade de navegação desse rio, que provocou a transformação das ribeiras da localidade no mais importante empório comercial de todo o Norte.

Com certeza foi a força e a velocidade dessas águas que proporcionou a pujança e um desenvolvimento palpável. Isso se confirmou no principiar de 1807, quando Porto Real do Pontal já se transformara num núcleo de grande importância para toda região. Com esse progresso, em 1809, o lugarejo foi elevado à categoria de julgado, se solidificando como o senhor do rio e se destacando, quase que sozinho, motivado pelo visível declínio da mineração naquelas bandas, principalmente no arraial do Carmo e no belicoso desaparecimento de Pontal, povoado encravado nas terras dos selvagens índios Xerentes, que, em 1805, dizimou parte da população que ali vivia.

Por necessidade do estabelecimento de uma nova rota comercial entre o movimentado Porto Real do Pontal e centros mais desenvolvidos daquele Brasil colonial,

se instalou no lugarejo uma obreira carpintaria e dela surgiram grandes embarcações feitas por hábeis artesões, que bem postadas na água partiam rumo a Belém, levando, além do ouro, muita prata e outros produtos produzidos e retirados desta terra de Félix Camoa, para serem ali negociados.

Foi com o surgimento deste porto comercial que também aconteceram os primeiros passos desta comunidade rumo às áreas administrativas, intelectual, cultural e religiosa. Com essa estrutura, era certa a evolução administrativa do lugar. E foi isso que ocorreu, por força de Lei Provincial. Em 1831, ano em que D. Pedro I abdicou ao trono, o julgado de Porto Real foi elevado à porto imperial.

Após a contagem evolutiva de trinta anos da instalação de Porto imperial, em 1861, por determinação de Resolução Provincial, nascia Porto Nacional, o mais importante polo cultural, político, econômico e social do então Norte Goiano, hoje Estado do Tocantins. Naquele dia foi entregue as autoridades do lugarejo o diploma de emancipação política do município que deu seus primeiros passos no antigo Porto Real do Pontal, onde tudo começou, com sonhos, ouro, fé, crença no futuro.

Segundo o escritor Durval Godinho, naquele momento histórico em que Porto Nacional ganhou a condição de município, um relatório do Governo da Província de Goiaz, encaminhado documento à Assembleia Legislativa Provincial, oficializando que pelo senso de 1861, realizado na localidade, constatou que ali havia uma população de 3.897 pessoas livres e 416 escravos, perfazendo um total de 4.313 habitantes. Além do que, o levantamento censitário daquele ano apontou a existência de 3 escolas para alunos do sexo masculino e uma para estudantes do sexo feminino.

Em divisão territorial datada de 2001 o município é constituído em 2 distritos: Porto Nacional e Luzimangues. Assim permanecendo em divisão territorial até a data de hoje.

1.1 Informações Territoriais do Município

| | |
|--|--------------------------|
| Área Territorial do Município em Km ² : | 4.449,91 km ² |
| Ano de fundação do município: | 13 de junho de 1859 |
| Ano de instalação do Município : | 13/07/1861 |
| Fundador | Félix Camôa |
| Código do Município | 1718204 |
| Distancia da Capital (km) | 64 km |
| Gentílico | Portuense |

| | |
|-----------------------|--|
| Limites do Município: | <p>Norte – Miracema do Tocantins</p> <p>Sul – Silvanópolis e Brejinho de Nazaré</p> <p>Leste – Palmas e Monte do Carmo</p> <p>Oeste – Oliveira de Fatima e Paraíso</p> |
|-----------------------|--|

1.2 Plano Municipal de Saúde

O Plano Municipal de Saúde (PMS) constitui-se no instrumento central de planejamento para o período de 2018 a 2021. Ele orienta a implementação de todas as iniciativas de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), explicitando os compromissos setoriais do município, além de refletir, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população Portuense e a capacidade de oferta pública de ações, serviços e produtos para o seu atendimento.

A elaboração deste plano envolveu os órgãos e entidades da estrutura da Secretaria de Saúde e ocorreu de forma compatibilizada com o Plano Plurianual (PPA) do mesmo período, instrumento de governo que estabelece metas e considera as fontes de financiamento da política, bem como com as diretrizes recomendadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Desse modo, o Plano Municipal de Saúde de Porto Nacional 2018 a 2021 traduz as diretrizes que no âmbito do Controle Social e da Secretaria Municipal de Saúde, visam o fortalecimento do Sistema Único de Saúde municipal, a partir do: Enfrentamento dos problemas de saúde indicados no perfil epidemiológico e nos indicadores de saúde; Aperfeiçoamento do modelo de atenção visando à humanização; Implementação de ações de caráter coletivo e de vigilância em saúde; Educação permanente dos profissionais de saúde para melhoria da qualidade da atenção à saúde do cidadão.

Portanto, o PMS de Porto Nacional vislumbra a ampliação e qualificação do acesso universal, em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida dos munícipes, exigindo da gestão comprometimento na tomada de decisões para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde com o objetivo de promover saúde e qualidade de vida para todos.

Contudo, O Plano explicita a política de saúde deliberada pelo Conselho Municipal de Saúde e adotada pela administração municipal para o período de 2018-2021

em conformidade com a Lei 8080/90 e, fundamenta-se nos princípios e diretrizes do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade.

Além de Configurar-se como um instrumento de auxílio ao gestor no processo de tomada de decisão, sendo um documento que sistematiza o conjunto de proposições políticas da gestão municipal na área da saúde, isto é, o conjunto de propostas de ações em relação aos problemas e necessidades de saúde da população do município.

Todavia, o Sistema Único de Saúde deve prestar atendimento integral à população, mas esse direito vem acompanhado do dever das pessoas, das famílias, das instituições e da sociedade. Neste sentido, as ações e os serviços que promovem a saúde no município de Porto Nacional devem ser prestados com responsabilidade, competência e dignidade, de modo que os princípios estabelecidos pelo SUS sejam respeitados e efetivados.

1.3 Metodologias de Construção do Plano Municipal de Saúde 2018-2021

28 de Fevereiro de 2017 – Levantamento das demandas pelos Diretores, Coordenadores e Conselho Municipal de Saúde (CMS) para elaboração de propostas de acordo com série histórica e estudo situacional;

23 de Março de 2017- Reunião do Planejamento e do Conselho Municipal de Saúde (CMS) para elaboração de propostas de acordo com a situação populacional;

22 e 23 de Maio de 2017 – Reunião da CIR em Porto Nacional onde a proposta da Agenda Ativa foi a de construção das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores;

23 de Junho de 2017 – Foi realizado a X Conferencia Municipal de Saúde, onde foi apontado as diretrizes que nortearão o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, do município de Porto Nacional TO;

12 de Julho de 2017 – Realizado uma reunião com o setor de Planejamento da Prefeitura sobre instrumentos de gestão cujo objetivo era orientar as secretarias sobre incluir as atividades no sistema;

13 de Julho de 2017 – Reunião no auditório da SEMUS, com o intuito de elucidar as diretorias sobre planejamento de saúde, blocos de financiamento, orçamento e plano de trabalho;

26 e 27 de Junho de 2017 – Reunião da CIR em Silvanópolis, Comissão que teve como pauta da Agenda Ativa calcular indicadores;

08 de Agosto de 2017 – Audiência Pública na Câmara Municipal, no qual foi convidada toda a população, para discutirmos e darmos encaminhamento as demandas

prioritárias, incluindo – as no do Plano Municipal 2018 -2021.

21 e 22 de Agosto de 2017 – Reunião da Comissão Intergestores, CIR, em Pindorama, onde Agenda Ativa teve o seguinte tema: Instrumentos de Gestão com ênfase em Programação Anual de Gestão.

2. Análise Situacional

2.1 Aspectos Demográficos

| Aspectos demográficos | | |
|--|---------------------------|----------|
| População Estimada para 2017 | 52.828 Habitantes | |
| População Estimada para 2016 | 52.510 Habitantes | |
| População do Ano (2014) | 52.269 Habitantes | |
| Densidade demográfica(2014) | 11,04 hab/km ² | |
| População por zona de habitação | Quantidade | % |
| Rural | 3.687 | 7.06 |
| Urbana | 48.582 | 92.94%% |
| População por Raça/Cor | Quantidade | % |
| Branca | 11.753 | 22,48 |
| Preta | 7.062 | 13,51 |
| Amarela | 1.292 | 2,47 |
| Parda | 32.031 | 61,28 |
| Indígena | 131 | 0,25 |

Fonte :SIAB/2014

Análise Técnica

O município apresenta uma população de 52.269 habitantes, onde 48.582 reside na zona urbana e 3.687 residem na zona rural. Essa população é caracterizada em 22,48% de cor Branca,13.51% Preta,2.47% Amarela,61.28% Parda e 0.25% Indígena . Segundo o IBGE a população estimada para 2017 foi de 52.828 hab.

2.2 Estrutura Etária relativa por sexo e idade

| População por Sexo e Faixa Etária 2014 | | | |
|--|-------|--------|-------|
| Faixa-etária | Homem | Mulher | Total |
| < 1 ano | 273 | 279 | 552 |
| 01/abr | 1.577 | 1.681 | 3.397 |
| 05/jun | 881 | 983 | 1.864 |
| 07/set | 1.409 | 1.374 | 2.783 |

| | | | |
|--------|--------|--------|--------|
| out/14 | 2.360 | 2.213 | 4.573 |
| 15-19 | 2.482 | 2.721 | 5.203 |
| 20-39 | 8.891 | 9.339 | 18.230 |
| 40-49 | 3.020 | 3.123 | 6.143 |
| 50-59 | 2.075 | 2.210 | 4.285 |
| >60 | 2.566 | 2.673 | 5.239 |
| Total | 25.673 | 26.596 | 52.269 |

Fonte: SIAB-2014

Analise Técnica

Este indicador expressa o percentual médio de incremento anual da população, sendo influenciado pela natalidade, mortalidade e migrações ocorridas. Vale ressaltar que o crescimento populacional do município de Porto Nacional foi decorrente principalmente do processo migratório e pelo desenvolvimento do agronegócio no município. Porto Nacional é o 4º município mais populoso do estado.

2.3 Taxa de Fecundidade

| Evolução das Taxas de Fecundidade | | | | | |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|
| Localidades | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Brasil | 1,83 | 1,8 | 1,77 | 1,74 | 1,72 |
| Região Norte | 2,38 | 2,33 | 2,47 | 2,42 | 2,34 |
| Tocantins | 2,21 | 2,01 | 2,27 | 2,33 | 2,16 |
| Porto Nacional | 3,34 | 2,98 | 3,58 | 3,25 | 2,89 |

Analise Técnica

A Taxa de Fecundidade é um indicador demográfico útil para o planejamento de políticas públicas de educação, saúde e previdência. Os governos acompanham as taxas de fecundidade para analisar se a sua população vai crescer, encolher ou ficar do mesmo tamanho. No período de 2011 a 2015, o município apresentava em média uma taxa de fecundidade de 3,20, a qual estava acima da média nacional que era de 1,77 nos anos correspondentes. O município também está acima da média comparando com a região norte e com o Estado do Tocantins.

3. Perfil Epidemiológico: Morbidade e Mortalidade

O perfil de morbidade da população é caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência de doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas – coexistindo com as transmissíveis classificadas como emergentes e reemergentes – bem como, pela alta carga de acidentes e violências e, conseqüentemente, com reflexo nas taxas de mortalidade.

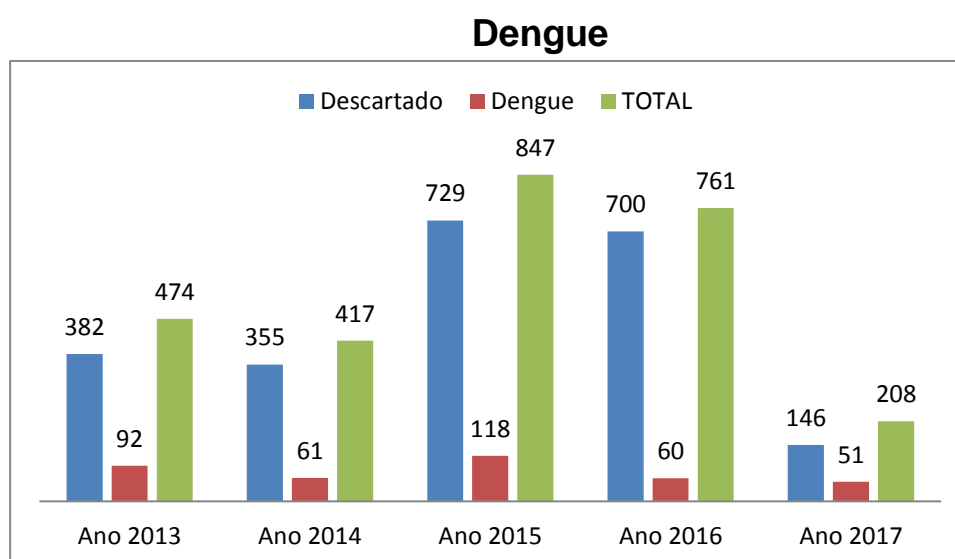
Porto Nacional trabalha com os sistemas de informação do SINAN, SIM e SINASC, no qual possibilita o monitoramento dos dados dando subsídio a gestão nas tomadas de decisões, pois, esses tem por objetivo a coleta e processamento dos dados sobre morbidade e mortalidade em todo o território, fornecendo informações para a análise do perfil Epidemiológico e contribuindo, dessa forma, para o Planejamento das Ações.

| CID | Agravos | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Total |
|------|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Z209 | Acidente de trabalho com exposição de material biológico | 31 | 50 | 40 | 38 | 13 | 172 |
| Y96 | Acidente de trabalho Grave | 45 | 47 | 26 | 13 | 5 | 136 |
| X29 | Acidente por Animais Peçonhentos | 166 | 205 | 210 | 177 | 177 | 935 |
| B24 | AIDS | 3 | 3 | 10 | 2 | 8 | 26 |
| W64 | Atendimento Anti-Rabico | 445 | 514 | 538 | 432 | 288 | 2,217 |
| A379 | Coqueluche | 3 | 6 | 4 | | 3 | 16 |
| Z206 | Criança exposta ao HIV | 2 | 2 | | 2 | 3 | 9 |
| A90 | Dengue | 474 | 417 | 847 | 761 | 175 | 2,674 |
| A928 | Doença Aguda pelo Virus Zika | | | | 339 | 48 | 387 |
| A920 | Febre da Chikungunya | | | 1 | 36 | | 37 |
| Z21 | Gestante HIV | | 4 | 3 | 4 | 3 | 14 |
| A309 | Hanseníase | 44 | 59 | 41 | 49 | 35 | 228 |
| B19 | Hepatites Virais | 70 | 25 | 28 | 31 | 2 | 156 |
| T659 | Intoxicação Exógena | 108 | 78 | 72 | 64 | 40 | 362 |
| B551 | Leishmaniose Tegumentar Americana | 15 | 23 | 18 | 14 | 1 | 71 |
| B550 | Leishmaniose Visceral | 63 | 47 | 39 | 56 | 51 | 256 |
| G039 | Meningite | 3 | 3 | 7 | 6 | 1 | 20 |
| A509 | Sífilis Congênita | | 7 | 17 | 16 | 14 | 54 |
| O981 | Sífilis em Gestante | 3 | 7 | 12 | 12 | 7 | 41 |
| A539 | Sífilis não Especificada | 7 | 21 | 33 | 30 | 27 | 118 |
| R36 | Síndrome do Corrimento Uretral em homem | 18 | 18 | 17 | 10 | 2 | 65 |
| A169 | Tuberculose | 6 | 5 | 10 | 17 | 11 | 49 |
| B019 | Varicela | 73 | 87 | 63 | 93 | 33 | 349 |
| Y09 | Violência Interpessoal/Autoprovoçada | 122 | 130 | 160 | 200 | 130 | 742 |

Analise Técnica

O município de Porto Nacional trabalha com o sistema de informação do SINAN e o tem como um dos subsídios nas tomadas de decisões, pois, esse tem por objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões no âmbito municipal.

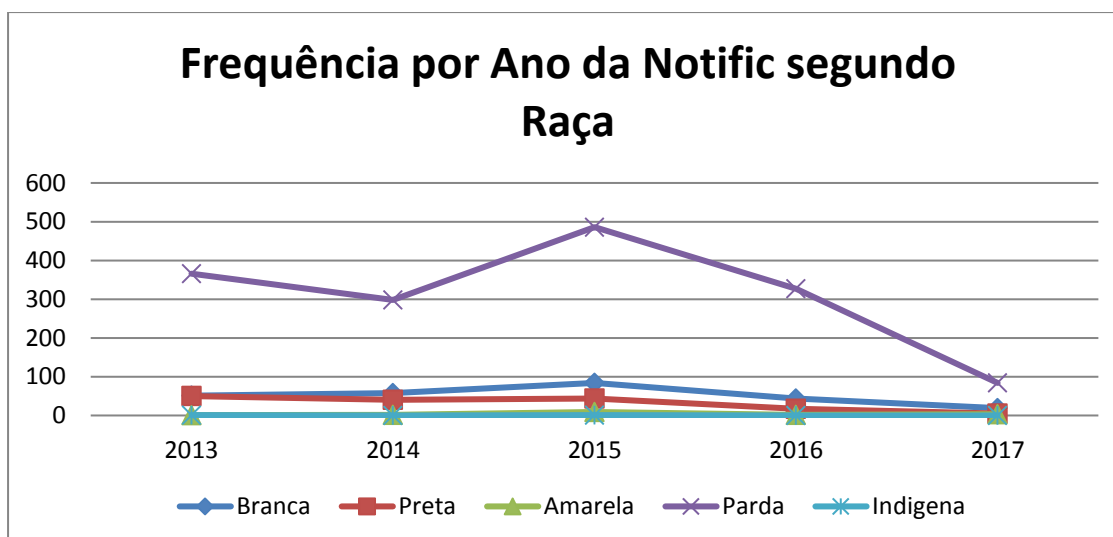
3.1 Doenças Transmissíveis



FONTE: SINAN 2017

Analise Técnica

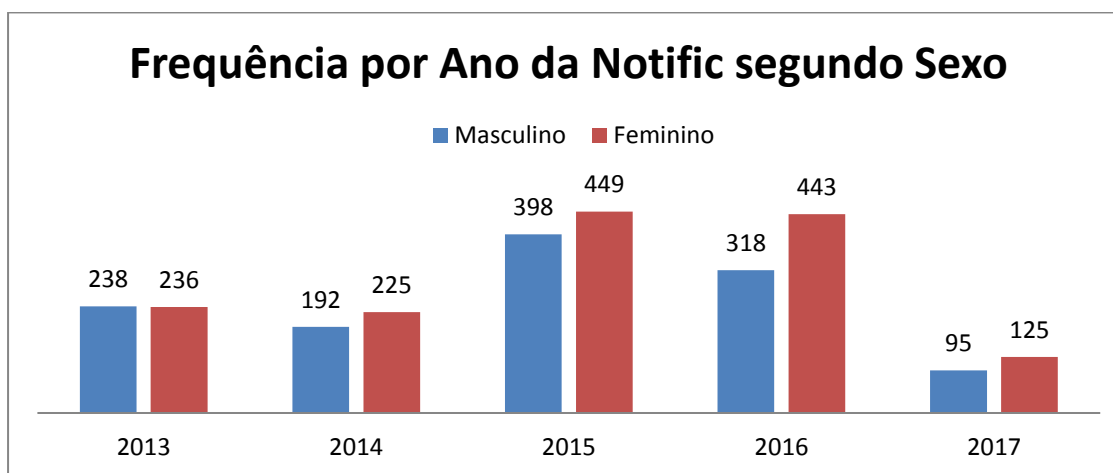
Analisando o gráfico entendemos que Porto Nacional é um município Vigilante por causa do número de notificações registradas no SINAN. Dengue é um dos agravos prioritários no município, mas embora haja muitas notificações podemos observar que o número de casos confirmados é bem inferior ao número de casos descartados, caracterizando o município de Porto Nacional como um município onde seus profissionais de saúde estão atentos aos sinais e sintomas do agravo.



FONTE: SINAN 2017

Análise Técnica

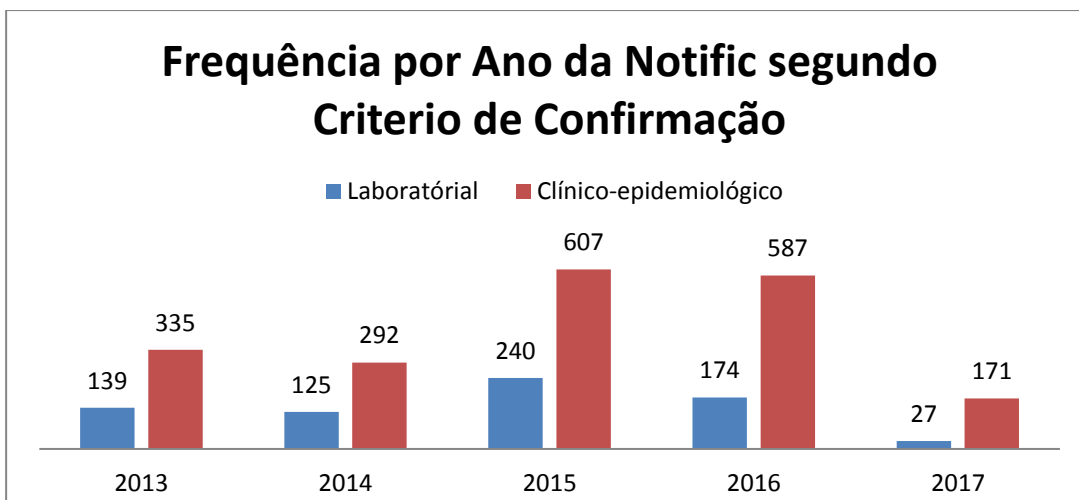
Dentre as notificações de dengue, observamos que elas se predominam na raça parda.



FONTE: SINAN 2017

Análise Técnica

Quando as notificações de dengue são classificadas quanto o sexo, notamos que o sexo predominante na maioria dos anos foi o sexo feminino.

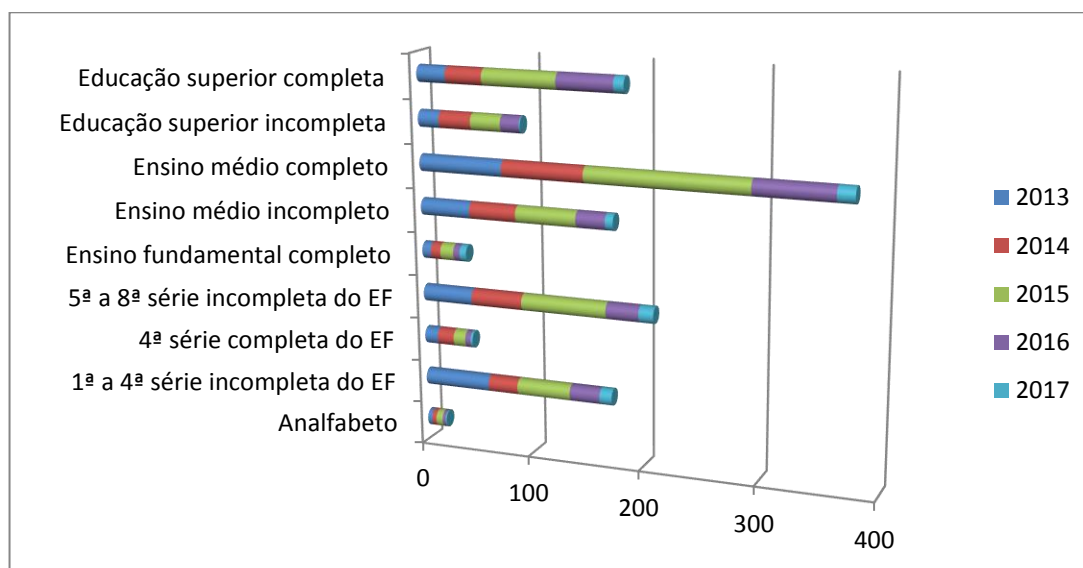


FORNTE:SINAN 2017

Análise Técnica

A maioria das notificações do município de Porto Nacional são encerradas através do critério para confirmação: Clínico- Epidemiológico, por vários motivos um deles é porque o paciente após passar o período de sintomas intenso, não vão realizar os exames solicitados. Com isso, abre –se um investigação epidemiológica e são encerradas através do critério Clínico- Epidemiológico.

Frequência por Ano da Notific segundo Escolar SinanNET

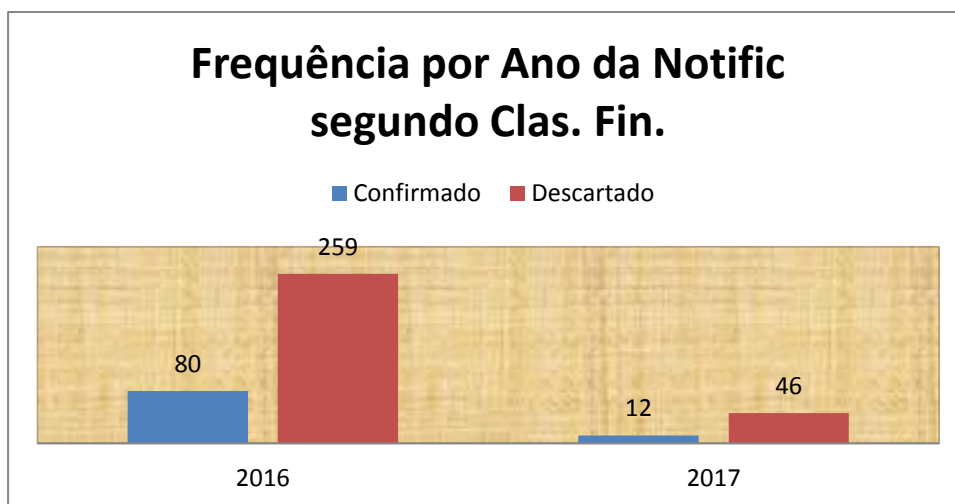


FORNTE:SINAN 2017

Análise Técnica

Já alisando quanto a escolaridade, as notificações de dengue mostram o perfil do paciente evidenciando que a maioria dos notificados tem o ensino médio completo .

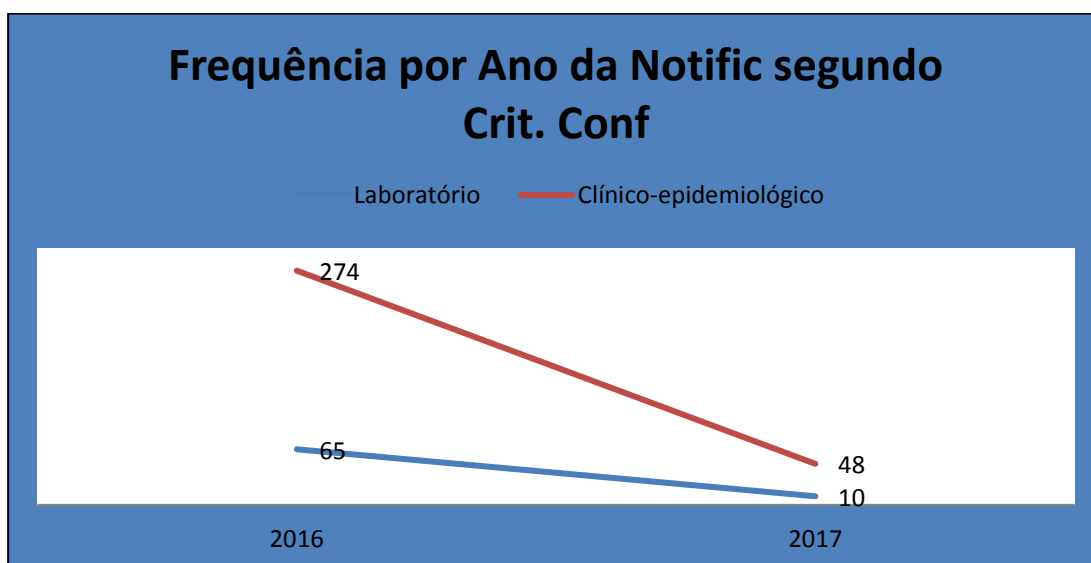
Doença Aguda Pelo Vírus Zika



FONTE: SINAN 2017

Analise Técnica

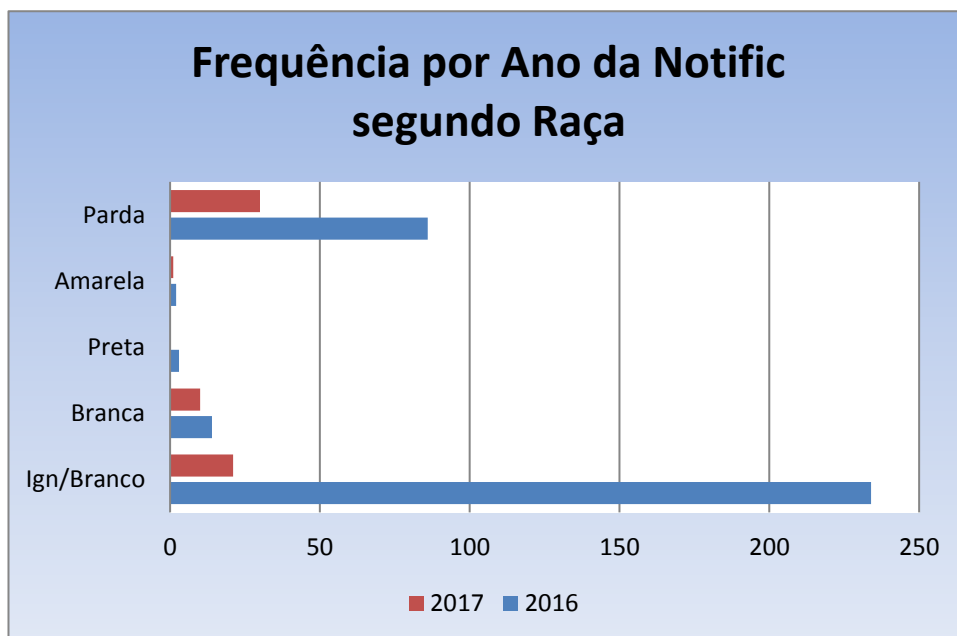
Embora seja um agravo de aparição recente e de cunho de notificação compulsória somente a parti de 2016, tivemos um grande numero de notificação, sendo que quase um terço dessas notificações foram positivas ,alarmando o município na época, mas desde então há um vigilância dobrada para o agravo .



FONTE: SINAN 10/2017

Analise Técnica

O critério Clínico-Epidemiológico, predomina também no agravo da Zika , assim como no de dengue pelos mesmos motivos , os pacientes não realizam os exames após passar os sintomas.

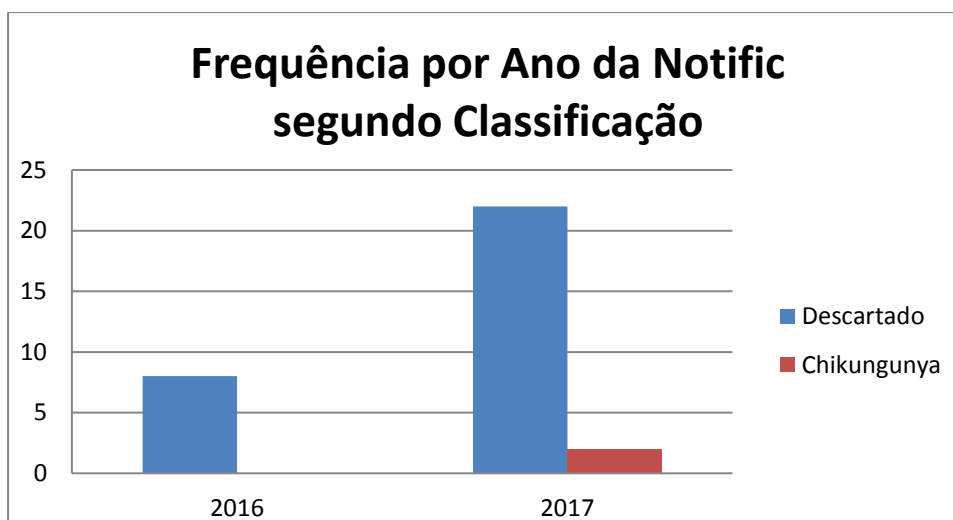


FONTE: SINAN 2017

Análise Técnica

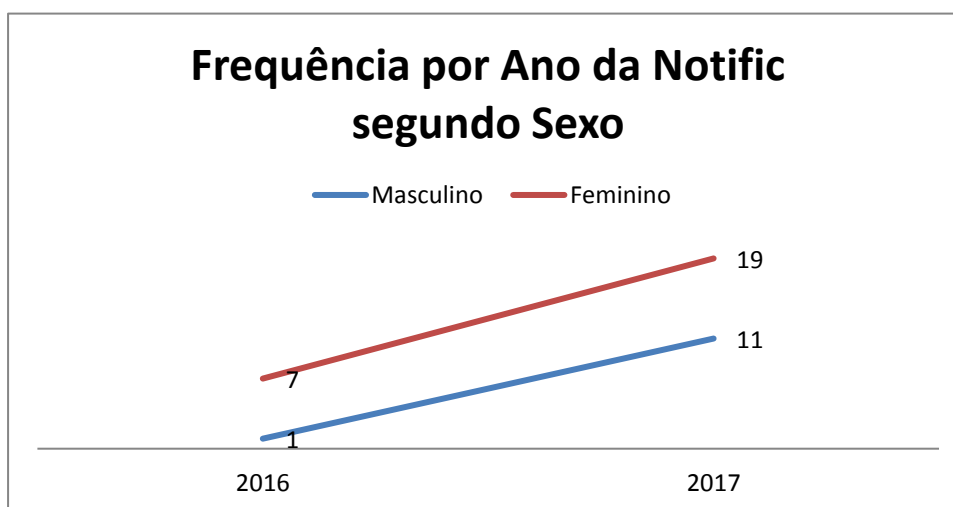
Nesse gráfico identificamos o alto índice da classificação ignorado/branco, mostra que devemos trabalhar mais com os profissionais que realizam o preenchimento da ficha de notificação, expondo a necessidade do preenchimento de todos os campos. A raça predominante nas notificações deste agravo é a parda .

Chikungunya



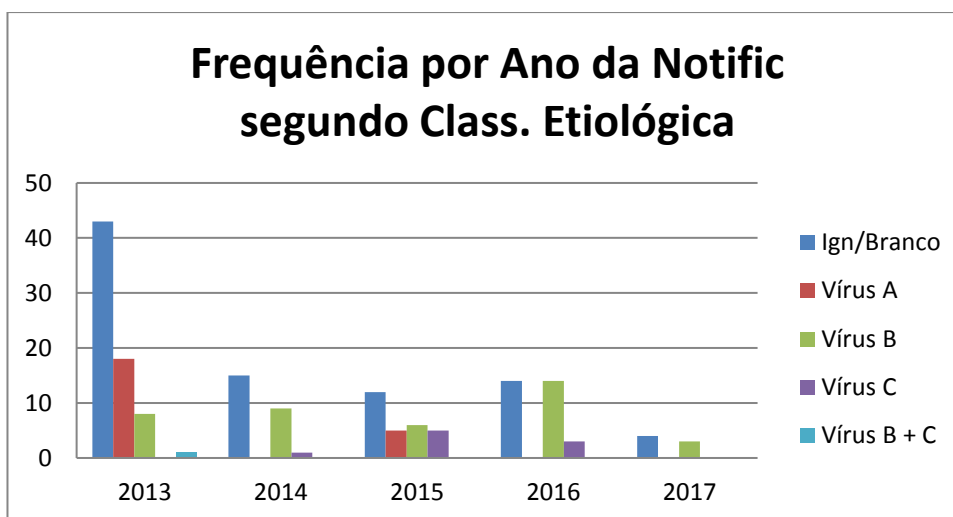
Análise Técnica

A chikungunya embora os sinais e sintomas se confundem com dengue e Zika, as dores musculares a distingue das demais, mais de 80% dos casos foram descartados.



Até setembro de 2017, já havia notificado mais do dobro da quantidade de 2016, onde o sexo feminino é predominante nas notificações.

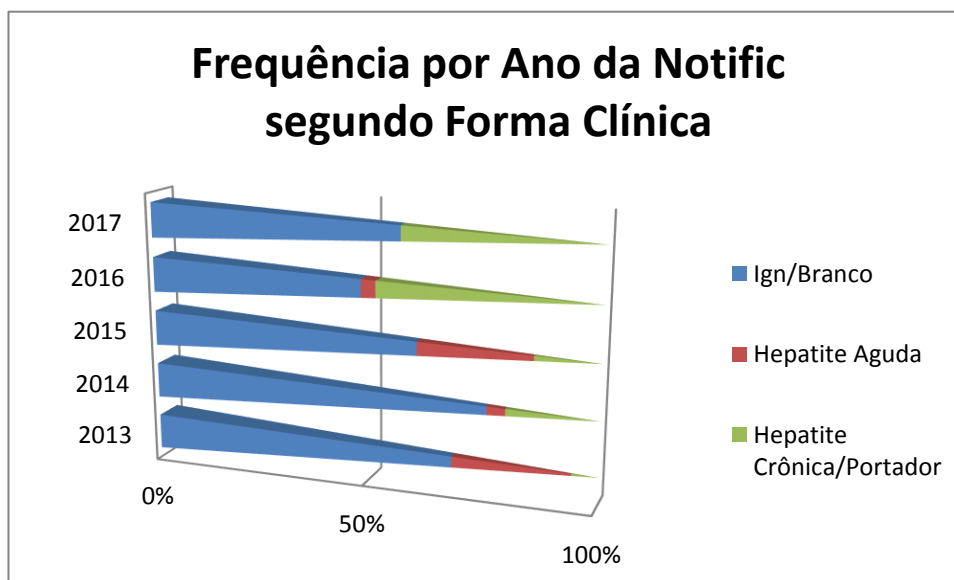
Hepatites Virais



FONTE: SINAN 10/2017

Análise Técnica

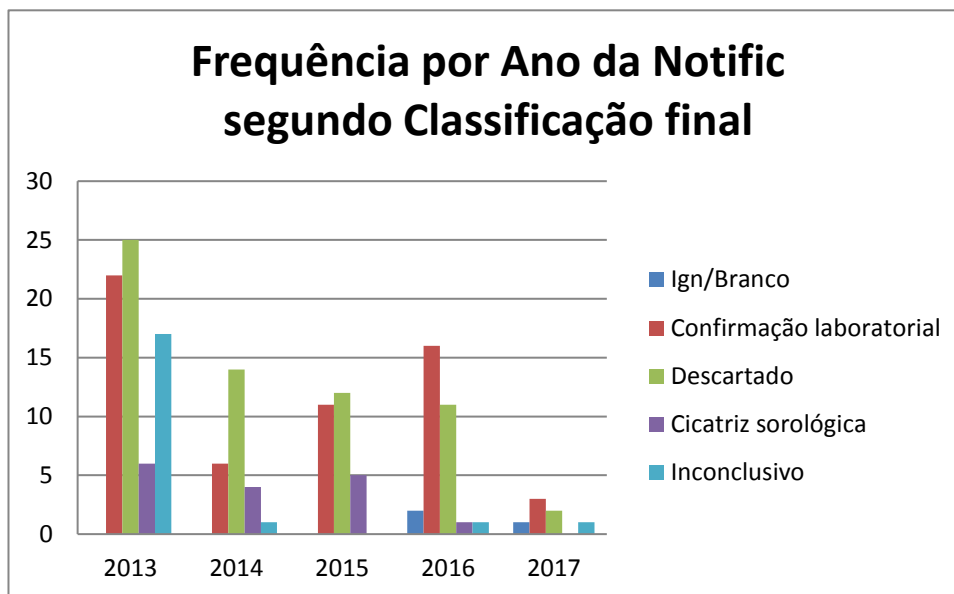
Em 2013 observamos através do gráfico um surto de hepatite A no município, sendo que essa é transmitida através de alimentos ou água contaminada, já nos anos seguintes houve o predomínio da classificação B, sendo que o problema do número de ignorado e branco prevalece.



FONTE: SINAN 2017

Análise Técnica

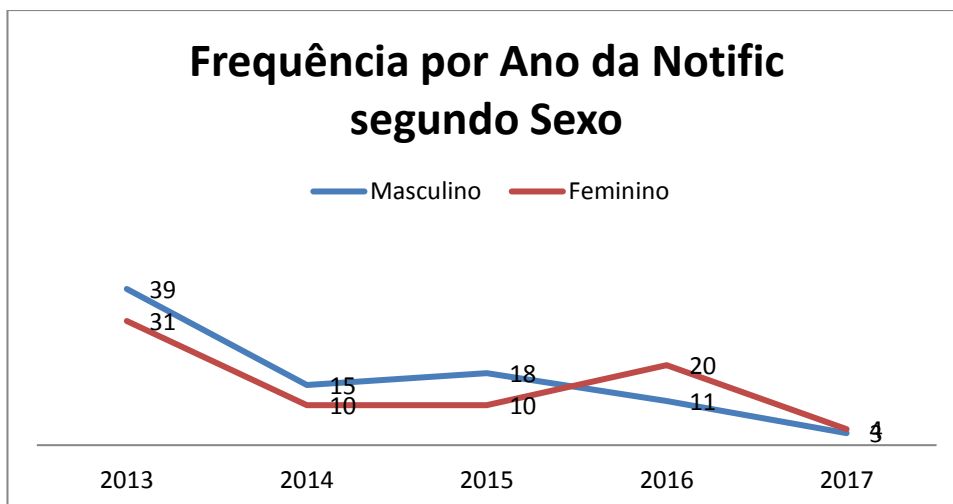
O gráfico mostra que mais de 50% dos casos notificados estão sem classificação, dificultando a análise epidemiológica, desfavorecendo assim a tomada de decisão para minimizar os casos.



FONTE: SINAN 10/2017

Análise Técnica

No ano de 2016 a setembro de 2017 os casos confirmados ultrapassam os casos descartados, sendo diferente o cenário nos anos de 2013, 2014 e 2015.



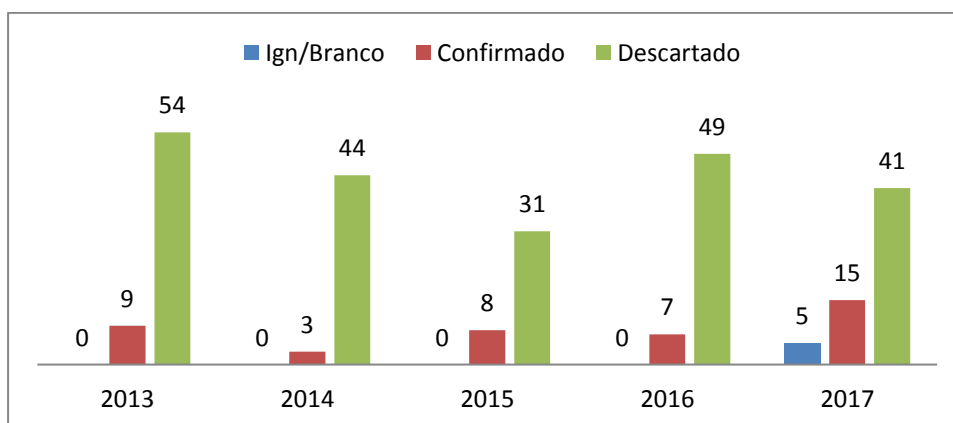
FONTESINAN 10/2017

Análise Técnica

Em 2013, 2014 e 2015 o sexo masculino foi predominante nas notificações de Hepatites virais, sendo ao contrário em 2016 a setembro de 2017.

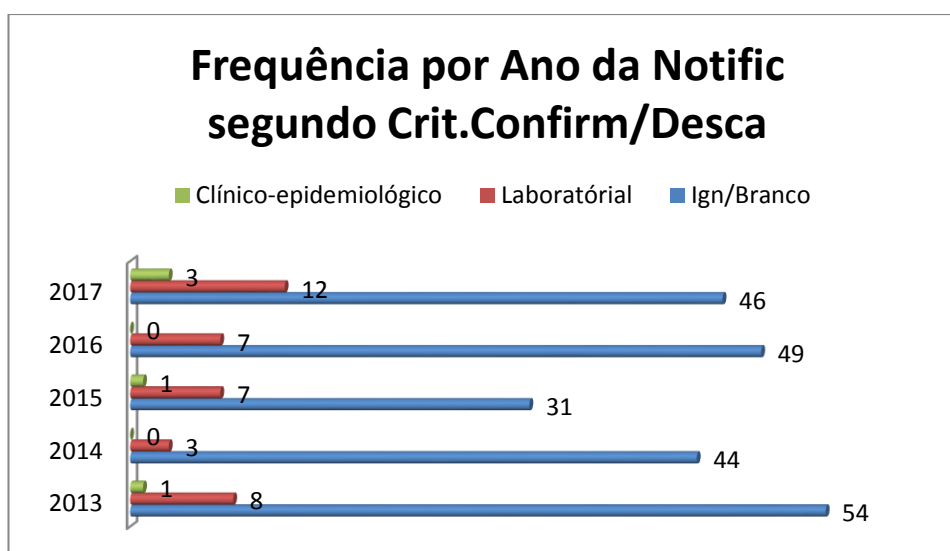
Leishmaniose Visceral

Frequência por ano da Notificação, segundo Classificação Final



Análise Técnica

O número de casos confirmados até o mês de setembro de 2017 supera os demais anos apresentado no gráfico. Mas os casos descartados superam em todos os anos.



Análise Técnica

Nesse agravo em específico o critério para confirmação Laboratorial é maior do que o Clínico-Epidemiológico.

Frequência por Ano da Notificação segundo Tipo de entrada

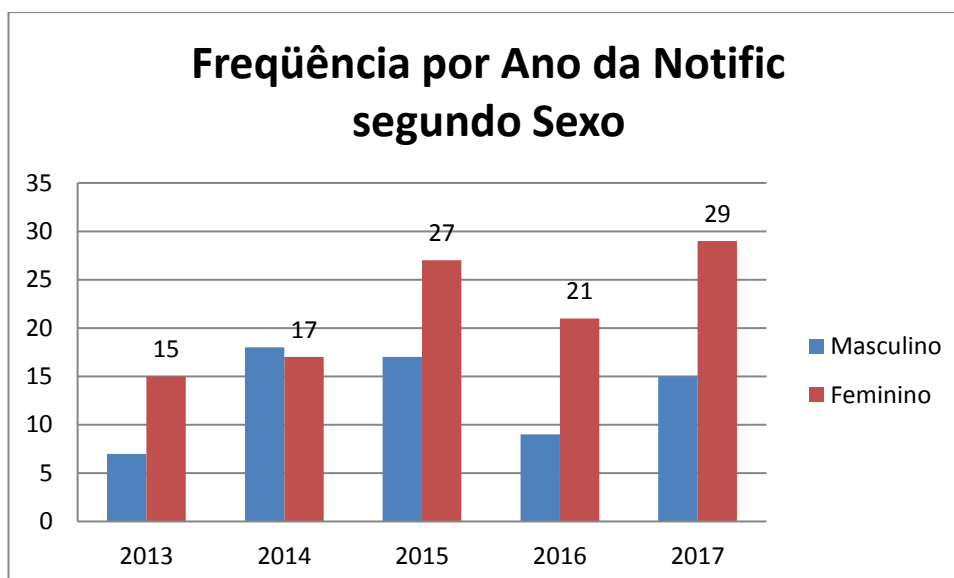
| Colunas1 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---------------|------|------|------|------|------|
| Ign/Branco | 2 | 1 | - | - | 5 |
| Caso novo | 58 | 44 | 39 | 55 | 54 |
| Recidiva | 3 | 2 | - | 1 | 1 |
| Transferência | - | - | - | - | 1 |

Análise Técnica

O Município de Porto Nacional, apresenta um alto número de casos novos do agravo de leishmaniose, sendo que somente nos anos de 2014 e 2015 ficaram abaixo de 50 casos.

Colunas1

Sífilis Não Especificada



Análise Técnica

O número de sífilis vem aumentando muito no decorrer dos anos no município de Porto Nacional, onde o gráfico indica que o maior número de pessoas notificados foram do sexo feminino, atribuído a isso temos que as mulheres procuram mais pelo serviço.

Freqüência por Ano da Notificação segundo Unidade Saúde Notificadora

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|------|------|------|------|------|
| CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS CEME | 1 | - | - | - | - |
| CENTRO DE SAUDE UNIDADE BASICA LUZIMANGUES PORTO NACIONAL | - | - | - | - | 2 |
| HOSPITAL DONA REGINA SIQUEIRA CAMPOS | - | 2 | 4 | 1 | 5 |
| HOSPITAL MATERNO INFANTIL TIA DEDE | 1 | 8 | 11 | 12 | 14 |
| HOSPITAL REGIONAL DE PORTO NACIONAL | - | - | - | 1 | - |
| NUCLEO DE ASSISTENCIA HENFIL | - | - | 1 | 1 | - |
| PHD LABORATORIO CLINICO | - | - | - | - | 1 |
| SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE DE PORTO NACIONAL | - | - | 1 | - | - |
| SERVICO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO | 13 | 12 | 20 | 5 | 3 |
| UBS ISADORA CHAVES MOURA | - | - | - | 3 | - |
| 2468441 UNIDADE DE SAUDE ALTO DA COLINA P NACIONAL | - | 1 | - | 1 | - |

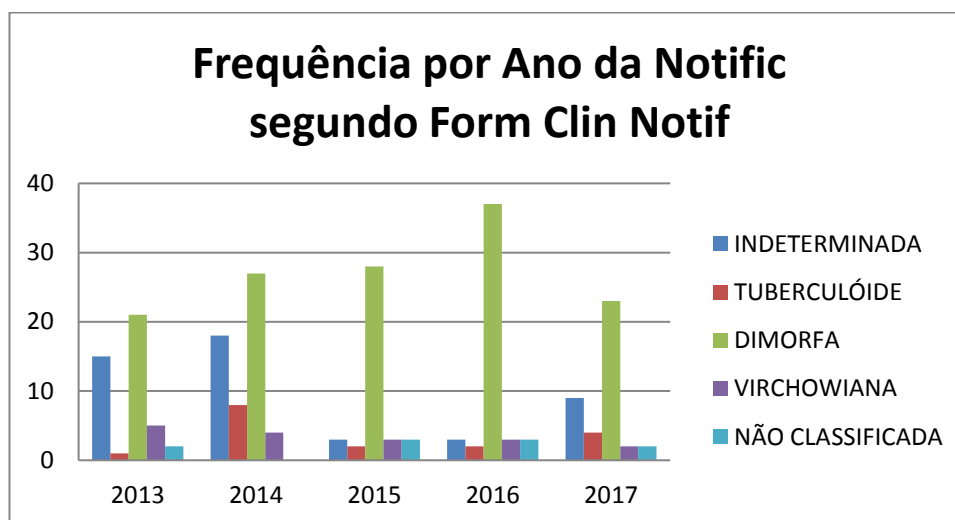
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2468530 UNIDADE DE SAUDE DR CARLOS A FERREIRA REIS P NACIONAL | - | 2 | 1 | - | - |
| 2468468 UNIDADE DE SAUDE ESCOLA BRASIL PORTO NACIONAL | 1 | - | - | - | - |
| 2468565 UNIDADE DE SAUDE MAE EUGENIA PORTO NACIONAL | 1 | 3 | - | - | 1 |
| 2468492 UNIDADE DE SAUDE PINHEIROPOLIS PORTO NACIONAL | 1 | - | - | - | 3 |
| 7299729 UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE PORTO NACIONAL | 1 | 3 | 2 | - | - |
| USF BLANDINA DE O NEGRE PORTO NACIONAL | - | - | - | - | 2 |
| USF BRIGADEIRO EDUARDO GOMES PORTO NACIONAL | 1 | - | - | 4 | 1 |
| USF EUDOXIA DE OLIVEIRA NEGRE | - | - | 3 | - | - |
| USF MARIA DA CONCEICAO F MOURA AIRES DE PORTO NACIONAL | - | 2 | - | 1 | 3 |
| USF MARIA LOPES PORTO NACIONAL | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| USF NANA PRADO C SOUZA P NACIONAL | - | 1 | - | - | 8 |

Analise Técnica

A Unidade Notificadora que mais identificou pessoas com sífilis foi o Serviço de Assistência Especializado (SAE) , seguido do Hospital Materno Infantil, sendo preocupante esse ultimo , pois trata –se de mulheres que possivelmente estejam grávidas ou já ganharam bebês, podendo aumentar assim a incidência de sífilis congênita .

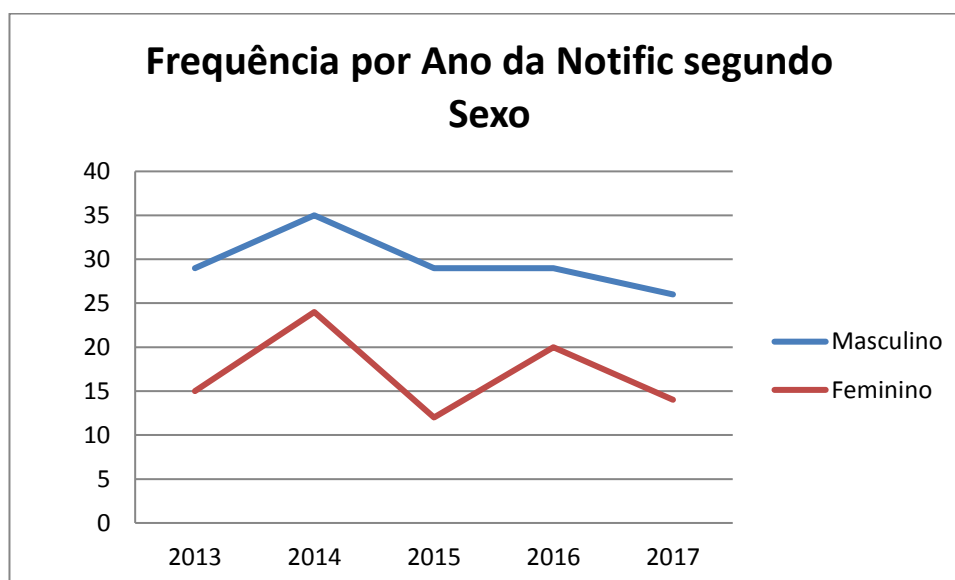
Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (M. Leprae). Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, no entanto poucos adoecem. A doença acomete principalmente pele e nervos periféricos podendo levar a sérias incapacidades físicas.



Análise Técnica

Segundo as notificações do banco de dados do SINAN de Porto nacional, a forma clínica predominante entre os anos de 2013 a 2017 é a forma DIMORFA, seguido das formas: INDETERMINADA, TUBERCULOIDE E VIRCHOWIANA.



Análise Técnica

Entre as notificações de hanseníase o sexo predominante das notificações é o sexo masculino .

Frequência por Ano da Notificação segundo Modo Entrada

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|------|------|------|------|------|
| Caso Novo | 40 | 48 | 37 | 35 | 34 |
| Transferência do mesmo município | 2 | 4 | - | 5 | - |
| Transferência de outro município(mesma UF) | - | 2 | - | 2 | 1 |
| transferência de outro estado | - | 1 | - | - | - |
| Recidiva | - | 3 | 1 | 3 | 3 |
| Outros ingressos | 2 | 1 | 3 | 4 | 2 |

Análise Técnica

O Município de Porto Nacional teve em 2014 o maior numero de casos novos de Hanseníase do período de 2013 a setembro de 2017. Além disso o município recebe pacientes de outro município e até de outro estado como mostra o tabela.

Frequência por Ano da Notificação segundo Tipo de Saída

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Não preenchido | 1 | 1 | - | 18 | 35 |
| Cura | 34 | 37 | 29 | 14 | - |
| Transf. para o mesmo município | 3 | 14 | 6 | 7 | 4 |
| Transf. para outro município | 1 | 2 | 4 | 7 | 1 |
| Transf. para o outro estado | - | - | - | - | - |
| Óbito | 1 | 1 | 1 | 1 | - |
| Abandono | 3 | 3 | - | - | - |
| Erro diagnóstico | 1 | 1 | 1 | 2 | - |

Análise Técnica

O alto índice de cura mostra a adesão do paciente ao tratamento , assim como mostra a tabela, não são 100 % dos notificados que concluem com cura, por que alguns abandonam o tratamento. O ano de 2017 não apresenta cura por que os pacientes desse ano ainda estão em tratamento que vai de seis meses a um ano.

3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

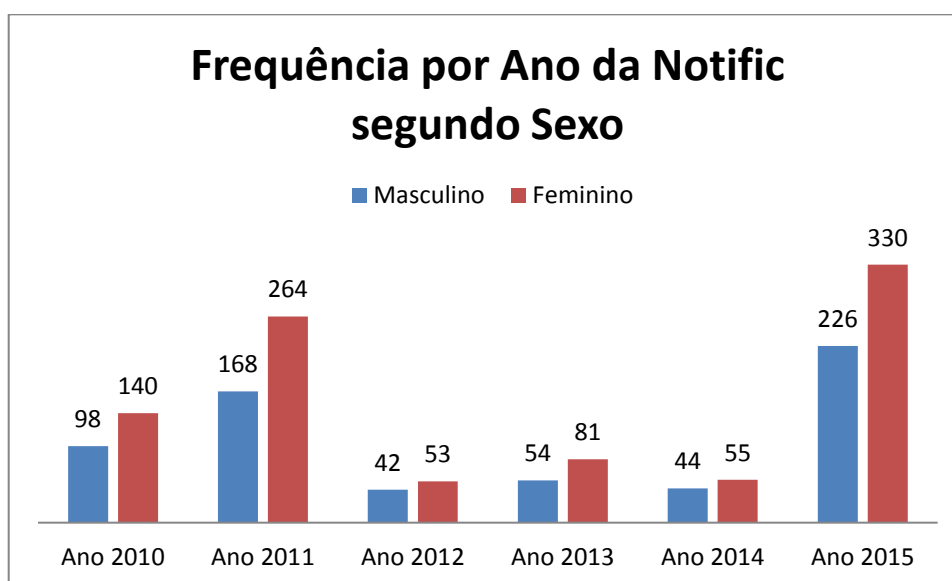
O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, lançado em 2011, permite orientar o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas e integradas para

prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco.

Com isso o município de Porto Nacional também propõe metas municipais, convergentes com as metas definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e que vêm sendo monitorado periodicamente, como o aumento da prática de atividade física no lazer e do consumo de frutas e hortaliças; a redução do consumo médio de sal, do tabagismo e do consumo nocivo de álcool; e a detenção do crescimento da obesidade, dentre outras. Este plano está em conformidade com os objetivos e prioridades definidas na Política Nacional de Promoção da Saúde.

Como estratégia de promoção à saúde e redução dos fatores de risco para DCNT, relacionados a fatores de risco cardiovasculares e respiratórios, vem sendo priorizado o acesso a ações de promoção da saúde, produção de cuidado específico e de modos de vida saudáveis da população.

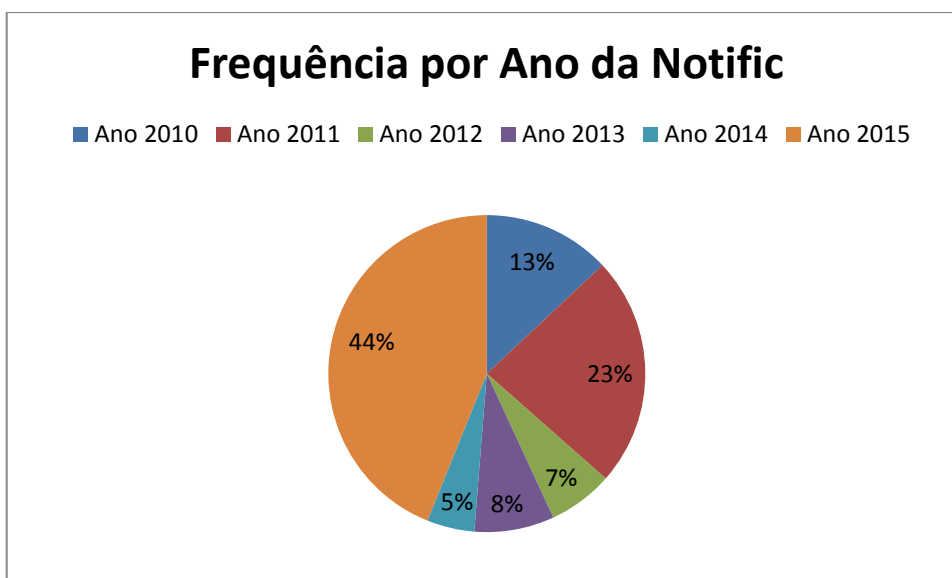
Hipertensão



Análise Técnica

Porto Nacional possui muitos pacientes portadores de Hipertensão Arterial, que além de serem cadastrados nas Unidades de Saúde são acompanhados pelas equipes multiprofissionais com o intuito de traçar um plano de cuidado sistematizado que vai de encontro com as políticas desenvolvidas na Atenção Primária. Esse plano tem o olhar voltado a cuidados para minimizar complicações por causa da doença.

Diabetes



Análise Técnica

Diabetes é uma doença crônica não transmissível, cuja complexidade requer acompanhamento periódico, evitando complicações a saúde do paciente, por isso a Atenção Primária assim como a Vigilância em Saúde traçam ações para minimizar os casos.

3.3 Acidentes e Violência

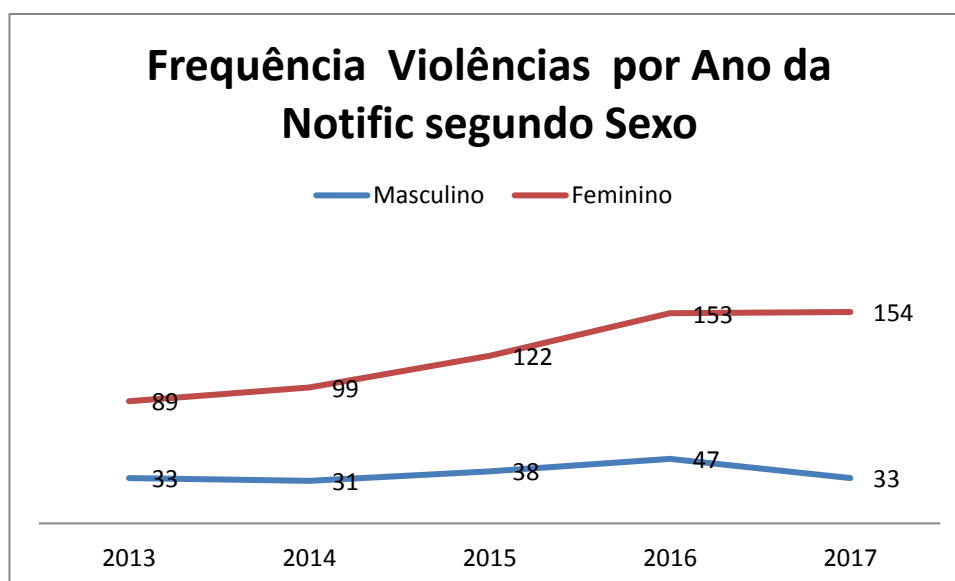
Frequência por Ano da Notificação de VIOLÊNCIA segundo Mês da Notificação.
olunas1

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------------|------|------|------|------|------|
| Janeiro | 5 | 13 | 17 | 11 | 19 |
| Fevereiro | 9 | 12 | 10 | 19 | 21 |
| Marco | 5 | 12 | 11 | 14 | 27 |
| Abril | 11 | 22 | 10 | 10 | 18 |
| Mai | 12 | 4 | 11 | 24 | 25 |
| Junho | 4 | 9 | 14 | 18 | 15 |
| Julho | 7 | 6 | 12 | 11 | 20 |
| Agosto | 15 | 6 | 12 | 21 | 14 |
| Setembro | 16 | 15 | 16 | 17 | 22 |
| Outubro | 12 | 8 | 12 | 24 | 6 |
| Novembro | 15 | 12 | 15 | 16 | - |
| Dezembro | 11 | 11 | 20 | 15 | - |
| Total : | 122 | 130 | 160 | 200 | 187 |

Análise Técnica

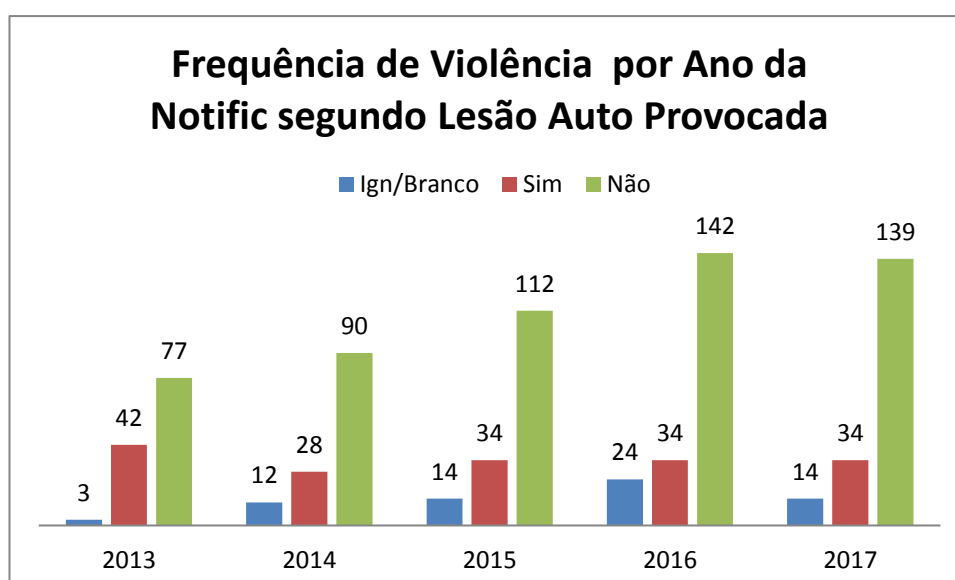
O número de violência no município vem aumentando ano a ano, tornando um problema de Saúde Pública. A secretaria de Saúde através dos setores executantes vem

traçando medidas de promoção tentando sensibilizar as pessoas quanto ao difícil cenário instalado em nossa cidade.



Análise Técnica

A parte da população que mais sofre com a violência ainda é as mulheres, pois dentre essa estatísticas estão as vítimas de violência domestica, por isso o sexo feminino tem o maior numero desse tipo de notificação.



Análise Técnica

Dentre as notificações de violência nos temos as auto provocadas ou tentativa

de suicídio, essa estão evidenciadas na coluna vermelha do gráfico, em 2013 foi o ano que mais tivemos lesões dessa natureza.

3.4 Mortalidade

O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) constituem ferramentas essenciais ao fornecer dados para avaliação e análise da mortalidade.

O município de Porto Nacional é onde mais ocorre os óbitos da região Amor Perfeito, considerando a variável município de residência (50%) e principalmente quando é avaliado o município de ocorrência (63%).

| Óbitos:Causa por grupo/Residência | | | | | |
|---|------|------|------|------|-------|
| Causa | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Total |
| Doenças do aparelho circulatório | 69 | 85 | 73 | 68 | 295 |
| Causas externas de morbidade e mortalidade | 66 | 70 | 79 | 51 | 266 |
| Doenças do aparelho respiratório | 28 | 48 | 35 | 28 | 139 |
| Neoplasias (tumores) | 44 | 26 | 38 | 29 | 137 |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 15 | 15 | 17 | 23 | 70 |
| Algumas afec originadas no período perinatal | 13 | 20 | 21 | 16 | 70 |
| Doenças do aparelho digestivo | 12 | 16 | 12 | 9 | 49 |
| Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 9 | 18 | 14 | 5 | 46 |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 10 | 12 | 10 | 9 | 41 |
| Doenças do sistema nervoso | 12 | 8 | 5 | 9 | 34 |
| Transtornos mentais e comportamentais | 10 | 4 | 7 | 8 | 29 |
| Doenças do aparelho geniturinário | 3 | 9 | 7 | 4 | 23 |
| Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 3 | 4 | - | 4 | 11 |
| Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 3 | - | 2 | 2 | 7 |
| Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 3 | 1 | 2 | - | 6 |
| Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | - | - | 1 | - | 1 |

Fonte : SIM/2017

Óbitos por residência x Faixa etária -Porto Nacional 2016

| Causa | < 01a | 01-04a | 05-14a | 15-24a | 25-34a | 35-44a | 45-54a | 55-64a | 65-74a | 75 e+ | Total |
|--|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|
| Causas externas de morbidade e mortalidade | - | - | 1 | 21 | 18 | 18 | 7 | 7 | 2 | 5 | 79 |
| Doenças do aparelho circulatório | - | - | - | 1 | 1 | 2 | 6 | 11 | 12 | 40 | 73 |
| Neoplasias (tumores) | - | - | - | 1 | - | 2 | 3 | 7 | 10 | 15 | 38 |
| Doenças do aparelho respiratório | - | - | - | 1 | 3 | - | 1 | 4 | 8 | 18 | 35 |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | - | 1 | 1 | - | - | - | 2 | 2 | 4 | 7 | 17 |
| Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 1 | - | - | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 14 |
| Doenças do aparelho digestivo | - | - | - | - | 1 | - | 1 | 1 | 6 | 3 | 12 |
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias | - | - | - | 1 | 2 | - | 1 | 3 | 1 | 1 | 9 |
| Transtornos mentais e comportamentais | - | - | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 7 |
| Doenças do aparelho geniturinário | - | - | - | - | - | - | - | - | 4 | 3 | 7 |
| Algumas afec originadas no período perinatal | 6 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 6 |
| Doenças do sistema nervoso | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | 3 | 5 |
| Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 2 |
| Doenças da pele e do tecido subcutâneo | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 | 2 |
| Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 |

Fonte:SIM/2017

Análise Técnica

Porto Nacional apresenta como principal causa de óbito dos seus munícipes os acidentes de transito seguido de doenças do aparelho circulatório, tumores e do aparelho respiratório. Essas são as principais causas, as demais estão descrita no gráfico acima.

3.5 Mortalidade Infantil e Fetal

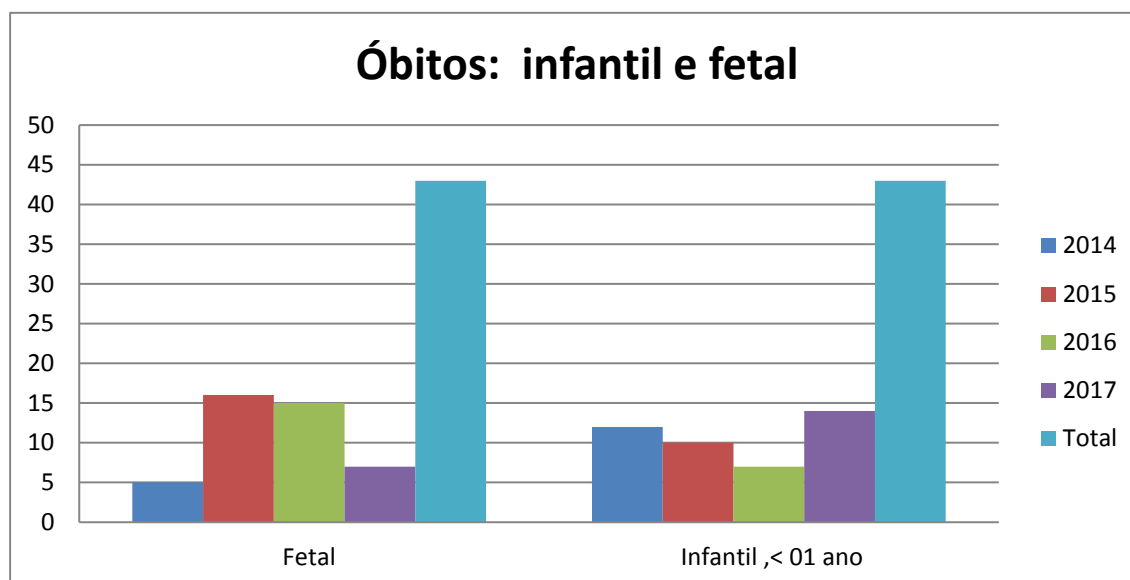
A maioria dos casos de mortalidade infantil está vinculada às causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Esses acontece na maior na faixa etária neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), demonstrando claramente que são óbitos relacionados à atenção prestada à mãe e ao feto ou recém-nascido no

momento do pré-natal, parto e puerpério. A região Amor Perfeito dando destaque a Porto Nacional apresenta a taxa de mortalidade neonatal precoce de 8,3 maior em comparação com o Brasil que a taxa é de 7,45.

Óbitos por residência x ano de ocorrência

| Tipo Óbito | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Total |
|--------------------|------|------|------|------|-------|
| Fetal | 5 | 16 | 15 | 7 | 43 |
| Infantil ,< 01 ano | 12 | 10 | 7 | 14 | 43 |

Fonte:SIM/2017



Fonte:SIM/2017

Análise Técnica

Porto Nacional vem trabalhando para minimizar as causas dos óbitos infantis por causa preveníveis como mostra o gráfico de 2014 a 2016. Até setembro de 2017 o número de óbitos infantis já havia passado dos demais anos. O trabalho foi intensificado para tentar minimizar as causas dos óbitos infantis.

4. Determinantes e Condicionantes de Saúde

4.1. Aspectos Socioeconômicos

| Educação | |
|--|------------------|
| Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade (2010) | 98,30% |
| IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (2015) | 4,9 |
| IDEB – Anos finais do ensino fundamental (2015) | 3,7 |
| Matrículas no ensino fundamental (2015) | 9.576 matrículas |
| Matrículas no ensino médio [2015] | 2.534 matrículas |

Fonte :IBGE/CIDADES

Análise Técnica

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade de Porto Nacional tiveram nota média de 4.9 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.7. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 36 de 139. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 72 de 139. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98.3 em 2010. Isso posicionava o município na posição 33 de 139 dentre as cidades do estado e na posição 1603 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

4.2. Território e Ambiente

| Saneamento | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| Área da unidade territorial [2016] | 4.449,917 km ² |
| Esgotamento sanitário adequado [2010] | 65,7 % |
| Arborização de vias públicas [2010] | 85 % |
| Urbanização de vias públicas [2010] | 1,70% |

Fonte :IBGE/CIDADES

Análise Técnica

O município de Porto Nacional apresenta 65.7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 85% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização. Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 5º de 139º e de 55º de 139º respectivamente.

Água

O abastecimento de água pela rede pública em Porto Nacional, segundo o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica - 2014), atende a 87.74% da população

urbana do município. Segundo informações fornecidas pela Foz/SANEATINS (2014) quanto aos padrões de potabilidade, há o adequado controle e o monitoramento realizado que respeita o que estabelece a Portaria 2.914/2011 do Ministério da Saúde. Em relação à população rural, somente 10.76% da mesma, conta com abastecimento pela rede. Majoritariamente os moradores da zona rural utilizam como fonte de abastecimento poços ou nascentes.

4.3 Economia

| | |
|--|---------------|
| PIB per capita [2014] | 21.618,16 R\$ |
| Percentual das receitas oriundas de fontes externas [2015] | 64,20% |
| Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010] | 0,74 |

Fonte :IBGE/CIDADES

Porto Nacional em 2014, tinha um PIB per capita de R\$ 21.618.16. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 17º de 139º. Já na comparação com cidades do Brasil sua colocação era de 1543º de 5570º. Em 2015, tinha 64.2% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em comparação às outras cidades do estado, estava na posição 122º de 139º e, quando comparado a cidades do Brasil todo, ficava em 4727º de 5570º.

4.4 Trabalho e Rendimento

| | |
|---|----------------------|
| Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2015] | 2,2 salários mínimos |
| Pessoal ocupado [2015] | 8.967 pessoas |
| População ocupada [2015] | 17,2 % |
| População com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo [2010] | 36,9 % |

Fonte :IBGE/CIDADES

Em Porto nacional em 2015, o salário médio mensal era de 2.2 salários

mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 17.2%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 5º de 139º .

Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 36.9% da população nessas condições, o que o colocava na posição 130º de 139º dentre as cidades do estado e na posição 3197º de 5570º dentre as cidades do Brasil.

5. Acesso a Ações e Serviços de Saúde

Desde sua instituição nos anos 1990, o SUS, tem apresentado avanços significativos, ainda que não tenha efetivado plenamente seus princípios de universalização do acesso e integralidade da atenção à saúde.

Com isso, são grandes os desafios a serem enfrentados, de forma a assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento dos problemas mais relevantes, como por exemplo: a consolidação da prevenção e controle das já conhecidas e das novas doenças infectocontagiosas, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o aumento das causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes – sobretudo de trânsito – e a violência interpessoal.

Diante disso, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional tem como prioridade empoderar os diretores e coordenadores para que eles elaborem os planos de cada setor da SEMUS, levando em consideração as políticas públicas, além de priorizar o atendimento humanizado e de qualidade, indo de encontro com o anseio da população portuense.

5.1 Atenção Primária

A Atenção Primária (AP) deve ser a unidade de primeiro contato do usuário, sendo esta a porta de entrada para os demais serviços de saúde e deve adquirir graus crescentes de humanização e potência de respostas, constituindo-se na principal ordenadora do cuidado nas redes de atenção, conformando um modelo de atenção integral e integrado nos sistemas loco-regionais à saúde. A AP vem ocupando cada vez mais centralidade no SUS, com reconhecimento nacional e internacional, em especial pela expansão de cobertura com a Estratégia Saúde da Família.

Segundo o Ministério da Saúde a Estratégia Saúde da Família é entendida como proposta de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a

implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

As equipes de Porto Nacional atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

O município de Porto Nacional possui 16(dezesseis) Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 16(dezesseis) de Saúde Bucal (ESB), o percentual de cobertura da Atenção Básica no município, atualmente, segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde é 100% no ano de 2014.

As Equipes de Saúde da Família de Porto nacional são composta por uma equipe multiprofissional que possui, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um cirurgião-dentista, um auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal e os agentes comunitários de saúde (ACS). As atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de Agentes Comunitários de Saúde estão previstas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

São atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família:

I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II. Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III. Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV. Realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V. Garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de

agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI. Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX. Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

X. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII. Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica; XIII. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV. Realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

XV. Participar das atividades de educação permanente;

XVI. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XVIII. Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

5.1.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ – AB

O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde e ainda possibilitar a garantia de um padrão de qualidade de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde no município.

Porto Nacional possui ESF com adesão ao programa, onde são realizadas acompanhamento das ações propostas e dos indicadores do PMAQ com as equipes de Saúde da Família. Após avaliação externa realizada, o Ministério repassa ao município o valor correspondente com a nota certificada.

O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Os valores do repasse mensal do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de qualidade do piso de atenção básica variável, deste segundo ciclo, foram definidos pelas Portarias n. 562, de 4 de abril de 2013 e Portaria n. 1.234 de 20 de junho de 2013.

O município de PORTO NACIONAL no terceiro ciclo do programa (2015) cadastrou as seguintes equipes:

Resultado de adesão ao terceiro ciclo.

| ESF/EAB | ESB/EABSB | NASF | CEO |
|---------|-----------|------|-----|
| 14 | 13 | 2 | 1 |

5.1.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

Os NASF foram criados com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família.

A equipe do NASF de Porto Nacional atende de forma sistematizada as demanda das Estratégias Saúde da Família, fomentando uma assistência qualificada a

população.

Situação atual da implantação do(s) Núcleo(s) de Apoio à Saúde da Família (NASF).

| | Tipo | Credenciado | Implantado | Valor mensal do repasse |
|-------------|-------------|--------------------|-------------------|--------------------------------|
| NASF | I | 2 | 2 | 40.000,00 |
| | II | - | - | - |
| | III | - | - | - |

5.1.3 Assistência Farmacêutica

Porto Nacional propõe que a Assistência Farmacêutica (AF) municipal seja um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional indo de encontro com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada pela Resolução CNS n.º 338, de 06 de maio de 2004.

O Pacto de Gestão do SUS definiu que a AF é financiada pelas três esferas de Governo, sendo o recurso destinado não só à aquisição de medicamentos e insumos, mas também às ações de Assistência Farmacêutica demandada para a organização dos serviços de saúde.

Porto Nacional além de investir a conta partida do Ministério da Saúde, investe mais do que esta programado de seus recursos próprios para aquisição de medicamentos, tentando atendendo a demanda oriunda das Unidades de Saúde.

5.1.4 Programa Saúde na Escola (PSE)

O PSE constitui estratégia interministerial – Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), para integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo intersetorialmente as equipes de Atenção Básica e as equipes da Educação. Conforme Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, o ciclo do Programa tem vigência de dois anos.

No Termo de Compromisso, pactuado no momento da adesão pelos gestores municipais da saúde e da educação, constam as ações a serem implementadas, quantidade de escolas e equipes de Atenção Básica que participarão do Programa. Um conjunto de 12 ações pode ser priorizado conforme demanda da escola, indicadores de saúde e demais indicadores sociais (violência, gravidez na adolescência, evasão escolar, etc.) e no ato da adesão o município também pode incluir ações que serão monitoradas

exclusivamente por meio do e-SUS AB.

Os incentivos serão repassados fundo a fundo, via PAB Variável da Atenção Básica, calculados de acordo com a faixa de estudantes pactuada no Termo de Compromisso. Os municípios recebem parcela única a cada ano do ciclo. O incentivo federal é de R\$ 5.676,00 para envolver até 600 estudantes, acrescido de R\$ 1.000,00 a cada intervalo entre 1 e 800.

Situação do Programa Saúde na Escola

| CREC HE | EDUCANDO PRÉ- ESCOLA | EDUCANDO ENS. FUND | EDUCANDOEN SINO MÉDIO. | EDUCANDO EJA | TOTAL EQUIP ES | 20% DA ADES ÃO | 80% RESTAN TES |
|------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| 7 | 1.159 | 2.415 | 0 | 109 | 13 | 2.200, 00 | 0,00 |

5.1.5 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria Nº 1.412, de 10 de julho de 2013, sendo que a operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

O e-SUS Atenção Básica (AB) é o novo sistema da AB que substitui o SIAB. Esse sistema foi desenvolvido para atender às necessidades de cuidado na Atenção Básica e pode ser utilizado por profissionais das equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR) e da Atenção Domiciliar (AD), oferecendo ainda dados para acompanhamento de programas como Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde.

O primeiro passo na implantação do e-SUS AB é identificar as características tecnológicas disponíveis em cada UBS para escolha do sistema que deverá ser implantado: Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou Coleta de Dados Simplificada (CDS).

6. Atenção Especializada

A Atenção Especializada tem como meta, respostas céleres às necessidades identificadas pelas equipes de Saúde da Família que detêm maior conhecimento da clientela sob sua responsabilidade identificadas nos grupos de pacientes/agravo prioritário.

A Oferta de atendimento e procedimentos de especialidades médicas, odontológicas e de equipe multiprofissional que visam atender os principais problemas e

agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento.

O acesso às consultas e exames especializados em todo o município de Porto Nacional se dá através de encaminhamentos médicos provenientes da Atenção Básica e da própria Atenção Especializada, os quais são enviados ao setor de regulação dessa secretaria para agendamento no município que é o município de referência para essa região (Amor Perfeito) ou onde tiver o prestador contratado para cada tipo de procedimento.

6.1 Centro de Especialidades Odontológica- CEO

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011: diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais.

O município de Porto nacional possui o CEO II.

| CEO Modalidades | Implantado (em funcionamento) | Repasse Mensal custeio | Observação: valor do incentivo "viver sem limites" |
|-----------------|-------------------------------|------------------------|--|
| I | 0 | 0,00 | - |
| II | 1 | 11.000,00 | - |
| III | 0 | 0,00 | - |

6.2 Centro de Especialidades Medicas - CEME

O Centro de Especialidades Médicas, dispõem de 19 especialidades médicas para prestar assistência a população com encaminhamentos da Atenção Primária do Município.

6.3 Serviço de Assistência Especializado – SAE

O Serviço de Assistência Especializada – SAE de Porto Nacional – TO, funciona no Prédio do Centro de Especialidades Médicas – CEME no Setor Nova Capital próximo a UPA. O SAE é composto por uma equipe multiprofissional tais como: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Assistente Social, Farmacêutico, Assistente

administrativo, auxiliar de serviços gerais que atende de segunda a sexta feira em horário comercial.

O SAE è um serviço especializado, referente para 16 unidades básicas de saúde do município e 13 municípios vizinhos. Os atendimentos são referidos á IST/HIV/AIDS, TUBERCULOSE, HANSENIASE, ACIDENTE COM MATERIAL BIOLOGICO, HEPATITES VIRAIS, LEISHIMANIOSE, PENFIGO, LUPUS, dentre outras.

O SAE realiza testes rápidos de HIV, SIFILIS, HEPATITE B e HEPATITE C.

Realiza o teste PPD(prova tuberculínica) para TUBERCULOSE.

O Serviço também é composto de um grupo mensalmente de autocuidado para pacientes e ex pacientes de HANSENIASE.

Com esse intuito, o SAE apresenta um serviço de humanização e qualidade no atendimento aos seus usuários. E assegurar ao paciente a possibilidade de assistência em função de suas diferentes necessidades.

6.4 Urgência e Emergência(UPA e SAMU)

O Serviço de Urgência e Emergência do município de Porto Nacional funciona 24 horas por dia, durante todos os dias da semana, sendo composto de duas unidades:

Unidade de Pronto Atendimento (UPA

Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU– 192).

A UPA faz parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que atende demandas de complexidade intermediária, integrando a rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento dos pacientes, intervir em sua condição clínica e referenciá-los para os demais pontos da Rede de Atenção a Saúde, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

O acesso dos pacientes a UPA ocorre de forma espontânea ou por meio de Serviços pré - hospitalares, como o Saúde da Família, ou quando atendido e resgatado pelo SAMU – Serviço Móvel de Urgência, Corpo de Bombeiros e outros resgates. No caso demanda espontânea, o acolhimento é realizado pelo recepcionista (administrativo) que coleta os dados, gera ficha de atendimento, encaminha para a triagem (seguimento do acolhimento). Sendo, avaliado posteriormente, por profissional de enfermagem devidamente capacitado e define a classificação de acordo queixas ou sinais e sintomas, seguindo parâmetros similares ao Protocolo de Manchester, que classifica os pacientes nas cores:

Classificação de Risco baseado no Protocolo de Manchester

| C o r | Tempo do atendimento |
|-------------|--|
| Vermelho | 0 Minuto |
| Laranja | Em até 10 minutos |
| Verde | Em até 02 horas |
| Azul | Deve ser encaminhado para atenção primária ou atendido em até 04 horas |

SAMU (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - 192)

Consiste em um componente assistencial móvel que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar ao sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

O SAMU é um programa de âmbito Federal com responsabilidade tripartite seu acesso se dá através do número nacional 192, criado pelo Decreto Presidencial 5.055/2004, que acolhe e prestar socorro à população com agravos à saúde

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, tem por objetivo ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátrica mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade.

Unidades de Remoção no Município de Porto Nacional

| QUANTIDADE | TIPO DE AMBULÂNCIA | EQUIPE |
|------------|---|---|
| 01 | Unidade de Suporte Básico de Vida (USB) | Viatura tripulada por no mínimo 2(dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem. |

7. Vigilância em Saúde

Nessas últimas quatro décadas houve o aparecimento de grandes transformações nos perfis demográfico e epidemiológico da população brasileira no qual foram marcadas por um processo de industrialização e urbanização que determinaram essas transformações. Para acompanhar tais mudanças, o Ministério da Saúde criou, em 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que passou a congrega não só a vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não-transmissíveis, mas também a vigilância ambiental, a saúde do trabalhador, a análise da situação de saúde da população e a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Porto Nacional ciente de suas competências municipais referente a Vigilância em Saúde no qual os parâmetros estão previstos e relacionados na Portaria Ministerial nº 1.172 de 15 de junho de 2004, publicada pelo Ministério da Saúde, que regula a relação da vigilância entre os três entes federados.

O Município ainda é responsável, entre outras atribuições, as de atividades de notificação e busca ativa de doenças compulsórias, surtos e agravos inusitados; investigação de casos notificados em seu território; busca ativa de declaração de óbitos e de nascidos vivos; garantia a exames laboratoriais para o diagnóstico de doenças de notificação compulsória; monitoramento da qualidade da água para o consumo humano; captura de vetores e reservatórios; identificação e levantamento do índice de infestação; coordenação e execução das ações de vacinação de rotina, campanhas e vacinações; vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna; execução das ações básicas de vigilância sanitária; gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica; coordenação, execução e divulgação das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal; participação no financiamento das ações de vigilância em saúde e capacitação de recursos humanos.

O principal sistema de informação para Vigilância em Saúde é o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Este funciona, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, segundo a Portaria Ministerial nº 1.271, de 06 de junho de 2014.

A avaliação do SINAN é realizada pelo acompanhamento da oportunidade do encerramento das investigações, da completude do preenchimento das fichas de investigação, dos indicadores epidemiológicos, da regularidade do envio de lotes à Secretaria Estadual de Saúde, e posteriormente, ao Ministério da Saúde.

O monitoramento sistemático deste sistema, de forma descentralizada,

contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade.

É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções. Permite ainda a realização de um diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

7.1 Imunização

A princípio, a vacinação era uma atividade basicamente destinada às crianças. Atualmente, esta ação engloba toda a família: crianças, adolescentes, adultos e idosos. O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Imunizações (PNI) instituiu, no território nacional, o Calendário Básico de Vacinação, que determina as vacinas básicas de rotina para cada faixa etária.

Porto Nacional trabalha com esse indicador pois este é um dos elementos que nos permite avaliar a proteção da população contra os agravos imunopreveníveis. As coberturas vacinais podem ser calculadas para diversas vacinas e para diversos grupos populacionais. No entanto, nossa atenção é maior para o grupo de crianças, principalmente menores de 01 ano.

Coberturas vacinais abaixo ou acima do preconizado podem estar relacionadas a dificuldade de acesso da população à sala de vacina, falta de busca ativa de pacientes faltosos, áreas sem cobertura de agente de saúde, inconsistências nos registros de doses aplicadas nas salas de vacina ou a denominador inadequado para cálculo das coberturas vacinais (população superestimada ou subestimada).

As coberturas vacinais podem ser calculadas para diversas vacinas e para diversos grupos populacionais. No entanto, nossa atenção é maior para o grupo de crianças, principalmente menores de 01 ano.

Coberturas vacinais abaixo ou acima do preconizado podem estar relacionadas a dificuldade de acesso da população à sala de vacina, falta de busca ativa de pacientes faltosos, áreas sem cobertura de agente de saúde, inconsistências nos registros de doses aplicadas nas salas de vacina ou a denominador inadequado para cálculo das coberturas vacinais (população superestimada ou subestimada).

Vacina BCG

A vacina BCG protege em até 80% contra as formas graves da tuberculose e é uma das primeiras vacinas que o recém-nascido recebe, preferencialmente antes da alta hospitalar.

Nossas coberturas para a vacinação com BCG são satisfatórias, já que o percentual mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde é de 90%. Percentuais acima de 100% podem ser justificados pela vacinação de crianças residentes em outros municípios, que nasceram e foram vacinadas em Porto Nacional.

Em 2015 houve uma queda na cobertura para esta vacina devido às dificuldades do Ministério da Saúde em manter os estoques do imunobiológico. A distribuição do imunobiológico tem sido restabelecida gradativamente e o município tem conseguido manter a cobertura vacinal preconizada.

Tetra/Pentavalente, Poliomielite

A criança deverá cumprir o esquema básico (03 doses) para as vacinas Tetra/Pentavalente e Poliomielite aos 06 meses de vida. A cobertura mínima preconizada para estas vacinas é de 95%.

O esquema de vacinação para crianças menores de 01 ano continha as vacinas contra hepatite B e a vacina tetravalente (contra difteria, tétano, coqueluche e infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo B), as quais eram administradas separadamente em duas injeções.

A partir de agosto de 2012, houve a implantação da vacina Pentavalente, que é a junção da vacina tetravalente com a vacina contra hepatite B em uma única injeção. Isto proporcionou a diminuição do número de injeções na criança, bem como diminuiu os possíveis erros de registro de doses na sala de vacina.

Outra novidade também implantada, em agosto de 2012, foi o Esquema Sequencial VIP/VOP para a vacinação contra paralisia infantil. Até então, as crianças recebiam a vacina oral contra poliomielite-VOP em todo o esquema de vacinação. Agora o esquema vacinal é misto, as crianças recebem a 1ª e 2ª dose do esquema com a vacina inativada contra poliomielite – VIP (injetável) e a continuidade (3ª dose e reforço) é feita com a vacina oral.

O esquema de vacinação contra poliomielite está sendo modificado conforme a situação epidemiológica mundial da doença. Este novo esquema vacinal segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde para países que já conseguiram eliminar este agravo.

As mudanças ocorridas no calendário básico de vacinação da criança, no

último ano, geraram algumas dúvidas nos vacinadores e erros de registro nas salas de vacina, o que pode ter contribuído para o percentual de coberturas abaixo de 95%. Outros fatores como falta de cobertura de agente comunitário de saúde e a falta de busca ativa de crianças faltosas também contribuem para coberturas abaixo do preconizado.

Vacina contra Rotavírus Humano

A vacina contra o rotavírus tem a função de proteger as crianças contra diarreias causadas pelo rotavírus. Ela foi implantada na rotina de vacinação em 2006 para crianças menores de 06 meses de vida.

O Ministério da Saúde preconiza uma cobertura mínima de 90% para a 2ª dose desta vacina. No entanto, temos dificuldades para atingir este indicador, uma vez que há uma restrição de faixa etária para administração das doses.

Em 2014, houve a ampliação da idade para administração da 2ª dose da vacina, que antes era até 03 meses e 15 dias, e a partir de então, passou a ser até 07 meses e 29 dias. Isto representou uma pequena melhora nas coberturas vacinais para este imunobiológico.

Vacina Pneumo 10-Valente e Meningocócica Tipo C

As vacinas Pneumo 10-valente e Meningocócica tipo C foram implantadas no calendário vacinal da criança em abril e outubro de 2010, respectivamente. A faixa etária eleita para receber estes imunobiológicos são as crianças menores de 02 anos. A vacina Pneumo 10-valente protege contra 10 tipos do pneumococo, bactéria responsável por infecções respiratórias, pneumonias, otites e meningites. Já a vacina meningocócica tipo C protege contra meningites causadas pelo meningococo C.

Vacina contra Febre Amarela

A febre amarela é uma doença grave e com alta letalidade. A manutenção de coberturas vacinais adequadas é uma estratégia essencial de prevenção da doença.

O estado do Tocantins está localizado na região da Amazônia Legal, onde é indicada a vacinação contra a febre amarela. É preconizada a vacinação de 100% da população a partir dos 09 meses de vida devido ao risco de transmissão da doença.

Vacina Tríplice Viral

A vacina Tríplice Viral protege contra sarampo, caxumba e rubéola. O sarampo e a rubéola são doenças que estão eliminadas no nosso país e o alcance de coberturas

vacinais adequadas, acima de 95%, é um dos indicadores a serem cumpridos no Plano de Eliminação do Sarampo, no Plano de Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita.

Campanhas de Vacinação

Anualmente, o Ministério da Saúde promove três Campanhas Nacionais de Vacinação: Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza e 1ª e 2ª etapa da Campanha Nacional de Vacinação contra Paralisia Infantil.

A Campanha de Vacinação contra Influenza teve início em 1999 e, até 2010, seu público alvo era apenas a população idosa, a partir de 60 anos.

Após a descoberta do vírus Influenza A H1N1, em 2009, em que houve um maior conhecimento a respeito do vírus e dos grupos mais vulneráveis à doença, houve a ampliação da população a ser vacinada. Gestantes, crianças menores de 02 anos e profissionais da saúde foram eleitos como grupos prioritários para vacinação contra influenza. Em 2012, além destes, as puérperas até 45 dias pós-parto também foram incluídas no grupo de vacinação. A cobertura mínima preconizada é de 80%.

Além da vacinação contra Influenza, o Ministério da Saúde realizava, anualmente, 02 etapas da Campanha de Vacinação contra Paralisia Infantil, sempre nos meses de junho e agosto. A partir de 2012, considerando a situação epidemiológica da doença no Brasil e no mundo, passou-se a realizar apenas uma etapa da campanha.

A campanha de vacinação contra poliomielite, juntamente com a vacinação de rotina, foi uma estratégia fundamental para a eliminação da doença no nosso país. O último caso registrado foi em 1989.

7.2 Vigilância Epidemiológica de Agravos Imunopreveníveis

Influenza

A influenza é uma infecção viral que afeta principalmente o nariz, a garganta, os brônquios e, ocasionalmente, os pulmões. São conhecidos três tipos de vírus da influenza: A, B e C. O tipo A é o mais mutável entre os três.

No Brasil, temos o modelo de Vigilância Sentinela da Síndrome Gripal, que foi implantado no ano 2000.

Doenças Exantemáticas:

As doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) são agravos de notificação compulsória e imediata. No Brasil, os últimos casos autóctones de sarampo foram

registrados no ano 2000. Já os últimos casos de rubéola foram em 2009.

Coqueluche

A coqueluche é uma doença que estava sob controle no Brasil, mas, nos últimos anos, tem apresentado aumento no número de casos, com a ocorrência de surtos e óbitos.

Paralisia Flácida Aguda/ Poliomielite

A erradicação da poliomielite requer um Sistema de Vigilância Epidemiológica ativo e sensível, capaz de detectar e investigar imediatamente todos os casos de paralisia flácida de início súbito, em menores de 15 anos.

Apesar da eliminação da doença em nosso país, a vigilância sistemática das Paralisias Flácidas Agudas, de qualquer etiologia, é fundamental para o diagnóstico precoce de possíveis casos importados e autóctones de poliomielite, e posterior adoção de medidas de controle pertinentes e capazes de impedir sua disseminação.

Varicela

A varicela (catapora) é uma doença altamente contagiosa, causada pelo vírus varicela-zoster e que acomete, principalmente, menores de 15 anos de idade.

A varicela não é um agravo de notificação compulsória no nível nacional, porém os surtos decorrentes deste agravo em creches, pré-escolas, escolas, comunidade em geral, devem ser notificados ao Ministério da Saúde.

O estado do Tocantins instituiu a notificação compulsória deste agravo, pois há grande número de casos em nossa região, por vezes evoluindo com complicações e óbitos.

A varicela é conhecida como uma das doenças da infância e acomete especialmente crianças menores de 10 anos. Em Porto Nacional, observou-se uma maior ocorrência de notificações em menores de 15 anos, especialmente na faixa etária de 01-04 anos.

Difteria, Tétano Acidental, Tétano Neonatal:

Estes agravos estão sob controle no Brasil. No entanto, as ações de vigilância epidemiológica devem ser reforçadas junto às instituições de saúde e profissionais para que os casos sejam identificados rapidamente e as medidas de controle sejam realizadas

em tempo hábil, evitando a disseminação da doença e maiores prejuízos para a população.

Como principais avanços do Programa de Imunização, até 2015, destacamos:

Informatização das salas de vacina com a implantação do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, SI-PNI;

Capacitação dos profissionais das unidades de saúde para utilização do SI-PNI e instalação do sistema em todas as salas de vacina. A partir da informatização todas as unidades enviarão os relatórios pelo sistema de informação, eliminando o envio de relatórios impressos. Com a utilização do SI-PNI o registro de vacinação será feito por pessoa vacinada e não por dose administrada. Isto proporciona um registro individualizado permitindo que cada usuário tenha o seu histórico vacinal registrado na unidade;

7.3 Vigilância em Saúde Ambiental (VSA)

A Divisão de Vigilância em Saúde Ambiental tem por finalidade o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco e das doenças ou agravos relacionados à água para consumo humano, ar, solo, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, ambiente de trabalho e outros contaminantes ambientais além do controle dos vetores.

No município de Porto Nacional a Vigilância em Saúde Ambiental foi desmembrada em 2013, porém, a Secretaria Municipal de Saúde já realizava ações de vigilância, baseada no programa VIGIAGUA, por meio de cadastro, coleta, análises de água e envio de relatórios mensais, dentre outras realizados pela Vigilância Sanitária municipal.

Em cumprimento ao plano de trabalho da Vigilância Ambiental de Porto Nacional, citamos alguns dos serviços do setor :

VIGIAGUA - Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano;

VIGIPEQ - Vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos;

VIGIAGUA

O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo

Humano(VIGIAGUA) tem como objetivo desenvolver a vigilância da qualidade da água para consumo humano, de forma a garantir à população o acesso à água com qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente, como parte integrante das ações de prevenção dos agravos transmitidos pela água e de promoção da saúde, previstas no SUS, tendo como base legal a Portaria nº 2.914/2011, do Ministério da Saúde.

A vigilância da qualidade da água para consumo humano atua sobre as diferentes formas de abastecimento de água, seja de gestão pública ou privada, na área urbana ou rural, por meio das diversas atividades, ao qual destacamos:

Cadastro – registros das fontes de abastecimento de água. Estas fontes pertencem a três categorias:

Sistemas de Abastecimento de água (SAA);

Soluções Alternativas Coletivas (SAC);

Soluções Alternativas Individuais (SAI).

Inspeção Sanitária– Verificação das características de conservação das estações de tratamento de água. A inspeção é uma ação prioritária para a vigilância, pois propicia identificar possíveis pontos críticos no abastecimento que podem comprometer a qualidade da água e a saúde da população.

Coleta Permanente de água para monitoramento da potabilidade da água e avaliação dos possíveis riscos para a saúde humana.

Sistematização dos dados de controle e vigilância da qualidade da água do município e geração de relatórios, de forma a produzir informações necessárias à prática da vigilância da qualidade da água, além de ser uma importante ferramenta de gestão.

VIGIPEQ:

A vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes químicos (VIGIPEQ) vem ao encontro da preocupação mundial crescente relativa aos riscos à saúde pública, decorrentes da presença de contaminantes químicos nas águas subterrâneas e superficiais, no solo, no ar e na biota.

Suas ações consistem na identificação de populações susceptíveis à contaminação química, conhecimento e detalhamento das exposições, de modo a proteger e promover a saúde das populações expostas e potencialmente expostas a contaminantes químicos ambientais.

O VIGIPEQ apresenta três componentes da Vigilância em Saúde Ambiental:

Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (Vigisolo);

Vigilância em Saúde Ambiental relacionada a Substâncias Químicas (Vigiquim);

Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica (Vigiar).

Vigisolo:

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas em Áreas Contaminadas por Contaminantes Químicos tem como objetivo o desenvolvimento de ações visando recomendar e instituir medidas de promoção da saúde, e prevenção dos fatores de risco e agravos à saúde.

Seguindo o fluxo de atuação do Vigipeq, na etapa “Identificação” é realizada a identificação de áreas com populações expostas ou potencialmente expostas a contaminantes químicos.

Outro fator importante refere-se ao uso intenso de agrotóxicos na agricultura. O município de Porto Nacional através do setor de Vigilância Ambiental trabalha orientando os produtores quanto ao uso de agrotóxicos, com o intuito de minimizar a contaminação do solo e assim evitar o adoecimento da população.

Vigiquim:

O Vigiquim tem como objetivo definir estratégias de promoção da saúde, prevenção dos riscos e agravos e atenção integral à saúde de populações expostas a estas substâncias, bem como conduzir, no âmbito do setor saúde, as questões relacionadas à segurança química no Brasil.

Como forma de viabilizar a implantação da vigilância em saúde ambiental dos agravos

provocados pelos riscos químicos foram selecionadas cinco substâncias, classificadas pela Comissão Permanente de Saúde Ambiental (Copesa) e pela Comissão Nacional de Segurança

Química (Conasq), como prioritárias, devido aos riscos à saúde da população, sendo elas: agrotóxicos, mercúrio, amianto, benzeno e chumbo.

Vigiar:

A poluição do ar representa um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade, associando-se a vários efeitos deletérios sobre a saúde da população, mesmo quando em níveis considerados seguros pela legislação ambiental, sendo este um dos grandes causadores de mortes em todo o mundo (MASCARENHAS et al., 2008). As partículas geradas e os gases na atmosfera provocam agravos à saúde humana, pois atingem principalmente o sistema respiratório e circulatório (CARMO et al., 2010).

Conhecer a estatística de focos de calor possibilita a implementação de estratégias de prevenção aos danos causados à saúde da população, principalmente nos

grupos etários mais vulneráveis que são as crianças e os idosos. O município de Porto Nacional não possui uma legislação própria para controle da qualidade do ar, porém não é possível afirmar a inexistência de normas, tendo em vista a possibilidade de utilização dos padrões de qualidade ambiental estabelecidos pelo Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA), no âmbito do Programa Nacional da Qualidade do Ar (PRONAR), instituído pela Resolução no 05/1989.

Na época da seca, necessitam de atenção os efeitos no meio urbano dos incêndios nas fazendas, entre outros locais, devido aos ventos predominantes. Ocorrem também queimadas urbanas, devido à prática de queima de resíduos sólidos e também da utilização do fogo para limpeza dos terrenos. Assim, a qualidade do ar em Porto Nacional diminui no período seco. A baixa umidade do ar sazonal e o aumento da emissão de poluentes têm implicações na saúde da população com aumento dos atendimentos na unidade de saúde de todo o município.

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos tem como objetivo o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde dessas populações, visando recomendar e instituir medidas de promoção da saúde, de prevenção dos fatores de risco e de atenção integral à saúde.

7.4 Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)

O objetivo básico da do CCZ de Porto Nacional é desenvolver ações de controle da população de animais, prevenção e controle de zoonoses, prevenção e controle de fatores do meio ambiente ou dele decorrentes que tenham repercussão na saúde humana, bem como a promoção de saúde através de ações de mobilização social no município.

7.5 Controle de Vetores

O Controle de Vetores tem como finalidade responder pela implantação, implementação e execução dos programas de controle dos diversos vetores de importância em saúde no município; avaliar, supervisionar e controlar todas as atividades necessárias ao bom desempenho dos setores da coordenação, suas ações e atribuições, desenvolvendo trabalho integrado com as demais coordenações da Vigilância e Controle de Zoonoses. A coordenação é composta pelos setores de Controle dos Vetores da Dengue e Chikungunya e Controle dos vetores das Leishmanioses, Malária e Chagas.

O controle dos vetores da dengue e chikungunya é realizado através de:

Visita domiciliar – é realizada a inspeção domiciliar pelos agentes de endemias em todos os imóveis da zona urbana de Porto Nacional, onde é feito a eliminação e/ou tratamento dos criadouros do mosquito *Aedes aegypti*. Também é feito orientações aos moradores quanto às formas de prevenção e controle desse vetor.

Levantamento de índice rápido do *Aedes* – é realizada três vezes por ano, por amostragem em 5% dos imóveis do município, para verificação e quantificação do vetor nos mais variados recipientes, segundo metodologia proposta pelo Ministério da Saúde.

Pontos estratégicos – é realizado o tratamento químico mensal e visita quinzenal para tratamento, orientação e eliminação de criadouros nos locais com grande quantidade de material que serve de criadouro para o *Aedes aegypti*, como:borracharia, ferro velho, cemitério, lava jato, depósito de recicláveis e outros.

Bloqueio de transmissão de foco – ao receber a notificação de suspeita da doença, através da Vigilância Epidemiológica ou da busca pelos supervisores e agentes de endemias nas unidades de saúde de suas referências, a equipe realiza a investigação e eliminação de criadouros num raio de aproximadamente 150 metros.

As ações de prevenção e controle das Leishmanioses ocorrem por meio do manejo ambiental, através de visitas domiciliares para orientação a respeito dos hábitos do vetor e eliminação de criadouros; e do controle químico, para redução de flebotomíneos através do uso de inseticidas. São realizadas as borrifações pelos agentes de endemias nas residências localizadas em áreas de transmissão moderada e intensa para Leishmaniose Visceral humana de acordo com a estratificação epidemiológica anual.

O controle químico também é realizado nos casos confirmados de malária, após pesquisa para averiguação da presença de *Anopheles*. Caso confirme-se a presença desse vetor, realiza-se o controle químico residual em um raio de 200 m a partir do endereço do caso.

Para o controle do vetor da Doença de Chagas realiza-se a busca em todas as localidades da zona rural e nas localidades em que se encontra o vetor. Se após os exames for constatado que o mesmo se encontra infectado, realiza-se o controle químico da localidade.

7.6 Estabelecimentos sujeitos as Ações de Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária corresponde a um conjunto de ações capazes de prevenir, diminuir ou eliminar riscos à saúde, bem como intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio-ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de

serviços de interesse da saúde” (Lei Orgânica da Saúde 8080 de 19/09/1990, no art. 6º Inciso 1º).

QUADRO 1 - Relação de estabelecimentos cadastrados e sujeitos a inspeção sanitária do município de Porto Nacional - TO

| Estabelecimento | Nº Unidades Cadastradas | Meta de Inspeção (%) | Responsável | Período de Execução | Meio de Verificação |
|--|-------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------|----------------------------------|
| ABRIGOS – ILPIS | 02 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| ACADEMIAS | 07 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| AÇOUGUES | 09 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| BARES | 40 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| BUFFET | 05 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| CAPS II | 01 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| CASA DE EVENTOS | 01 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| CASAS DE FARINHA | 03 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| CCZ | 01 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| CEME/SAE | 02 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| CENTRO DE ENSINO | 04 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| CLINICA MÉDICA | 13 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| CLÍNICAS DE ESTÉTICA | 03 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| CLÍNICAS DE FISIOTERAPIA | 08 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| CLÍNICAS DE TRÂNSITO | 02 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| CLUBES RECREATIVOS | 04 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| COMERCIAL/MERCADINHO | 23 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| COMERCIO VAREJISTA DE PRODUTOS ODONTOLÓGICOS | 01 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| COMUNIDADE TERAPÊUTICA | 01 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS | 57 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| CONSULTÓRIOS MÉDICO | 24 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| COSMÉTICOS | 09 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| DISTRIBUIDORA/ATACADISTA | 45 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| DROGARIAS | 30 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| ESCOLAS ESTADUAIS / MUNICIPAIS | 45 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| ESCOLAS PARTICULARES | 10 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| ESTÁDIO DE FUTEBOL | 01 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| FABRICA DE GELADOS COMESTÍVEIS | 01 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| FUNERÁRIAS | 06 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| HOTEL | 12 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| LABORATÓRIOS CLÍNICOS | 06 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| LABORATÓRIOS DE ENSINO | 04 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| LABORATÓRIOS DE PRÓTESE DENTÁRIA | 01 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| LANCHONETES | 46 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |

| | | | | | |
|----------------------------------|------------|------|--------------------------|----------------|----------------------------------|
| MERCEARIA | 35 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| MINI BOX | 13 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| MOTEL | 02 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| OTICAS | 06 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| PANIFICADORA | 15 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| PEG PAG | 10 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| PEIXARIA | 05 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| PET SHOP | 02 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| PIZZARIA | 02 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| RESTAURANTES /CHURRASCARIAS | 29 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| SALÃO DE BELEZA / CABELELEIRO | 49 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| SAMU | 01 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| SEMUS | 01 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| SERVIÇOS DE DEDETIZAÇÃO | 04 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| SORVETERIA | 06 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| SUPERMERCADOS | 42 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| SUPLEMENTOS ALIMENTARES | 03 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE | 16 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| UPA | 01 | 100% | Equipe da VISA Municipal | Jan a dez/2017 | Termo de Visita e/ou Notificação |
| TOTAL | 669 | | | | |

7.7 Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde, normatizado pela Portaria nº 2.681/GM/MS, de 7 de novembro de 2013, e redefinido pela Portaria nº 1.707/GM/MS, de 26 de setembro de 2016, tem o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, por meio de espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, denominados polos.

Os polos são espaços públicos de saúde da Atenção Básica construídos ou designados para o desenvolvimento das ações previstas e planejadas para o Programa. O polo deverá estar localizado na área de abrangência do estabelecimento de saúde de referência no âmbito da Atenção Básica, compondo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) local, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). O Ministério da Saúde repassa aos municípios incentivo financeiro de duas naturezas: 1. Investimento – destinado à construção dos polos.

O município PORTO NACIONAL está habilitado para a implantação do Programa por meio de construção de polo ou polo identificado como similar ao Programa Academia da Saúde.

Informações referentes à implantação do Programa Academia da Saúde com **construção de polo(s)**.

| Ano de habilitação da proposta | Número | Situação | Valor | Valor | Situação |
|--------------------------------|--------|----------|-------|-------|----------|
|--------------------------------|--------|----------|-------|-------|----------|

| de construção | da proposta | da obra | empenhado | Pago | para o custeio |
|---------------|-------------------|----------------|------------|------------|----------------|
| 2013 | 11315054000113014 | Obra concluída | 180.000,00 | 180.000,00 | Apto |

Fonte: Sistema de Propostas do Fundo Nacional de Saúde e Sistema de Monitoramento de Obras

8. Atenção à Pessoa com Deficiência

Em Porto Nacional a gestão firmou um convênio com Associação Regional de Pessoa com Deficiência do município ARDEF-TO, onde pretende garantir serviços de reposição de peças, manutenção corretiva e preventiva em geral de cadeiras de rodas motorizada ou manual dos usuários do Sistema Único de Saúde, residente no município de Porto Nacional, conforme política municipal e atos normativos da Secretaria Municipal de Saúde .

O convênio, visa proporcionar apoio logístico na manutenção de rotina, conserto e substituição de peças de cadeiras de rodas motorizadas e manuais de pessoa com deficiência e/ou necessidades especiais, por meio da Política Municipal de Acessibilidade dos Usuários do SUS, a aquisição de peças e manutenção de cadeiras de rodas manuais e motorizadas se faz necessária para que os portadores de necessidades especiais de Porto Nacional que fazem uso deste equipamento possa superar barreiras de locomoção, mobilidade, acessibilidade e habilidades de aprendizado, favorecendo sua inclusão social e buscando promover melhor acesso dos referidos usuários aos serviços de saúde.

No Brasil as deficiências eram vistas como um peso para a família, pois portador de necessidades especiais não conseguiam nem ao menos sair de casa pela falta de acessibilidade. Dificilmente iam para a escola e raramente conseguiam um emprego.

Atualmente a cada dia, 500 brasileiros tornam-se deficientes físicos, mas as deficiências ainda são vistas como uma realidade muito distante para muitas pessoas. Segundo o dicionário Aurélio, a deficiência é definida como "falta, falha, imperfeição, insuficiência".

Se formos pensar em todos os tipos de deficiência como a deficiência mental, visual, auditiva ou ainda comportamental, emocional, financeira, esses números se tornam assustadores. Vendo por esse prisma, todo indivíduo tem um tipo de deficiência e terá alguma deficiência física se viver o bastante.

Mas é difícil aceitar esse fato, pois as deficiências ainda suscitam fortes emoções. No Brasil, há 10 anos vem sendo feito um trabalho de inclusão de todo tipo de pessoa à sociedade e muita coisa está melhorando, através da melhora em tecnologias,

reabilitação, leis, acessibilidade, transporte, emprego.

Visivelmente já existe uma forte mudança na maneira de tratar a pessoa diferente, evitando se referir a ela através de termos com significado negativo, por exemplo: idiota, imbecil, tolo, aleijado, etc; e não mais mostrando os maus dos contos infantis, novelas, filmes e desenhos animados como sujeitos com algum tipo de deficiência, como ocorria antigamente. Hoje já existe uma mentalidade de respeito às diferenças. Com todo esse avanço ficou claro que a verdadeira força está na mente.

Algumas deficiências trazem também alterações cognitivas como alteração no pensamento, dificuldades na memória, na atenção, percepção, raciocínio, planejamento, distúrbios de aprendizado, entre outras, sendo necessário uma avaliação de um psicólogo com experiência em reabilitação de pacientes neurológicos, para fazer um mapeamento de suas dificuldades e um levantamento de suas habilidades e posteriormente sua colocação no mercado de trabalho.

A partir de então, vários instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, destacando-se as Leis n.º 7.853/89, n.º 10.048/00, n.º 10.098/00 e n.º 8.080/90 – a chamada Lei Orgânica da Saúde –, bem como os Decretos n.º 3.298/99 e n.º 5.296/04. Em seu artigo 23, capítulo II, a Constituição determina que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”. Já a Lei n.º 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; bem como a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiências e desenvolvidos com a participação da sociedade.

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), constantes da Lei Orgânica da Saúde, destacam-se o relativo “à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (art. 7.º, incisos I, II, III e IV).

Diante disso, foi aprovado no Conselho Municipal de Saúde o convênio entre a Associação Regional das Pessoas com Deficiência e Fundo Municipal de Saúde, cujo objeto do convenio é : a manutenção preventiva e corretiva dos cadeirantes usuários

inscritos na política acima citada.

Os serviços serão disponibilizados aos usuários inscritos na Política Municipal de Acessibilidade dos Usuários do SUS, mediante convênio formalizado entre a Associação Regional das Pessoas com Deficiência e Fundo Municipal de Saúde, direcionada exclusivamente aos usuários residentes no município. Conforme cadastro prévio a ser realizado no serviço social da SEMUS, obedecendo critérios que serão apresentados na relação de documentos exigidos pela Secretaria Municipal de Saúde para efetuação do cadastro.

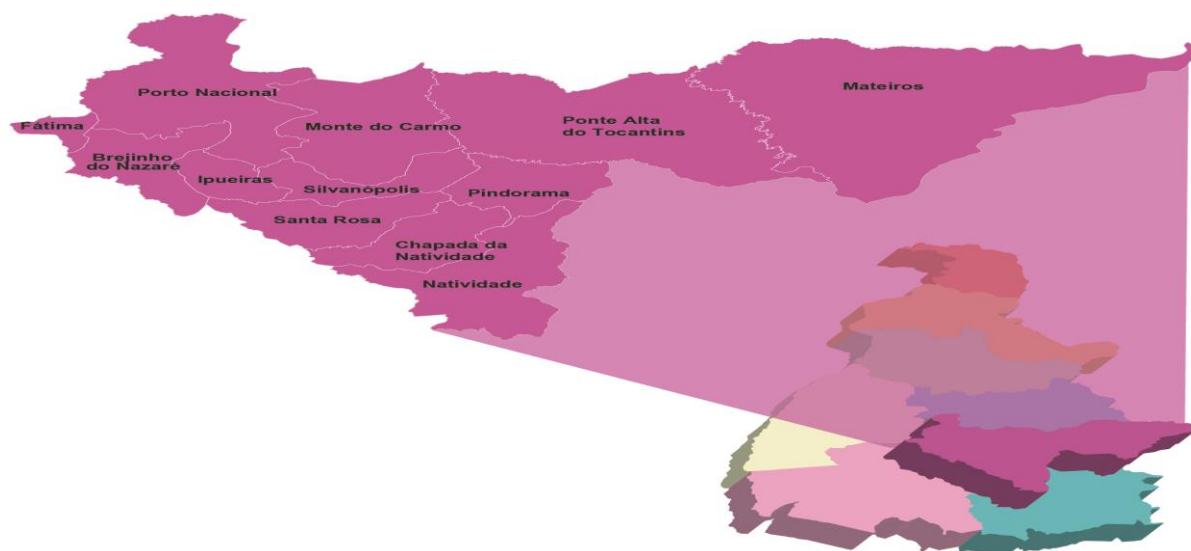
9. Rede Física Municipal

| Mantenedora: | | Responsável - PORTO NACIONAL | | |
|--|---|---|--|------------------|
| Nome Empresarial | | CNPJ: | | |
| PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL | | 00299198000156 | | |
| Logradouro: | | Número: | Complemento: | Bairro: |
| RUA MURILO BRAGA | | 1887 | | CENTRO |
| Município: | CEP: | UF: | Região de Saúde: | Telefone: |
| PORTO NACIONAL | 77500000 | TO | 001 | 3363 6000 |
| Agência: | | Conta Corrente: | Natureza Jurídica: | |
| 11177 | | 141348 | ORGAO PUBLICO DO PODER EXECUTIVO MUNICIPAL | |
| Tipo do Fundo: | | CNPJ do Fundo: | | |
| Estadual | | | | |
| Mantidos | | | | |
| CNES | Nome Fantasia | Razão Social | | |
| 6350488 | SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE DE PORTO NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL | | |
| 2468581 | CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS CEME | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL | | |
| 7009011 | REGULACAO DE CONSULTAS E EXAMES | FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE PORTO NACIONAL | | |
| 7299729 | UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE PORTO NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL | | |
| 5891868 | SERVICO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO | PREFETURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL | | |
| 5623979 | CENTRO DE SAUDE UNIDADE BASICA LUZIMANGUES PORTO NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NAACIONAL | | |
| 5020190 | VIGILANCIA SANITARIA | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL | | |
| 2468573 | CENTRO DE SAUDE DR EDUARDO MANZANO | COMSAUDE COMUNIDADE DE SAUDE DESENVOLVIMENTO E EDUCACAO | | |
| 2468468 | UNIDADE DE SAUDE ESCOLA BRASIL PORTO NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL PORTO NACIONAL | | |
| 2468484 | USF VILA NOVAII PORTO NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL | | |
| 2468417 | USF NANA PRADO C SOUZA P NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL | | |

| | | |
|---------|--|---|
| 2468506 | USF MARIA LOPES PORTO NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL |
| 2658925 | USF MARIA DA CONCEICAO F MOURA AIRES DE PORTO NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL |
| 2658895 | CAPS CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL DE PORTO NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL |
| 2468395 | CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLOGICA PORTO NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL |
| 2468530 | UNIDADE DE SAUDE DR CARLOS A FERREIRA REIS P NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL |
| 2468565 | UNIDADE DE SAUDE MAE EUGENIA PORTO NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL |
| 2468549 | USF BRIGADEIRO EDUARDO GOMES PORTO NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPLA DE PORTO NACIONAL |
| 2468433 | USF EUDOXIA DE OLIVEIRA NEGRE | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL |
| 2468476 | USF BLANDINA DE O NEGRE PORTO NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL |
| 2468441 | UNIDADE DE SAUDE ALTO DA COLINA P NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL |
| 7008988 | SAMU 192 | PREFEITURA MUNICIPAL DE SAUDE DE PORTO NACIONAL |
| 6875858 | UBS MARIA DA CONCEICAO PEREIRA DA SILVA CEICA | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL |
| 2468492 | UNIDADE DE SAUDE PINHEIROPOLIS PORTO NACIONAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL |
| 5948452 | UNIDADE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL |
| 7062184 | FARMACIA BASICA MUNICIPAL | PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL |
| 7641591 | UBS ISADORA CHAVES MOURA | PREFEITURA MUNICIPAL DE SAUDE |
| 9276157 | ACADEMIA DE SAUDE DE PORTO NACIONAL | MUNICIPIO DE PORTO NACIONAL |
| TOTAL | | 28 |

O Município de Porto Nacional possui 28 estabelecimentos públicos cadastrado no Sistema de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES), monitorado pelo Ministério da Saúde; onde 16(dezesseis) são Unidades Básicas de Saúde, 1(uma) Secretaria Municipal de Saúde,1(um) Centro de Especialidades Medicas,1 (Uma) Central de Regulação e Exames, 1 (Uma) Unidade de Pronto Atendimento,1(Um) Serviço Ambulatorial Especializado,1 (Uma) Vigilância Sanitária, 1 (Uma) Vigilância Epidemiológica,1 (Um) Centro de Atenção Psicossocial,1(Um) Centro de Especialidades Odontológica , 1(Um) Serviço Móvel de Urgência e 1(Uma) Academia da Saúde.

10. Informações sobre Regionalização



A Região Amor Perfeito possui uma população de 103.350 habitantes¹,

distribuída em 13 municípios, a saber: Brejinho de Nazaré, Chapada da Natividade, Fátima, Ipueiras, Mateiros, Monte do Carmo, Natividade, Oliveira de Fátima, Pindorama, Ponte Alta do TO, Porto Nacional, Santa Rosa do Tocantins, Silvanópolis. A Região apresenta uma densidade demográfica de 2,82 habitantes/km², sendo que 7 dos seus municípios possuem população menor que 5.000 habitantes. A Região compreende 7,470% da população do Estado.

As referências em Saúde para a Região Amor Perfeito são Porto Nacional e Palmas, onde estão localizados os principais Hospital de Referência Estadual dessa área de abrangência.

| População por município da Região Amor Perfeito nos períodos de 2010 a 2015 | | |
|--|----------------|-----------------|
| Municípios | População 2010 | População 2015* |
| Brejinho de Nazaré | 5.185 | 5.451 |
| Chapada da Natividade | 3.277 | 3.363 |
| Fátima | 3.805 | 3.886 |
| Ipueiras | 1.639 | 1.881 |
| Mateiros | 2.223 | 2.524 |
| Monte do Carmo | 6.716 | 7.535 |
| Natividade | 9.000 | 9.291 |
| Oliveira de Fátima | 1.037 | 1.098 |
| Pindorama do Tocantins | 4.506 | 4.547 |
| Ponte Alta do Tocantins | 7.180 | 7.793 |
| Porto Nacional | 49.146 | 52.182 |
| Santa Rosa do Tocantins | 4.568 | 4.794 |
| Silvanópolis | 5.068 | 5.345 |
| TOTAL | 103.350 | 109.690 |

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS.

* Estimativa 2015

Percentual da População por faixa etária, por município da Região Amor Perfeito, Tocantins, 2010.

| <1 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80 e + | Município |
|-----|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-----------------------|
| 1,7 | 7,6 | 10,1 | 11,0 | 10,0 | 15,2 | 13,7 | 11,0 | 8,3 | 5,9 | 3,2 | 1,6 | Amor Perfeito |
| 1,6 | 6,9 | 10,0 | 10,0 | 10,9 | 16,4 | 13,4 | 11,1 | 8,0 | 5,8 | 3,8 | 2,1 | Brejinho de Nazaré |
| 1,5 | 7,2 | 9,9 | 11,6 | 10,3 | 14,0 | 12,5 | 12,7 | 8,3 | 7,2 | 3,4 | 1,4 | Chapada da Natividade |
| 1,2 | 6,3 | 10,1 | 11,2 | 8,7 | 16,1 | 15,0 | 11,2 | 8,8 | 6,0 | 3,8 | 1,6 | Fátima |
| 2,0 | 7,7 | 11,2 | 10,4 | 8,2 | 17,8 | 14,0 | 9,9 | 8,0 | 6,4 | 3,0 | 1,3 | Ipueiras |
| 2,7 | 9,9 | 11,5 | 12,7 | 11,8 | 15,8 | 13,7 | 9,6 | 5,8 | 3,8 | 1,7 | 1,1 | Mateiros |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-------------------------|
| 1,7 | 8,0 | 9,6 | 11,1 | 10,7 | 13,4 | 13,2 | 10,9 | 10,3 | 6,2 | 3,6 | 1,3 | Monte do Carmo |
| 1,8 | 7,3 | 8,8 | 10,9 | 10,5 | 16,4 | 13,4 | 11,5 | 8,4 | 5,8 | 3,2 | 2,0 | Natividade |
| 1,3 | 7,9 | 10,4 | 11,4 | 7,6 | 16,8 | 16,2 | 9,5 | 7,8 | 6,0 | 3,4 | 1,8 | Oliveira de Fátima |
| 1,8 | 7,7 | 10,4 | 10,0 | 10,3 | 15,6 | 12,9 | 11,9 | 9,1 | 6,1 | 2,7 | 1,3 | Pindorama |
| 1,9 | 7,7 | 10,2 | 10,8 | 10,3 | 16,1 | 12,9 | 11,6 | 8,3 | 5,7 | 3,2 | 1,5 | Ponte Alta do Tocantins |
| 1,7 | 7,0 | 9,1 | 10,1 | 10,4 | 19,1 | 15,2 | 11,1 | 7,6 | 4,7 | 2,8 | 1,3 | Porto Nacional |
| 1,6 | 7,9 | 11,3 | 12,7 | 9,4 | 13,7 | 12,5 | 11,2 | 8,9 | 5,9 | 3,0 | 1,9 | Santa Rosa |
| 1,6 | 7,3 | 8,7 | 10,6 | 10,6 | 14,8 | 13,3 | 10,5 | 8,9 | 7,4 | 4,2 | 2,1 | Silvanópolis |

Fonte: IBGE/censo 2010

Percentual da população por situação do domicílio e sexo, por município da Região Amor Perfeito, 2010.

| População dos Municípios/Região de Saúde - Amor Perfeito | Total | Distribuição percentual (%) | | | |
|--|------------------|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | | Situação do domicílio | | Sexo | |
| | | Urbana | Rural | Homem | Mulher |
| Região Amor Perfeito | 103 350 | 69,01 | 30,99 | 52,39 | 47,61 |
| Tocantins | 1 383 445 | 65,55 | 34,45 | 52,04 | 47,96 |
| Brejinho de Nazaré | 5 185 | 80,91 | 19,09 | 50,13 | 49,87 |
| Chapada da Natividade | 3 277 | 50,53 | 49,47 | 54,68 | 45,32 |
| Fátima | 3 805 | 82,39 | 17,61 | 50,17 | 49,83 |
| Ipueiras | 1 639 | 58,45 | 41,55 | 52,72 | 47,28 |
| Mateiros | 2 223 | 63,74 | 36,26 | 53,40 | 46,60 |
| Monte do Carmo | 6 716 | 42,90 | 57,10 | 53,62 | 46,38 |
| Natividade | 9 000 | 79,94 | 20,06 | 51,07 | 48,93 |
| Oliveira de Fátima | 1 037 | 78,78 | 21,22 | 53,23 | 46,77 |
| Pindorama do Tocantins | 4 506 | 65,40 | 34,60 | 52,93 | 47,07 |
| Ponte Alta do Tocantins | 7 180 | 63,05 | 36,95 | 54,03 | 45,97 |
| Porto Nacional | 49 146 | 86,34 | 13,66 | 49,89 | 50,11 |
| Santa Rosa do Tocantins | 4 568 | 64,51 | 35,49 | 52,78 | 47,22 |
| Silvanópolis | 5 068 | 80,13 | 19,87 | 52,39 | 47,61 |

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. Resultados do Universo.

Percentual da população por etnia, por município da Região Amor Perfeito, Tocantins, 2010.

| Municípios/Regiões de Saúde | BRA NCA | PRE TA | AMAR ELA | PARD A | INDIGEN A |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| TOCANTINS | 25,0 | 9,1 | 1,8 | 63,0 | 1,1 |
| REGIÃO DE SAÚDE AMOR PERFEITO | 16,4 | 11,2 | 1,4 | 65,0 | 0,1 |
| Brejinho de Nazaré | 12,9 | 1,0 | 1,4 | 3,3 | 0,2 |
| Chapada da Natividade | 14,3 | 16,2 | 0,1 | 69,3 | 0,1 |
| Fátima | 23,4 | 5,2 | 2,7 | 68,7 | 0,0 |
| Ipueiras | 12,9 | 3,7 | 0,0 | 83,0 | 0,4 |
| Mateiros | 13,1 | 14,5 | 4,8 | 67,6 | 0,0 |

| | | | | | |
|-------------------------|------|------|-----|------|-----|
| Monte do Carmo | 12,7 | 11,6 | 1,4 | 74,2 | 0,1 |
| Natividade | 14,4 | 16,3 | 1,2 | 68,0 | 0,0 |
| Oliveira de Fátima | 24,1 | 6,9 | 0,2 | 68,1 | 0,1 |
| Pindorama | 24,1 | 12,6 | 0,1 | 63,2 | 0,0 |
| Ponte Alta do Tocantins | 17,0 | 11,2 | 1,7 | 70,1 | 0,0 |
| Porto Nacional | 22,5 | 13,5 | 2,5 | 61,3 | 0,3 |
| Santa Rosa | 8,2 | 12,7 | 1,4 | 77,7 | 0,0 |
| Silvanópolis | 13,5 | 16,1 | 0,3 | 70,1 | 0,0 |

Fonte: IBGE/Censo 2010

Esperança de Vida Ao Nascer, Taxa de fecundidade total e Taxa de envelhecimento, por município, Região Amor Perfeito, Tocantins, Brasil, 1991, 2000 e 2010.

| Localidade | Esperança de vida ao nascer | | | Taxa de fecundidade total | | | Taxa de envelhecimento | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|--------------|--------------|---------------------------|-------------|-------------|------------------------|-------------|-------------|
| | 1991 | 2000 | 2010 | 1991 | 2000 | 2010 | 1991 | 2000 | 2010 |
| Brasil | 64,73 | 68,61 | 73,94 | 2,88 | 2,37 | 1,89 | 4,83 | 5,83 | 7,36 |
| Tocantins | 60,32 | 66,28 | 72,56 | 3,96 | 2,95 | 2,41 | 3,78 | 4,53 | 5,82 |
| REGIÃO DE SAÚDE AMOR PERFEITO | 60,57 | 65,96 | 73,23 | 5,14 | 3,46 | 2,75 | 4,16 | 5,39 | 7,45 |
| Brejinho de Nazaré | 58,94 | 66,95 | 74,20 | 4,11 | 2,56 | 2,46 | 4,64 | 6,73 | 8,52 |
| Chapada da Natividade | 60,79 | 66,73 | 73,84 | 5,54 | 3,18 | 3,09 | 4,88 | 5,28 | 7,78 |
| Fátima | 60,43 | 66,73 | 73,75 | 3,27 | 2,89 | 2,26 | 3,80 | 5,28 | 7,86 |
| Ipueiras | 61,44 | 64,53 | 72,81 | 5,46 | 4,34 | 3,04 | 3,84 | 3,86 | 6,83 |
| Mateiros | 63,93 | 68,49 | 74,39 | 7,71 | 4,94 | 2,85 | 3,55 | 4,07 | 4,50 |
| Monte do Carmo | 58,02 | 65,14 | 73,49 | 4,98 | 3,46 | 3,35 | 3,29 | 5,74 | 7,61 |
| Natividade | 60,63 | 67,79 | 75,81 | 4,94 | 3,17 | 2,28 | 5,01 | 5,89 | 8,00 |
| Oliveira de Fátima | 58,54 | 65,11 | 72,86 | 3,57 | 2,86 | 2,70 | 3,41 | 5,74 | 7,81 |
| Pindorama do Tocantins | 60,28 | 64,28 | 68,97 | 5,23 | 3,17 | 2,84 | 4,00 | 4,80 | 6,86 |
| Ponte Alta do Tocantins | 61,71 | 64,57 | 71,72 | 6,53 | 4,12 | 3,06 | 4,12 | 5,62 | 7,37 |
| Porto Nacional | 63,39 | 67,48 | 74,56 | 3,58 | 2,30 | 2,24 | 3,71 | 4,74 | 6,25 |
| Santa Rosa do Tocantins | 61,25 | 64,37 | 71,77 | 6,74 | 4,65 | 2,78 | 4,89 | 5,89 | 7,49 |
| Silvanópolis | 58,02 | 65,28 | 73,84 | 5,16 | 3,33 | 2,79 | 4,93 | 6,48 | 9,91 |

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/2015.

Taxa de analfabetismo e alfabetismo, por município da Região Amor Perfeito, 1991, 2000 e 2010.

| Localidade | Taxa de analfabetismo | | | Taxa alfabetismo | | |
|------------------|-----------------------|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|
| | 1991 | 2000 | 2010 | 1991 | 2000 | 2010 |
| Brasil | 19,3 | 12,8 | 9,4 | 80,7 | 87,2 | 90,6 |
| Norte | 24 | 15,6 | 11,1 | 76 | 84,4 | 88,9 |
| Tocantins | 30,2 | 17,8 | 12,9 | 69,8 | 82,2 | 87,1 |

| REGIÃO DE SAÚDE AMOR PERFEITO | 31,6 | 21,1 | 17,0 | 68,4 | 78,9 | 83,0 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Brejinho de Nazaré | 33,8 | 20,6 | 18,4 | 66,2 | 79,4 | 81,6 |
| Chapada da Natividade | - | 19,9 | 20,6 | - | 80,1 | 79,4 |
| Fátima | 17,9 | 14,4 | 15,4 | 82,1 | 85,6 | 84,6 |
| Ipueiras | - | 17,9 | 16,6 | - | 82,1 | 83,4 |
| Mateiros | - | 35,5 | 24,8 | - | 64,5 | 75,2 |
| Monte do Carmo | 34,4 | 21,1 | 19,5 | 65,6 | 78,9 | 80,5 |
| Natividade | 35,9 | 24,8 | 17,7 | 64,1 | 75,2 | 82,3 |
| Oliveira de Fátima | - | 21,5 | 17,2 | - | 78,5 | 82,8 |
| Pindorama | 32,2 | 18,1 | 13,6 | 67,8 | 81,9 | 86,4 |
| Ponte Alta do Tocantins | 34,6 | 22,1 | 15,1 | 65,4 | 77,9 | 84,9 |
| Porto Nacional | 18,6 | 13,9 | 7,9 | 81,4 | 86,1 | 92,1 |
| Santa Rosa | 41,4 | 21,3 | 18,3 | 58,6 | 78,7 | 81,7 |
| Silvanópolis | 35,2 | 23 | 15,9 | 64,8 | 77 | 84,1 |

Fonte: Mapa da Saúde, 2013.

PIB per capita e PIB por município da Região Amor Perfeito, Tocantins, 2010-2012.

| Região de Saúde/Município | PIB per capita (R\$) | | | Produto Interno Bruto - PIB (R\$ 1.000) | | |
|---------------------------|----------------------|------------------|------------------|---|---------------------|---------------------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Amor Perfeito | 12.244,54 | 14.069,96 | 14.006,67 | 1.265.472,80 | 1.463.556,80 | 1.465.937,50 |
| Brejinho de Nazaré | 11.298,41 | 13.925,45 | 13.435,57 | 58.582,30 | 72.537,70 | 70.294,90 |
| Chapada da Natividade | 10.869,30 | 11.210,23 | 12.896,40 | 35.618,70 | 36.747,10 | 42.274,40 |
| Fátima | 9.569,86 | 10.338,19 | 10.453,83 | 36.413,30 | 39.305,80 | 39.714,10 |
| Ipueiras | 11.442,89 | 14.362,36 | 15.136,82 | 18.754,90 | 24.071,30 | 25.899,10 |
| Mateiros | 31.704,12 | 44.976,82 | 36.413,39 | 70.478,20 | 102.007,40 | 84.151,30 |
| Monte do Carmo | 14.745,87 | 15.673,69 | 15.224,55 | 99.033,30 | 107.098,30 | 105.749,70 |
| Natividade | 7.723,22 | 9.021,83 | 8.898,52 | 69.509,00 | 81.295,70 | 80.273,50 |
| Oliveira de Fátima | 12.067,18 | 11.451,52 | 12.802,58 | 12.513,70 | 11.955,40 | 13.429,90 |
| Pindorama do Tocantins | 7.608,47 | 8.106,92 | 8.487,74 | 34.283,80 | 36.424,40 | 38.016,60 |
| Ponte Alta do Tocantins | 7.002,29 | 7.390,95 | 7.821,96 | 50.276,40 | 53.643,50 | 57.358,50 |
| Porto Nacional | 13.651,43 | 15.161,04 | 15.261,15 | 670.913,30 | 749.940,70 | 759.608,40 |
| Santa Rosa do Tocantins | 11.105,19 | 13.301,65 | 14.406,87 | 50.728,50 | 61.028,00 | 66.372,50 |
| Silvanópolis | 11.516,85 | 17.173,99 | 16.170,82 | 58.367,40 | 87.501,50 | 82.794,60 |

Fonte: Datasus/IBGE, 2015.

Percentual de origem da renda, por município da Região Amor Perfeito, 1991 e 2000.

| Localidade | % de Renda proveniente do trabalho | | % de Renda proveniente de Transferências Governamentais | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------|---|-------------|
| | 1991 | 2000 | 1991 | 2000 |
| BRASIL | 83,3 | 69,8 | 10,3 | 14,7 |
| REGIÃO NORTE | 85,6 | 70,8 | 6,0 | 10,0 |
| TOCANTINS | 88,3 | 69,8 | 6,4 | 10,1 |
| REGIÃO DE SAÚDE AMOR PERFEITO | 88,8 | 54,5 | 6,6 | 13,1 |
| Brejinho de Nazaré | 84,3 | 64,7 | 7,1 | 13,6 |
| Chapada da Natividade | 89,5 | 41,1 | 7,1 | 10,2 |
| Fátima | 92,0 | 65,2 | 5,6 | 12,5 |
| Ipueiras | 89,4 | 56,7 | 5,3 | 7,2 |
| Mateiros | 85,7 | 37,2 | 10,0 | 14,0 |
| Monte do Carmo | 88,7 | 48,1 | 4,6 | 12,2 |
| Natividade | 86,5 | 60,0 | 8,3 | 13,5 |
| Oliveira de Fátima | 93,2 | 61,1 | 5,9 | 12,1 |
| Pindorama do Tocantins | 90,4 | 53,8 | 5,4 | 17,6 |
| Ponte Alta do Tocantins | 86,8 | 49,0 | 8,8 | 19,4 |
| Porto Nacional | 90,9 | 68,6 | 5,5 | 11,2 |
| Santa Rosa do Tocantins | 88,1 | 46,3 | 5,4 | 13,4 |
| Silvanópolis | 88,5 | 56,5 | 6,9 | 13,3 |

Fonte: IPEA-2012

IDH municipal, Região Amor Perfeito, Tocantins, 1991, 2000 e 2010.

| Localidade | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal | | |
|--------------------------------------|--|--------------|--------------|
| | 1991 | 2000 | 2010 |
| Brasil | 0,493 | 0,612 | 0,727 |
| Tocantins | 0,369 | 0,525 | 0,699 |
| REGIÃO DE SAÚDE AMOR PERFEITO | 0,304 | 0,445 | 0,649 |
| Brejinho de Nazaré | 0,346 | 0,487 | 0,686 |
| Chapada da Natividade | 0,239 | 0,401 | 0,620 |
| Fátima | 0,412 | 0,543 | 0,697 |
| Ipueiras | 0,160 | 0,384 | 0,620 |
| Mateiros | 0,147 | 0,281 | 0,607 |
| Monte do Carmo | 0,302 | 0,413 | 0,622 |
| Natividade | 0,336 | 0,476 | 0,673 |
| Oliveira de Fátima | 0,340 | 0,496 | 0,675 |
| Pindorama do Tocantins | 0,315 | 0,423 | 0,605 |
| Ponte Alta do Tocantins | 0,320 | 0,461 | 0,624 |
| Porto Nacional | 0,424 | 0,562 | 0,740 |
| Santa Rosa do Tocantins | 0,285 | 0,410 | 0,595 |
| Silvanópolis | 0,330 | 0,451 | 0,675 |

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/2015.

11 Gestão em Saúde

11.1 Identificação do Fundo Municipal de Saúde

| | |
|-------------------------------------|--|
| Razão Social : | Fundo Municipal de Saúde de Porto |
| CNPJ do Fundo Municipal de Saúde: | 11.315.054/0001-62 |
| Endereço da Secretaria Municipal de | Av. Presidente Kennedy – 1055 Centro |
| CEP: | 77.500 – 000 |
| Telefone: | (063) 3363-5392 |
| E-mail: | nacional@saude.to.gov.br |
| Nome da Gestora do Fundo : | Anna Crystina Mota Brito Bezerra |
| Data da Posse | 02 de Janeiro de 2017, através do Decreto nº 06. |
| Período de Gestão: | 2017 a 2020 |

Decreto de Nomeação da Gestora do Fundo Municipal de Saúde de Porto Nacional



DECRETO N.º. 06/2017, DE 01 DE JANEIRO DE 2017.

Antônio Carlos
Procurador de Município

DISPÕE SOBRE NOMEAÇÃO DE SECRETÁRIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO NACIONAL E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PREFEITO MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL, Estado do Tocantins, no uso de suas atribuições legais, que lhe confere a Lei Orgânica Municipal,

DECRETA

Art. 1º - Fica nomeada a Senhora **ANNA CRYSTINA MOTA BRITO BEZERRA** para o cargo de Secretária Municipal da Saúde do Município de Porto Nacional.

Art. 2º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Palácio Tocantins, Gabinete do Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal de Porto Nacional, Estado do Tocantins, ao 1º dia do mês de janeiro de 2017.

Joaquim Maia Leite Neto
JOAQUIM MAIA LEITE NETO
Prefeito Municipal de Porto Nacional - TO

Otacílio Ribeiro de Sousa Neto
OTACILIO RIBEIRO DE SOUSA NETO
Procurador Geral

RECORRIDO DE NOTAS DE

TADETONATO PIRETON
Rua...
20221444-20221444-V5
Autenticação
Porto Nacional - TO, 01 de Janeiro de 2017
Carilê Nelyda Nascimento - Emverna
Fones: 853 3.36

11.2 Financiamento do SUS

A Constituição Federal, assim estabelece:

“Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- participação da comunidade”.

A Lei nº 8.080/90, a Lei nº 8.142/90 e, a novel Lei nº 141/2012 regularam as transferências intergovernamentais de recursos da saúde para o financiamento do SUS: “Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos”.

Assim, para transferência regular e automática de recursos intergovernamentais no âmbito do SUS deve ser por meio de fundo-a-fundo. Dentre outros, para receberem repasses os Municípios devem apresentar Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão e suas respectivas prestações de contas junto aos órgãos de Controle Externo, em especial o Conselho Municipal de Saúde, comprovar o funcionamento do Fundo de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde e atender aos limites mínimos constitucionais de gastos com ações e serviços de saúde em seus respectivos orçamentos.

Deverá haver a compatibilidade entre os instrumentos de gestão do SUS, PMS, PAS e RAG e os instrumentos de planejamento orçamentário, o PPA, a LDO e a LOA. Esta gestão cumpre todos estes preceitos.

As ações, as atividades, valores previstos, fonte e temporalidade de execução serão detalhados na Programação Anual e a execução dos mesmos serão demonstrados no Relatório de Gestão do mesmo ano, os quais deverão obrigatoriamente ser submetidos ao Conselho Municipal de Saúde.

O financiamento do SUS deve ser tripartite, ou seja, união, estado e município.

Na Programação Anual, LDO e LOA pode ser observado como é previsto este financiamento para custeio das ações e serviços de saúde. De acordo com as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º da Lei Complementar nº 141/2012, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aplicados na saúde, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

O Fundo Municipal de Porto Nacional foi instituído através da Lei nº 1300, de 11 de Junho de 1991, cujo CNPJ é 11.315.054/001-62. Por sua vez o Conselho Municipal de Saúde foi instituído através da Lei 1.307 de 18/06/1991. A Secretária Municipal de Saúde foi designada para a função de Gestora do Municipal de Saúde em 02 de Janeiro de 2017, através do Decreto nº 06.

Demonstrativos da Lei de Responsabilidade Fiscal de 2014 a 2016

Ano 2014

Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal

| | | |
|---------------|--|---------------------------|
| UF: Tocantins | RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL Exercício de 2014 Dados Homologados em 09/08/17 15:04:31 | MUNICÍPIO: Porto Nacional |
|---------------|--|---------------------------|

RREO - ANEXO 12 (LC141/2012, art.35) R\$ 1,00

| RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | PREVISÃO INICIAL | PREVISÃO ATUALIZADA (a) | RECEITAS REALIZADAS | |
|--|------------------|-------------------------|---------------------|-------------|
| | | | Até o Bimestre (b) | % (b/a)x100 |
| RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I) | 22.432.500,00 | 22.432.500,00 | 19.864.554,01 | 88,55 |
| Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU | 3.200.000,00 | 3.200.000,00 | 2.788.391,11 | 87,13 |
| Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI | 1.600.000,00 | 1.600.000,00 | 1.880.729,26 | 117,54 |
| Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS | 16.500.000,00 | 16.500.000,00 | 12.513.596,85 | 75,83 |
| Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF | 850.000,00 | 850.000,00 | 798.140,65 | 93,89 |
| Imposto Territorial Rural - ITR | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos | 241.000,00 | 241.000,00 | 172.664,58 | 71,64 |
| Dívida Ativa dos Impostos | 0,00 | 0,00 | 779.499,64 | 0,00 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa | 41.500,00 | 41.500,00 | 931.531,92 | 2.244,66 |
| RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II) | 35.466.000,00 | 35.466.000,00 | 34.005.638,79 | 95,88 |
| Cota-Parte FPM | 19.420.000,00 | 19.420.000,00 | 19.463.240,56 | 100,22 |
| Cota-Parte ITR | 150.000,00 | 150.000,00 | 280.480,62 | 186,98 |
| Cota-Parte IPVA | 3.000.000,00 | 3.000.000,00 | 2.443.735,03 | 81,45 |
| Cota-Parte ICMS | 12.800.000,00 | 12.800.000,00 | 11.808.318,34 | 92,25 |
| Cota-Parte IPI-Exportação | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais | 96.000,00 | 96.000,00 | 9.864,24 | 10,27 |
| Desoneração ICMS (LC 87/96) | 96.000,00 | 96.000,00 | 9.864,24 | 10,27 |
| Outras | | | | 0,00 |
| TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (III) = I + II | 57.898.500,00 | 57.898.500,00 | 53.870.192,80 | 93,04 |

| RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | PREVISÃO INICIAL | PREVISÃO ATUALIZADA (c) | RECEITAS REALIZADAS | |
|---|------------------|-------------------------|---------------------|-------------|
| | | | Até o Bimestre (d) | % (d/c)x100 |
| TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS | 15.525.158,00 | 15.525.158,00 | 12.462.907,01 | 80,28 |
| Provenientes da União | 15.201.158,00 | 15.201.158,00 | 12.332.933,01 | 81,13 |
| Provenientes dos Estados | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Provenientes de Outros Municípios | 200.000,00 | 200.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Receitas do SUS | 124.000,00 | 124.000,00 | 129.974,00 | 104,82 |
| TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS | 11.013.000,00 | 11.013.000,00 | 1.900.133,34 | 17,25 |
| RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | 26.538.158,00 | 26.538.158,00 | 14.363.040,35 | 54,12 |

| DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (e) | DESPESAS EXECUTADAS | | |
|--|-----------------|------------------------|-------------------------------|---|-----------|
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (f) | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (g) | % (f+g)/e |
| DESPESAS CORRENTES | 22.242.383,00 | 28.528.210,97 | 22.399.189,29 | 631.403,22 | 80,73 |
| Pessoal e Encargos Sociais | 11.352.100,00 | 13.396.474,02 | 11.950.053,40 | 0,00 | 89,20 |
| Juros e Encargos da Dívida | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Despesas Correntes | 10.890.283,00 | 15.131.736,95 | 10.449.135,89 | 631.403,22 | 73,23 |
| DESPESAS DE CAPITAL | 12.675.400,00 | 8.954.415,20 | 2.650.416,21 | 0,00 | 29,60 |
| Investimentos | 12.648.500,00 | 8.950.763,70 | 2.650.416,21 | 0,00 | 29,61 |
| Inversões Financeiras | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Amortização da Dívida | 26.900,00 | 3.651,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (IV) | 34.917.783,00 | 37.482.626,17 | | 25.681.008,72 | 68,51 |

| DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS | | |
|---|-----------------|--------------------|-------------------------------|---|---------------------|
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (h) | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (i) | % [(h+i) / IV(f+g)] |
| DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO UNIVERSAL | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS | N/A | 26.920.291,82 | 16.238.485,76 | 594.010,72 | 65,54 |
| Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS | N/A | 20.510.608,60 | 14.979.779,70 | 594.010,72 | 60,64 |
| Recursos de Operações de Crédito | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outros Recursos | N/A | 6.409.683,22 | 1.258.706,06 | 0,00 | 4,90 |
| OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA ¹ | N/A | N/A | N/A | 19.956,58 | 0,08 |
| DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS ² | N/A | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO QUE NÃO FOI APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES ³ | N/A | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (V) | 0,00 | 26.920.291,82 | | 16.852.453,06 | 65,62 |

| | | | |
|---|---------------|--------------|---|
| TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VI) = [(IV(f+g)-V(h+i))] | 10.562.334,35 | 8.828.555,66 | - |
|---|---------------|--------------|---|

| | |
|--|-------|
| PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (VII%) = [VI(h+i) / IIIb x 100] - LIMITE CONSTITUCIONAL 15% ⁴ | 16,39 |
|--|-------|

| | |
|--|------------|
| VALOR REFERENTE A DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL [VI(h+i)-(15*IIIb)/100] | 748.026,74 |
|--|------------|

| EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA | INSCRITOS | CANCELADOS / PRESCRITOS | PAGOS | A PAGAR | PARCELA CONSIDERADA NO LIMITE |
|---|-----------|-------------------------|-------|---------|-------------------------------|
| Inscritos em 2014 | 0,00 | N/A | N/A | N/A | 0,00 |
| Inscritos em 2013 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Inscritos em 2012 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Total | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| CONTROLE DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAIXA CONFORME ARTIGO 24,§ 1º e 2º | RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS | | |
|--|---|---|----------------------------|
| | Saldo Inicial | Despesas custeadas no exercício de referência (j) | Saldo Final (Não Aplicado) |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2014 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2013 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2012 | N/A | N/A | N/A |
| Total (VIII) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| CONTROLE DO VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 e 26 | LIMITE NÃO CUMPRIDO | | |
|--|---------------------|---|----------------------------|
| | Saldo Inicial | Despesas custeadas no exercício de referência (k) | Saldo Final (Não Aplicado) |
| Diferença de limite não cumprido em 2013 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Total (IX) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Ano 2015

Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal

| | |
|--|----------------------------------|
| UF: Tocantins | MUNICÍPIO: Porto Nacional |
| RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL Exercício de 2015 Dados Homologados em 01/02/16 09:14:11 | |

RREO - ANEXO 12 (LC141/2012, art.35) R\$ 1,00

| RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | PREVISÃO INICIAL | PREVISÃO ATUALIZADA (a) | RECEITAS REALIZADAS | |
|--|------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|
| | | | Até o Bimestre (b) | % (b/a)x100 |
| RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I) | 23.408.882,00 | 23.911.725,00 | 25.741.685,80 | 107,65 |
| Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU | 4.500.000,00 | 4.500.000,00 | 4.277.837,38 | 95,06 |
| Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI | 2.132.000,00 | 2.132.000,00 | 1.888.762,79 | 88,59 |
| Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS | 13.910.300,00 | 13.910.300,00 | 15.304.382,72 | 110,02 |
| Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF | 661.826,00 | 661.826,00 | 722.119,78 | 109,11 |
| Imposto Territorial Rural - ITR | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos | 299.169,00 | 299.169,00 | 243.188,91 | 81,28 |
| Dívida Ativa dos Impostos | 904.264,00 | 1.507.107,00 | 1.461.595,76 | 96,98 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa | 1.001.323,00 | 901.323,00 | 1.843.798,46 | 204,57 |
| RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II) | 38.617.842,00 | 38.590.305,00 | 39.750.432,05 | 103,00 |
| Cota-Parte FPM | 21.348.929,00 | 21.348.929,00 | 20.697.133,19 | 96,94 |
| Cota-Parte ITR | 477.537,00 | 450.000,00 | 376.411,04 | 83,64 |
| Cota-Parte IPVA | 3.000.000,00 | 3.000.000,00 | 3.092.106,87 | 103,07 |
| Cota-Parte ICMS | 13.695.376,00 | 13.695.376,00 | 15.532.616,05 | 113,41 |
| Cota-Parte IPI-Exportação | 0,00 | 0,00 | 40.000,00 | 0,00 |
| Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais | 96.000,00 | 96.000,00 | 12.164,90 | 12,67 |
| Desoneração ICMS (LC 87/96) | 96.000,00 | 96.000,00 | 12.164,90 | 12,67 |
| Outras | | | | |
| TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (III) = I + II | 62.026.724,00 | 62.502.030,00 | 65.492.117,85 | 104,78 |
| RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | PREVISÃO INICIAL | PREVISÃO ATUALIZADA (c) | RECEITAS REALIZADAS (d) | % (d/c)x100 |
| TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS | 19.584.030,00 | 27.021.115,00 | 15.231.854,45 | 56,37 |
| Provenientes da União | 19.449.030,00 | 26.519.030,00 | 15.114.881,80 | 56,99 |
| Provenientes dos Estados | 0,00 | 315.000,00 | 0,00 | 0,00 |
| Provenientes de Outros Municípios | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Receitas do SUS | 135.000,00 | 187.085,00 | 116.972,65 | 62,52 |
| TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | 19.584.030,00 | 27.021.115,00 | 15.231.854,45 | 56,37 |

| DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (e) | DESPESAS EXECUTADAS | | |
|---|-----------------|------------------------|-------------------------------|---|-----------|
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (f) | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (g) | % (f+g)/e |
| DESPESAS CORRENTES | 27.409.444,00 | 29.274.080,60 | 26.632.084,90 | 109.512,81 | 91,35 |
| Pessoal e Encargos Sociais | 13.457.183,00 | 14.634.937,02 | 14.464.680,46 | 0,00 | 98,84 |
| Juros e Encargos da Dívida | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Despesas Correntes | 13.952.261,00 | 14.639.143,58 | 12.167.404,44 | 109.512,81 | 83,86 |
| DESPESAS DE CAPITAL | 8.817.711,00 | 2.949.434,40 | 1.002.579,74 | 0,00 | 33,99 |
| Investimentos | 8.817.711,00 | 2.945.959,40 | 1.002.579,74 | 0,00 | 34,03 |
| Inversões Financeiras | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Amortização da Dívida | 0,00 | 3.475,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (IV) | 36.227.155,00 | 32.223.515,00 | | 27.744.177,45 | 86,10 |

| DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS | | |
|---|-----------------|--------------------|-------------------------------|---|---------------------|
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (h) | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (i) | % [(h+i) / IV(f+g)] |
| DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO UNIVERSAL | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS | N/A | 0,00 | 16.550.192,26 | 99.220,81 | 60,01 |
| Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS | N/A | 0,00 | 16.550.192,26 | 99.220,81 | 60,01 |
| Recursos de Operações de Crédito | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outros Recursos | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA ¹ | N/A | N/A | N/A | 0,00 | |
| DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS ² | N/A | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO QUE NÃO FOI APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES ³ | N/A | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (V) | N/A | 0,00 | | 16.649.413,07 | 60,01 |

| | | | |
|---|---------------|---------------|---|
| TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VI) = [(IV(f+g)-V(h+i))] | 32.223.515,00 | 11.094.764,38 | - |
|---|---------------|---------------|---|

| | |
|--|-------|
| PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (VII%) = [VI(h+i) / IIIb x 100] - LIMITE CONSTITUCIONAL 15% ⁴ | 16,94 |
|--|-------|

| | |
|--|--------------|
| VALOR REFERENTE A DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL [VI(h+i)-(15*IIIb)/100] | 1.270.946,70 |
|--|--------------|

| EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA | INSCRITOS | CANCELADOS / PRESCRITOS | PAGOS | A PAGAR | PARCELA CONSIDERADA NO LIMITE |
|---|-----------|-------------------------|----------|---------|-------------------------------|
| Inscritos em 2015 | 0,00 | N/A | N/A | N/A | 0,00 |
| Inscritos em 2014 | 2.700,23 | 0,00 | 2.700,23 | 0,00 | 0,00 |
| Inscritos em 2013 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Inscritos em 2012 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Total | 2.700,23 | 0,00 | 2.700,23 | 0,00 | 0,00 |

| CONTROLE DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAIXA CONFORME ARTIGO 24,§ 1º e 2º | RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS | | |
|--|---|---|----------------------------|
| | Saldo Inicial | Despesas custeadas no exercício de referência (j) | Saldo Final (Não Aplicado) |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2015 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2014 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2013 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2012 | N/A | N/A | N/A |
| Total (VIII) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| CONTROLE DO VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 e 26 | LIMITE NÃO CUMPRIDO | | |
|--|---------------------|---|----------------------------|
| | Saldo Inicial | Despesas custeadas no exercício de referência (k) | Saldo Final (Não Aplicado) |
| Diferença de limite não cumprido em 2014 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Diferença de limite não cumprido em 2013 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Total (IX) | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS | | |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------|---|----------------------------|
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (l) | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (m) | % [(l+m) / total(l+m)]x100 |
| Atenção Básica | 15.705.705,00 | 13.043.492,54 | 10.565.298,07 | 248,00 | 38,08 |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial | 10.614.450,00 | 9.143.450,63 | 7.819.033,19 | 109.264,81 | 28,58 |
| Suporte Profilático e Terapêutico | 650.000,00 | 759.361,41 | 458.751,63 | 0,00 | 1,65 |
| Vigilância Sanitária | 535.000,00 | 428.580,55 | 381.549,71 | 0,00 | 1,38 |
| Vigilância Epidemiológica | 422.000,00 | 399.842,98 | 310.137,07 | 0,00 | 1,12 |
| Alimentação e Nutrição | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Subfunções | 8.300.000,00 | 8.448.786,89 | 8.099.894,97 | 0,00 | 29,19 |
| TOTAL | 36.227.155,00 | 32.223.515,00 | | 27.744.177,45 | 100,00 |

Ano 2016

Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal

| | | |
|----------------------|---|----------------------------------|
| UF: Tocantins | RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DEMONSTRATIVO DAS RECEITAS E DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL Exercício de 2016 Dados Homologados em 20/02/17 10:08:28 | MUNICÍPIO: Porto Nacional |
|----------------------|---|----------------------------------|

RREO - ANEXO 12 (LC141/2012, art.35) RS 1,00

| RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE | PREVISÃO INICIAL | PREVISÃO ATUALIZADA (a) | RECEITAS REALIZADAS | |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|-----------------|
| | | | Até o Bimestre (b) | % (b / a) x 100 |
| RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I) | 31.919.865,00 | 31.919.865,00 | 22.835.927,86 | 71,54 |
| Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU | 6.219.633,00 | 6.219.633,00 | 3.996.142,91 | 64,25 |
| Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI | 2.235.933,00 | 2.235.933,00 | 2.689.698,16 | 120,29 |
| Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS | 17.956.114,00 | 17.956.114,00 | 12.340.355,68 | 68,72 |
| Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF | 855.402,00 | 855.402,00 | 972.929,48 | 113,73 |
| Imposto Territorial Rural - ITR | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos | 407.389,00 | 407.389,00 | 162.720,74 | 39,94 |
| Dívida Ativa dos Impostos | 1.903.583,00 | 1.903.583,00 | 2.440.610,57 | 128,21 |
| Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa | 2.341.811,00 | 2.341.811,00 | 233.470,32 | 9,96 |
| RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II) | 44.988.809,00 | 44.988.809,00 | 43.482.555,78 | 96,66 |
| Cota-Parte FPM | 23.146.581,00 | 23.146.581,00 | 22.488.102,42 | 97,15 |
| Cota-Parte ITR | 450.000,00 | 450.000,00 | 353.624,37 | 78,58 |
| Cota-Parte IPVA | 4.056.564,00 | 4.056.564,00 | 3.971.834,67 | 97,91 |
| Cota-Parte ICMS | 17.322.039,00 | 17.322.039,00 | 16.633.459,30 | 96,02 |
| Cota-Parte IPI-Exportação | 0,00 | 0,00 | 24.097,10 | 0,00 |
| Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais | 13.625,00 | 13.625,00 | 11.437,92 | 83,94 |
| Desoneração ICMS (LC 87/96) | 13.625,00 | 13.625,00 | 11.437,92 | 83,94 |
| Outras | | | | |
| TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (III) = I + II | 76.908.674,00 | 76.908.674,00 | 66.318.483,64 | 86,24 |

| RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | PREVISÃO INICIAL | PREVISÃO ATUALIZADA (c) | RECEITAS REALIZADAS | |
|--|----------------------|-------------------------|----------------------|-----------------|
| | | | Até o Bimestre (d) | % (d / c) x 100 |
| TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS | 21.849.430,00 | 21.849.430,00 | 17.030.052,85 | 77,94 |
| Provenientes da União | 21.514.430,00 | 21.514.430,00 | 16.397.850,27 | 76,21 |
| Provenientes dos Estados | 200.000,00 | 200.000,00 | 524.573,24 | 262,29 |
| Provenientes de Outros Municípios | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Receitas do SUS | 135.000,00 | 135.000,00 | 107.629,34 | 79,72 |
| TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| OUTRAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL RECEITAS ADICIONAIS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE | 21.849.430,00 | 21.849.430,00 | 17.030.052,85 | 77,94 |

| DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA (e) | DESPESAS EXECUTADAS | | |
|---|----------------------|------------------------|-------------------------------|---|--------------|
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (f) | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (g) | % (f+g)/e |
| DESPESAS CORRENTES | 28.618.320,00 | 30.391.729,96 | 27.691.279,53 | 0,00 | 91,11 |
| Pessoal e Encargos Sociais | 13.114.587,00 | 15.028.827,01 | 14.925.569,48 | 0,00 | 99,31 |
| Juros e Encargos da Dívida | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Despesas Correntes | 15.503.733,00 | 15.362.902,95 | 12.765.710,05 | 0,00 | 83,09 |
| DESPESAS DE CAPITAL | 4.550.075,00 | 2.776.665,04 | 872.111,16 | 0,00 | 31,41 |
| Investimentos | 4.545.075,00 | 2.776.665,04 | 872.111,16 | 0,00 | 31,41 |
| Inversões Financeiras | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Amortização da Dívida | 5.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (IV) | 33.168.395,00 | 33.168.395,00 | 28.563.390,69 | | 86,12 |

| DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EXECUTADAS | | |
|---|---|---|-------------------------------|---|-------------------------------|
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (h) | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (i) | % [(h+i) / IV(f+g)] |
| DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS | N/A | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DESPESA COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE NÃO ATENDE AO PRINCÍPIO DE ACESSO UNIVERSAL | N/A | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS | N/A | | 15.529.057,69 | 0,00 | 54,37 |
| Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS | N/A | | 15.529.057,69 | 0,00 | 54,37 |
| Recursos de Operações de Crédito | N/A | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outros Recursos | N/A | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| OUTRAS AÇÕES E SERVIÇOS NÃO COMPUTADOS | N/A | | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS INDEVIDAMENTE NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA ¹ | N/A | N/A | N/A | 0,00 | |
| DESPESAS CUSTEADAS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA VINCULADA AOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS ² | N/A | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DESPESAS CUSTEADAS COM RECURSOS VINCULADOS À PARCELA DO PERCENTUAL MÍNIMO QUE NÃO FOI APLICADA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES ³ | N/A | N/A | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE NÃO COMPUTADAS (V) | | N/A | | 15.529.057,69 | 54,37 |
| TOTAL DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (VI) = [(IV(f+g)-V(h+i))] | | N/A | | 13.034.333,00 | - |
| PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SOBRE A RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (VII%) = (VI / IIIb x 100) - LIMITE CONSTITUCIONAL 15% ⁴ e 5 | | | | | 19,65 |
| VALOR REFERENTE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR EXECUTADO E O LIMITE MÍNIMO CONSTITUCIONAL [(VII - (15*IIIb)/100)] ⁶ | | | | | 3.086.560,45 |
| EXECUÇÃO DE RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE DE CAIXA | INSCRITOS | CANCELADOS/PRESCRITOS | PAGOS | A PAGAR | PARCELA CONSIDERADA NO LIMITE |
| Inscritos em 2016 | 0,00 | N/A | N/A | N/A | 0,00 |
| Inscritos em 2015 | 10.292,00 | 0,00 | 10.292,00 | 0,00 | 0,00 |
| Inscritos em 2014 | 2.700,23 | 0,00 | 2.700,23 | 0,00 | 0,00 |
| Inscritos em 2013 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Inscritos em 2012 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Total | 12.992,23 | 0,00 | 12.992,23 | 0,00 | 0,00 |
| CONTROLE DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS PARA FINS DE APLICAÇÃO DA DISPONIBILIDADE DE CAIXA CONFORME ARTIGO 24,§ 1º e 2º | RESTOS A PAGAR CANCELADOS OU PRESCRITOS | | | | |
| | Saldo Inicial | Despesas custeadas no exercício de referência (j) | Saldo Final (Não Aplicado) | | |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2016 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2015 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2014 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2013 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Restos a Pagar Cancelados ou Prescritos em 2012 | N/A | N/A | N/A | | |
| Total (VIII) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| CONTROLE DE VALOR REFERENTE AO PERCENTUAL MÍNIMO NÃO CUMPRIDO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES PARA FINS DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS VINCULADOS CONFORME ARTIGOS 25 e 26 | LIMITE NÃO CUMPRIDO | | | | |
| | Saldo Inicial | Despesas custeadas no exercício de referência (k) | Saldo Final (Não Aplicado) | | |
| Diferença de limite não cumprido em 2015 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Diferença de limite não cumprido em 2014 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Diferença de limite não cumprido em 2013 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| Total (IX) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | |
| DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção) | DOTAÇÃO INICIAL | DOTAÇÃO ATUALIZADA | DESPESAS EMPENHADAS | | |
| | | | Liquidadas Até o Bimestre (l) | Inscritas em Restos a Pagar não Processados (m) | % [(l+m) / total(l+m)]x100 |
| Atenção Básica | 13.343.492,00 | 11.617.196,73 | 10.116.627,84 | 0,00 | 35,42 |
| Assistência Hospitalar e Ambulatorial | 9.385.536,00 | 11.932.108,91 | 9.074.686,12 | 0,00 | 31,77 |
| Suporte Profilático e Terapêutico | 859.361,00 | 410.866,36 | 273.858,89 | 0,00 | 0,96 |
| Vigilância Sanitária | 528.580,00 | 307.894,67 | 294.064,27 | 0,00 | 1,03 |
| Vigilância Epidemiológica | 499.000,00 | 506.159,36 | 412.009,61 | 0,00 | 1,44 |
| Alimentação e Nutrição | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Outras Subfunções | 8.552.426,00 | 8.394.168,97 | 8.392.143,96 | 0,00 | 29,38 |
| TOTAL | 33.168.395,00 | 33.168.395,00 | | 28.563.390,69 | 100,00 |

11.4 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

O quadro do Município de Porto Nacional até setembro de 2017 era o descrito no quando abaixo.

| VINCULO EMPREGATÍCIO | |
|---|--------------|
| TIPO | TOTAL |
| Servidores Efetivos | 305 |
| Efetivados | 99 |
| Contratos por tempo determinado | 210 |
| Comissionados | 56 |
| Prestadores de Serviço | 96 |
| Servidores Cedidos do Estado | 21 |
| Servidores Cedidos Ministério da Saúde | 74 |
| TOTAL | 861 |

Fonte: RH SEMUS/Setembro de 2017

11.5 Educação Permanente em Saúde

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Porto Nacional tem por função planejar, organizar e fornecer apoio às ações de Educação Permanente em Saúde. Estas ações são articuladas com todas as diretorias da SEMUS e executadas no âmbito dos serviços.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A Regulamentação da política de educação permanente em saúde de Porto Nacional; originou-se no intuito de aperfeiçoar, ampliar e agregar conhecimentos dos servidores acerca dos problemas enfrentados nos diversos âmbitos da saúde; seja ele na Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Média e Alta Complexidade e Gestão do SUS. Entre outros proporcionando articulação entre o ensino e aprendizagem diante das necessidades vivenciadas nas áreas de Saúde do Município de Porto Nacional. O Núcleo de Educação Permanente em Saúde tem como principal função atender os profissionais

da Saúde que estão envolvidos no processo de trabalho. É importante oficializar o processo de certificação do município para os cursos básicos/livres ministrados pela (SEMUS) Secretaria Municipal de Saúde.

De acordo com a portaria GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007, a Educação Permanente é definida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações de trabalho, propondo que os processos de capacitações dos Despertar corresponsabilidade de todos os envolvidos na construção e desenvolvimento da agenda integrada de atividades educativas. trabalhadores da área da saúde tomem como referência as necessidades da saúde das pessoas e do controle social em saúde, intencionando a transformação das práticas profissionais e da própria organização de trabalho.

A discussão do Plano Municipal de Educação Permanente surgiu através da elaboração do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde. Nessa discussão foram levantadas pelas áreas técnicas da SEMUS de Porto Nacional as demandas Educacionais.

O Projeto para implantação do Núcleo de Educação Permanente foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Nacional no dia 11 de Abril de 2012. Através da lei/decreto/resolução foi criada a Política de Educação Permanente na Secretaria de Saúde SEMUS, ligada ao Planejamento e a Educação em Saúde PSE.

Abaixo a Resolução do Conselho Municipal de Saúde, aprovação da criação da política de Educação Permanente em Saúde de Porto Nacional.

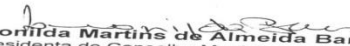
RESOLUÇÃO Nº. 45 DE 11 DE ABRIL DE 2012.

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde, em sua ducentésima decima primeira reunião ordinária, realizada aos 09 dias do mês maio de dois mil e doze, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelas Leis Federais 8.080/90 de 19 de Setembro de 1990 e pela Lei nº. 8.142 de 28 de Dezembro de 1990 e a Lei Municipal 1.820/05.


RESOLVE:

- 1 – Aprovar o Projeto de **IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE** em Porto Nacional – TO.

Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.


Leonilda Martins de Almeida Barros
 Presidenta do Conselho Municipal de Saúde
 Porto Nacional – TO.
 Presidenta do CMS

Homologo a Resolução do CMS nº. 45, de 09 de maio de 2012
 nos termos da Lei Municipal nº. 1.820/05.


Leonilda Martins de Almeida Barros
 Secretária Municipal de Saúde
 Porto Nacional – TO.
 Secretária Municipal de Saúde
 Decreto de Nº 06 de 20/12/2011

Os profissionais do município foram capacitado no ano de 2017 em relação a :

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------|--------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|------------------------|-----------------|------------------|----------------------|
| ATENÇÃO BÁSICA | Introdutório | Imunização | Saúde Do Idoso | Hanseníase | Tuberculose | Hipertensão E Diabetes | Saúde Da Mulher | Saúde Da Criança | Saúde Do Adolescente |
| VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA | Violências | Sinan | Codificação De Óbitos | Leishmanioses | Tuberculose | Hanseníase | Dengue | Doença De Chagas | Ists |
| VIGILÂNCIA AMBIENTAL | Rg/Sisloc | Vacinação Canina | Raiva | Leishmanioses | Leitura De Larvas | Ações De Campo Dengue | Vigiagua | Doença De Chagas | Sisfad |
| VIGILÂNCIA SANITÁRIA | Sinavisa | Inspeção Alimentos | Processo Sanitário | Inspeção Serviços | Compra Direta | Ações Básicas De Visa | - | - | - |

11.6 Planejamento

A criação do SUS, resultante do movimento de reforma sanitária, que reivindicava que o Estado assumisse maiores compromissos com a saúde, constituiu-se um grande avanço para a população, de modo o acesso aos serviços e ações deveria se dar de forma universal e igualitária, e em uma rede hierarquizada.

Por meio da Constituição Federal de 1988, foram estabelecidos os

instrumentos de planejamento de gestão, aos quais deveriam se submeter os órgãos da administração pública. Deflagrando o processo de planejamento, a fim de que pudessem ser programados os recursos financeiros necessários à execução das atividades em cada setor (despesas e investimentos, entre outros), em consonância com a receita arrecadada, em cada ente federado. Estabeleceram-se, então:

- Plano Plurianual (PPA),
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)
- Lei Orçamentária Anual (LOA).

A Constituição Federal prevê em seu art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Por sua vez, até então o SUS tinha sido criado, mas não regulamentado, o que ocorreu com a sanção da Lei 8.080/1990, além dos instrumentos de gestão pública (PPA, LDO e LOA) e da necessidade de realização de planejamento em todos os níveis de governo, tornou-se evidente a necessidade de que fosse interiorizada ao setor saúde a lógica do planejamento, por meio de um sistema articulado.

A referida lei estabeleceu a lógica de ascendência do planejamento e orçamento no SUS para a elaboração dos planos de saúde (do nível local até o federal), os quais deveriam ser utilizados para a formulação das programações de saúde que, por sua vez, deveriam estar contempladas nas respectivas propostas orçamentárias. Os planos de saúde deveriam ser submetidos e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo.

Como forma de orientar este planejamento, o Ministério da Saúde produziu ao longo anos documentos tratando do planejamento, contudo, com advento do Pacto pela Saúde, em 2006, destacamos como marco de implantação do Sistema de Planejamento do SUS(PlanejaSUS), cuja substituição ocorreu em 2013 com a sanção da Portaria GM Nº 2.135/2013, que estabeleceu as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu § 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

“I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:

- estrutura do sistema de saúde;
- redes de atenção à saúde;
- condições socio sanitárias;
- fluxos de acesso;

recursos financeiros;
gestão do trabalho e da educação na saúde;
ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão; II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e

III - o processo de monitoramento e avaliação.”

As normas preceituam que o desdobramento do plano se dê por meio da programação das ações saúde, que tem o propósito para cada ano de vigência do plano, detalhar os objetivos, diretrizes e metas, bem como os recursos previstos.

Por fim, ressaltamos que o planejamento é uma ferramenta indispensável, possui função estratégica para ampliar a capacidade resolutiva do SUS, portanto, assume papel vital para o direcionamento de ações a fim de se atinja ou alcance o resultado, de forma integrada.

A gestão 2017-2020 de Porto Nacional adota o planejamento de forma contínua, de forma integrada, onde todas as áreas, quando destacamos: Atenção Básica, Atenção Especializada, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental, Vigilância em Saúde, Urgência e Emergência, Regulação, Controle e Avaliação, Educação em Saúde, Gestão do Trabalho, Gestão Financeiro, laboram interligados. Todavia, entendemos que há o que avançar e estamos trabalhando para isto.

Processo de Monitoramento e Avaliação

O desenvolvimento de políticas públicas vincula-se diretamente ao processo de planejamento e gestão, onde são definidas as prioridades e as metas expressas nos programas, objetivos e ações. Concluída a etapa de planejamento e iniciada a execução, se faz necessária à análise do desempenho da execução físico-financeira, bem como a avaliação dos resultados por meio das Informações periódicas e posteriormente a adequação do planejado.

O processo de Monitoramento e Avaliação -permite o acompanhamento sistemático dos processos e resultados, contribuindo para a tomada de decisão em diferentes estágios da gestão, permitindo intervenções referentes ao aperfeiçoamento e adequações de ações, bem como nas etapas de avaliação e revisão mediante as restrições verificadas no cumprimento das metas previstas.

Nessa linha, a atividade do Monitoramento e Avaliação atuará na articulação intra e interinstitucional e na orientação de órgãos/entidades, com vista a ampliar a capacidade de análise quanto à implementação de ações e Programas de forma a retroalimentar o ciclo de gestão do planejamento.

O processo contínuo de acompanhamento visa à obtenção de informações

para subsidiar decisões e permitir a tempestiva identificação e superação de problemas, contribuindo para a obtenção dos resultados programados, ao mesmo tempo que torna transparente à sociedade o desempenho da administração pública.

Desse modo, enquanto instrumento de monitoramento, o relatório irá fornecer aos atores do processo os meios necessários para programar, acompanhar e controlar a execução de programas.

11.7 Ouvidoria

No Município de Porto Nacional, tem-se trabalhado para ampliar a inclusão social, servindo de instrumento promotor, não somente da igualdade de direitos formais, mas, também, da igualdade de oportunidade e acesso, colaborando, assim, na construção da garantia da cidadania, fundamental para o processo de consolidação da democracia. Isto é, ter uma Ouvidoria Municipal que atua segundo uma racionalidade material buscando a equidade e a participação social, tendo como norte os princípios da publicidade, dignidade da pessoa e da economicidade. O e-mail da Ouvidoria de Porto Nacional é: ouviportonacional@gmail.com.

12. Participação e Controle Social

12.1 Conselho Municipal da Saúde

| | |
|---|-----------------------------|
| Instrumento Legal de Criação do Conselho Municipal de Saúde –Lei (Número e data): | Lei 1.307 de 18/06/1991 |
| Nome do Presidente: | Elizeu Gonçalves Neto |
| Segmento de representação do Presidente: | Trabalhador do SUS |
| Data da última eleição do Conselho: | 13/06/2015 |
| Telefone do Conselho: | (063) 3363-7888 Ramal – 201 |
| E.mail do Conselho: | Cmsporto2@yahoo.com.br |

O Conselho Municipal reúne mensalmente para reuniões ordinárias pré agendadas anualmente. Não possui sede própria, funcionando no prédio da Secretaria

Municipal de Saúde. A Comissão de Recursos da Saúde realiza análise de contas e aprovação dos gastos públicos com a saúde quadrimestralmente.

Em relação à capacitação dos conselheiros, apenas 07 conselheiros são capacitados, uma vez que no ano de 2013 ocorreu nova eleição para formação do conselho. Ressaltamos a importância da capacitação destes para o fortalecimento do controle social no município, quanto sua responsabilização na formulação de políticas de saúde que venham priorizar as reais necessidades da população a fim de garantir melhores condições de vida, respeitando aos princípios e políticas do SUS.

12.2 Conferência Municipal de Saúde

A Conferência Municipal de Saúde é um dos espaços de discussão e controle social onde a sociedade de modo geral é convidada para discutir e refletir as condições de saúde e o modo como a mesma está sendo administrada. É um instrumento valioso, e é realizada a cada 4 anos. No dia 23 de Junho de 2017, foi realizada a 10ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Nacional. Segue abaixo o relatório final desta Conferência, o qual consta também as propostas deliberadas na plenária final.

Relatório da 10ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Nacional (de 23 de Junho de 2017)

A X CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL –TO, foi realizada aos vinte e três dias de mês de junho do ano de dois mil e dezessete(23/06/2017), às 08:00 na Câmara Municipal do município, organizada pela Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, com tema central “Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: governando para todos”, com a participação de usuários, prestadores/trabalhadores e gestores do SUS, nos termos deste Regulamento da X Conferência Municipal de Saúde.

A Mesa de Honra foi composta pelo Prefeito Municipal de Porto Nacional, Joaquim Maia; pelo Vice-Prefeito, Ronivon Maciel; pela Secretária Municipal de Saúde de Porto Nacional, Anna Crystina Mota Brito Bezerra; pela Promotora de Justiça, Márcia Mirele Stefanello Valente; pelo Vereador D'jalma Araújo (representando o presidente da Câmara Municipal, Adael Oliveira Guimarães); pela Diretora de Instrumento de Gestão do SUS, Mísia Saldanha (da Secretaria de Estado da Saúde); pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Porto Nacional, Eliseu Gonçalves Neto; e representando os usuários do SUS de Porto Nacional, Ivanildes M. Brito Mascarenhas.

Este evento teve como apoiadores constituídos, o Secretário Executivo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional, Silvio Lira; a Enfermeira Miriã Querém de Oliveira Fernandes; a Assistente Social Arilda; a Enfermeira Sara Janai; a Diretora de Atenção Especializada Rosangela Mecnas; a Diretora de Atenção Primária, Maria Dilce e a Enfermeira Rosangela Rebelo.

Teve também a participação da Diretora de Instrumento de Gestão do SUS, Mísia Saldanha, que ministrou uma palestra com o tema da conferência explanando os pontos de debate, com o intuito de estimular a discussão das problemáticas que foram abordadas no decorrer da conferência. Mísia abordou o contexto histórico da saúde no Brasil e no Tocantins para enfatizar a importância do SUS, expondo todo o processo de trabalho do SUS, levantando problemáticas de discussão e explicando-as para o melhor entendimento do plenário.

Em seguida, a secretária e gestora do Fundo Municipal de Saúde Anna Crystina Mota Brito Bezerra, falou sobre a importância da X Conferência Municipal de Saúde e apresentou os eixos prioritários da Conferência :

- Atenção À Saúde: Garantia De Acesso E Atendimento De Qualidade.
- 2- Gestão De Saúde Participativa, Eficaz Com Ênfase No Controle Social.
- 3 – Vigilância Em Saúde: Promoção, Prevenção E Proteção..

Logo após, o Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Porto Nacional, Elizeu Gonçalves Neto, declara a abertura da Plenária da X CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL –TO, onde Secretário Executivo de Saúde de Porto Nacional, Silvio Lira, distribuiu as atribuições de andamento da Conferência, delegando pessoas do plenário, usuários do SUS e servidores da Secretaria Municipal de Saúde. Todos os delegados escolhidos e aprovados pelo plenário.

Logo, Silvio apresenta as atribuições dos eixos a serem debatidos, e distribui os delegados para cada tema, formando grupos para o debate das problemáticas.

Cada grupo é composto por delegados, apoiadores, relator que dentre eles foi escolhido um coordenador de grupo composto com os demais participantes.

Discursões e propostas de cada temática que foi estudada.

Grupo I - Atenção À Saúde: Garantia De Acesso E Atendimento De Qualidade.

DIRETRIZES

Promoção do acesso da população rural bem como das equipes mais distantes, com medicações básicas e de serviços de urgência e emergência para atendimentos

médicos e odontológicos.

Reestruturação da rede de laboratórios e fluxos para melhorar a qualidade do serviço em tempo oportuno.

Efetivação da aquisição transporte sanitário para atender a demanda de pacientes para a realização de exames e procedimentos de maneira a liberar a frota existente para dar cobertura as ações e serviços da atenção primaria.

Aprimoramento dos processos de trabalho para não haver divergência de informações.

Promoção da educação permanente através da liberação dos profissionais da atenção primaria, 8 horas mensais.

Grupo II - Gestão De Saúde Participativa, Eficaz Com Ênfase No Controle Social.

DIRETRIZES

Fortalecimento das instâncias de controle social garantindo o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

Promoção da gestão com a qualificação da produção do cuidado com a participação ativa dos usuários e trabalhadores com financiamento estável e sustentável para o SUS.

Viabilização do manejo regulatório da saúde suplementar, garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão usuário.

Promoção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, contribuindo para a inovação em saúde, com formação, qualificação, alocação, valorização e democratização das relações de trabalhadores do SUS, embasado na análise situacional do município.

Grupo III - Vigilância Em Saúde: Promoção, Prevenção e Proteção.

DIRETRIZES

Implementação da política nacional de saúde do trabalhador, com o desenvolvimento ações de promoção e prevenção de vigilância em todos os serviços públicos e privados, para que os profissionais de saúde identifiquem e notifiquem os acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho.

Intensificação e fiscalização das ações educativas com foco na imunização da população em todas as faixas etárias

Implementação da política municipal de resíduos sólidos em parceria com as secretarias de áreas afins, intensificando o manejo ambiental e educação populacional para redução dos riscos à saúde;

Direcionamento e fortalecimento na aplicabilidade dos protocolos preconizados de atendimento aos pacientes portadores de doenças transmissíveis e não transmissíveis em todos os serviços de saúde;

Definição de uma política de financiamento para estruturação (física e recursos humanos) e operacionalização das atividades na Unidade de Vigilância de zoonoses;

Garantia no cumprimento das notificações determinadas pela Vigilância Sanitária aos Órgãos Públicos e Entidades Filantrópicas.

Segue o Regulamento da X CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL –TO.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º - Os trabalhos da X Conferência Municipal de Saúde serão realizados da seguinte forma:

I – Mesas de abertura e palestra temática;

II – Plenária de abertura para aprovação do Regulamento da X Conferência Municipal de Saúde;

III – Trabalhos de grupo para aprofundamento das discussões temáticas e elaboração das propostas;

IV – Plenária Final de deliberação de propostas.

§ 1º Os (as) delegados (as) terão direito a voz e voto;

§ 2º Os Observadores e convidados não terão direito a votar, mas terão direito a voz.

Art. 8º - O credenciamento dos observadores, convidados e delegados será feito das 07:00 às 8:30h do dia 23/06/2017.

§ 1º – O credenciamento respeitará o horário acima estabelecido, sendo o mesmo por ordem de chegada e encerrando imediatamente quando atingir o horário

estabelecido neste regulamento.

Art. 9º - As mesas de trabalho que abordam os eixos temáticos da X Conferência Municipal

de Saúde serão dirigidas por um (a) coordenador (a) e composta por um (um) relator (a) indicado (a) pela Comissão Organizadora.

Art. 10º - Os trabalhos de grupo se desenvolverão em grupos temáticos, tendo um coordenador e um relator, com as funções de conduzir as discussões, controlar o tempo e estimular a participação de todos os membros.

§ 1º - Cada grupo contará com um (a) coordenador sendo um (a) escolhido (a) pelo grupo, e outro (a) previamente designado (a) pela Comissão Organizadora, visando à organização e sistematização das propostas e conclusões dos grupos;

§ 3º - Os grupos de trabalho deliberarão sobre o Relatório Consolidado da seguinte forma:

a - As propostas que obtiverem a maioria dos votos, em cada grupo de trabalho, e forem aprovadas farão parte do Relatório Final da X Conferência Municipal de Saúde;

b- O Relatório Consolidado será lido e votado ao final pela plenário;

c - As propostas constantes do Relatório Consolidado não aprovadas nos grupos de trabalho, serão submetidas a votação na Plenária Final, e se aprovadas farão parte do Relatório Final da X Conferência Municipal de Saúde;

d – Na Plenária Final não serão acatadas propostas novas;

§ 4º - O término dos trabalhos de grupos será às 16:00 horas do dia 23 de junho de 2017.

§ 5º - O documento sistematizado a ser encaminhado para votação na plenária final será elaborado por uma sub-comissão de consolidação do Relatório, definidas pela Comissão Organizadora da X Conferência Municipal de Saúde;

Art. 11º - A Plenária Final terá como objetivos:

I – Discutir e aprovar o Relatório Final;

II – Eleger os delegados que participarão na elaboração do PMS 2018-2021.

Art. 12º - A apreciação e votação das propostas ao Tema Central, constantes da consolidação dos relatórios dos grupos de trabalho terão os seguintes encaminhamentos:

I – A Coordenação da Plenária Final procederá à leitura do Relatório Consolidado, aprovado nos grupos de trabalho, de modo que apenas os pontos de divergência serão identificados à parte, podendo receber destaque, se necessário, para serem apreciados pela Plenária Final;

II – Após a leitura geral, os pontos não anotados como destaques serão considerados aprovados por unanimidade pela Plenária Final e incluídos no Relatório Final, e, em seguida, serão chamados por ordem, um a um dos destaques para serem apreciados;

III – Todas as propostas de alterações de texto dos destaques deverão ser apresentadas por escrito à Mesa Coordenadora da Plenária Final;

IV – Apenas participantes inscritos como Delegados (as) poderão propor destaque e terão cada um (a), o tempo máximo de três (03) minutos para defesa do seu ponto de vista. O Coordenador da Plenária Final concederá a palavra se necessário a um membro que se apresente para defender posição contrária, tendo o mesmo tempo para defesa de sua proposta;

V – A aprovação das propostas apresentadas será pela maioria simples dos (as) delegados (as) presentes;

VI – Iniciado o processo de votação não será permitido questões de ordem ou encaminhamento.

Parágrafo único - A Plenária Final aprovará o Relatório Final da Conferência, devendo expressar o resultado dos debates, bem como conter diretrizes municipais para adoção de políticas de saúde para o quadriênio 2018/2021.

Art. 13º – A Plenária Final deverá eleger Delegados que participarão da

Conferência Estadual de Saúde, conforme o número de vagas por segmento estabelecidos pela Comissão Organizadora da etapa estadual.

§ 1º - Cada categoria elegerá seus próprios delegados para a Etapa Estadual durante a Plenária Final, antes do encerramento da X Conferência Municipal de Saúde de Porto Nacional, devendo ser incluídos seus nomes completos, sendo 04 representantes dos usuários e respectivos suplentes, 02 representante dos trabalhadores da saúde e respectivos suplentes, 02 representante gestor/prestador de serviço em saúde e respectivos suplentes, além de informado endereço telefone ou celular para contatos do Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

CAPÍTULO VI

DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DOS DELEGADOS NATOS PARA A ETAPA MUNICIPAL:

Art. 15º - São Delegados natos da X Conferência Municipal de Saúde todos os conselheiros titulares e suplentes, empossados no Conselho Municipal de Saúde e mais o 36 delegados que serão escolhidos entre o Distrito de Luzimanges, Pinheiropolis, Escola Brasil e Zona Urbana, de acordo índice populacional do IBGE de cada localidade.

§ 1º - Todos os Delegados Natos da Conferência Municipal de Saúde poderá concorrer de igual modo com todos os demais delegados para a eleição de Delegados para a Etapa Estadual, dentro de seus respectivos segmentos.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16º - O relatório aprovado pela Plenária Final será publicado em portaria da Secretaria Municipal da Saúde e divulgado pelo Conselho Municipal de Saúde, e enviado ao Conselho Estadual de Saúde.

Art. 17º - Serão conferidos certificados específicos aos membros participantes da X Conferência Municipal de Saúde de Porto Nacional, apenas aos participantes que obtenham 100% de participação e frequência de todas as atividades.

Art. 18º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora ou pela Plenária da X Conferência Municipal de Saúde.

CAPÍTULO VIII

RECURSOS FINANCEIROS

Art. 19º – As despesas com a organização geral para a realização da X Conferência Municipal de Saúde de Porto Nacional ocorrerão por conta da dotação orçamentária consignada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Único - As despesas com o deslocamento dos Delegados eleitos para a Etapa Estadual serão por conta do Município.

12.4 Compromissos de Governo Municipal

A Saúde foi alocada na marca de governo onde as políticas de saúde estarão voltadas para efetivação do direito a vida, a partir de estratégias de inclusão social e gestão participativa. A saúde terá foco na prevenção e reorientação do modelo de assistência a saúde, assim como serão implementadas, entre outras, políticas de moradia, saneamento e acesso a alimentação adequada a população. Todos os cidadãos de Porto Nacional, especialmente os mais pobres, devem ter a sua disposição um sistema universal público de assistência e atenção a saúde e dos locais onde as pessoas moram, da idade, da doença, do tratamento exigido, da terapia e dos remédios necessários.

PRIORIDADES E COMPROMISSOS

- Humanizar as ações de saúde, reformulando os serviços básicos e universalizando o serviço ambulatorial e de urgência com assistência médica integral e a garantia de medicamentos a pessoas carentes.
- Garantir, em parceria com o estado, as universidades e iniciativas privadas, assistência hospitalar e número de leitos necessários para atender a população e reduzir a dependência ao HGP, inclusive em relação a UTI.
- Aproveitar a forte presença de universitário na área da saúde para ampliar e melhorar a assistência hospitalar e de urgência.
- Complementação da infraestrutura de saúde, em termos de ações básicas e ambulatoriais;

- Reformular assistência nos assentamentos;
- Implantar UPA em luzimangues;
- Negociar com o estado a ampliação do Hospital regional, priorizando a ampliação de leitos e UTI;
- Apoiar a iniciativa de implantação do hospital universitário, para complementar o atendimento a população e utilização de mão de obra local;
- Efetivar o direito a vida e inclusão social;
- Fortalecer o Programa Saúde da família PSF, para atender a todos que deles precisam e manter uma equipe de saúde mental;
- Efetivar a central de agendamento de consultas , marcadas no menor espaço de tempo e atendendo as necessidades das pessoas;
- Desenvolver ações coordenadas com os governos estadual e federal para o aperfeiçoamento do atendimento a saúde ;
- Atenção Farmacêutica : aumentar a cobertura de medicamentos disponibilizados ;
- Criar comitê integrado antidrogas intersetorial vinculado a saúde;
- Criar programa integrada de atendimento a família e aos dependentes de álcool e de outras drogas, que envolva a atenção na área da saúde ;
- Articular política da prefeitura na área da educação, saúde, assistência social, cultura e lazer para atendimento especializado aos idosos. Garantir atenção integral a saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas e estímulo ao envelhecimento ativo;
- Aumentar a participação da população em geral na prática da atividade física , voltada para saúde e qualidade de vida , observando as faixas etárias e gênero. Estabelecer um acompanhamento mais próximo aos idosos;
- Valorizar os profissionais da saúde, através de formação continuada e do respeito a leis trabalhistas;
- Garantir aquisição de material odontológico para os postos de saúde e CEO (Centro de Especialidades Odontológicas);
- Implantar o CAPS AD III- CENTRO DE ASSISTENCIA PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS
- Implementar o CAPS Centro de Assistência Psicossocial
- Implementar o serviço de concessão de benefícios eventuais (doação de óculos, próteses, cadeira de rodas – pactuar o que é da saúde e o que é da Assistência Social)

- Promover o atendimento volante da saúde nos assentamentos ,cumprindo uma agenda de acordo coma as necessidades. Reformular a assistência a saúde nos distritos .

13. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Todos os profissionais do SUS é muito importante conhecerem os indicadores da saúde de sua região e também saber calculá-los e interpreta-los. Somente com essa visão mais global, mais sistêmica, conseguem ir além do atendimento clínico, que é essencial, mas não suficiente.

A base legal para as pactuações são:

Decreto nº 7.508/11, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências.

RESOLUÇÃO Nº 08, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016. Que dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde.

13.1 DOMI (DIRETRIZES, OBJETIVOS ,METAS E INDICADORES)

Porto Nacional Pactuou junto as áreas técnicas da SESAU os 23 INDICADORES de Saúde para o ano de 2018

| INDICADOR 1-Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) | | | | | |
|---|--|---|--|-------------------|---|
| TIPO: Universal | | | | | |
| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO | | |
| Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável | Contribuir para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e <u>pactuação</u> de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas | Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Estimativa populacional de 2015 - IBGE/RIPSA | <p>Para municípios e região com menos de 100 mil habitantes :</p> <p>Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10: I00 - I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14, em determinado ano e local.</p> <p>Para municípios e região com 100 mil e mais habitantes :</p> <table border="1"> <tr> <td>Taxa Bruta</td> <td>$\frac{\text{Nº de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID - 10: I00 - 199; C00-C97; J30-J98; E10-E14, em determinado ano e local}}{\text{População residente (30 a 69 anos) em determinado ano e local}} \times 100$</td> </tr> </table> | Taxa Bruta | $\frac{\text{Nº de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID - 10: I00 - 199; C00-C97; J30-J98; E10-E14, em determinado ano e local}}{\text{População residente (30 a 69 anos) em determinado ano e local}} \times 100$ |
| Taxa Bruta | $\frac{\text{Nº de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID - 10: I00 - 199; C00-C97; J30-J98; E10-E14, em determinado ano e local}}{\text{População residente (30 a 69 anos) em determinado ano e local}} \times 100$ | | | | |
| MONITORAMENTO: Anual | | AValiação: Anual | | | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Vigilância em Saúde | | | | | |

| INDICADOR 2- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados TIPO: Específico - apenas em municípios com óbitos de mulheres em idade fértil residentes. | | | |
|--|---|--|--|
| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
| Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde. | Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Possibilita, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema, que possam evitar a ocorrência de eventos similares. | Fonte Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). | Para municípios, região, estadual e DF: $\text{Proporção} = \frac{\text{Total de óbitos de MIF Investigados, no módulo de investigação do SIM}}{\text{Total de óbitos de MIF, no módulo de investigação do SIM}} \times 100$ |
| MONITORAMENTO: Quadrimestral | | AValiação: Anual | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Vigilância | | | |

| INDICADOR 3 - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida TIPO: Universal | | | |
|--|--|--|--|
| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
| Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde. | Possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados. | Fonte Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). | Para municípios, região, estadual e DF: $\text{Proporção} = \frac{\text{Total de óbitos não fetais com causa básica definida}^*}{\text{Total de óbitos não fetais}} \times 100$ <p>* (óbito com causa básica distinta do capítulo XVIII da CID – 10)</p> |
| MONITORAMENTO: Quadrimestral | | AValiação: Anual | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Vigilância em Saúde | | | |

| INDICADOR 4 – Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada. TIPO: Universal | | | |
|--|---|--|--|
| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
| 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 | As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual: a) a vacina Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B e hepatite B; (95%) b) a vacina Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil; (95%) c) a vacina poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; e, (95%) c) a vacina tríplice viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas (95%) | Numerador: Sistema de Informação do programa nacional de Imunização (SIPNI) Denominador: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) | Para municípios, região, estadual e DF: $\text{Proporção} = \frac{\text{4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e tríplice viral}}{\text{Total de das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada}} \times 100$ |
| MONITORAMENTO: Anual | | AValiação: Anual | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Atenção Básica e Vigilância em Saúde | | | |

INDICADOR 5 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após a notificação.
TIPO: Universal

| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
|---|---|---|---|
| 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 | Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todas as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas. Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM) | Para municípios, região, estadual e DF: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Proporção = $\frac{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação}}{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação}} \times 100$ </div> |
| MONITORAMENTO: Semana epidemiológica, mensal, trimestral, semestral | | AVALIAÇÃO: Anual | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Vigilância em Saúde | | | |

INDICADOR 6 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
TIPO: Universal

| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
|---|--|---|--|
| 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 | Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade desses serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Nesse contexto, chama-se atenção para o custo elevado dos programas de reabilitação, que oneram a gestão, restringindo o investimento em ações preventivas. | Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM) | Para municípios, região, estadual e DF: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Proporção = $\frac{\text{Número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos de coortes* e curados até 31/12 do ano de avaliação}}{\text{Número total de casos novos residentes em determinados locais e diagnosticados no ano de coorte}} \times 100$ </div> <p>* (Paucibacilar - PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e Multibacilar -MB diagnosticados dois anos antes da avaliação)</p> |
| MONITORAMENTO: Anual | | AVALIAÇÃO: Anual | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Atenção Básica e Vigilância em Saúde | | | |

INDICADOR 7 – Número de casos autóctones de malária.
TIPO: Específico

| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
|---|--|---|--|
| 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 | É um indicador que está relacionado a transmissão de malária; contribui para orientação e avaliação das ações de vigilância epidemiológica e controle da doença; permite análise de todo país e por período ao longo do ano. | Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica Malária (SIVEP – Malária) E Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM) | Para municípios, região, estadual e DF: <i>Número absoluto:</i> Somatória do número de exames positivos de malária (códigos B50 a B54 da CID – 10) por local provável de infecção, excluídas LVC. |
| MONITORAMENTO: Anual | | AVALIAÇÃO: Anual | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: | | | |

| INDICADOR 8 – Número de casos novos de sífilis congênita em menores de uma anos de idade. TIPO: Universal | | | |
|---|--|---|--|
| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
| 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 | O indicador objetiva mensurar e monitorar os novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnóstica e tratada em duas oportunidades: durante a gestação e durante o parto. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, conseqüentemente, a sífilis congênita. | Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM) | Para municípios, região, estadual e DF: <i>Número absoluto:</i> Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência. |
| MONITORAMENTO: Anual | | AVALIAÇÃO: Anual | |

| INDICADOR 9 – Número de casos novos de aids em menores de 5 anos. TIPO: Universal | | | |
|---|--|---|---|
| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
| 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 | Expressa o número de casos novos de aids na população de menores de cinco anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado, medindo o risco de ocorrência de casos novos de aids nessa mesma população. | Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM) / Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) / sistema de controle Logístico de Medicamentos (Siclon) / Sistema de Controle de exames Laboratoriais (Siscel) | Para municípios, região, estadual e DF: <i>Número absoluto:</i> Número de casos novos de aids em menores de cinco anos de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência. |
| MONITORAMENTO: Anual | | AVALIAÇÃO: Anual | |

| INDICADOR 10 – Proporção de Análises Realizadas em Amostras de Água Para Consumo Humano Quanto aos Parâmetros Coliformes Totais, Cloro Residual Livre e Turbidez. TIPO: Universal | | | |
|---|---|--|---|
| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
| 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 | Avalia a proporção de amostras de água analisadas conforme determinado pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, inferindo na qualidade da água consumida pela população. | Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) | Para municípios, região, estadual e DF: Passo 1 Calcular o % para o parâmetro PCT $\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro coliformes totais, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostra obrigatória para o parâmetro coliformes totais}} \times 100$ Passo 2 Calcular o % para o parâmetro PT $\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro turbidez, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostra obrigatória para o parâmetro turbidez}} \times 100$ Passo 3 Calcular o % para o parâmetro PCRL $\frac{\text{Número de amostras de água examinadas para o parâmetro cloro residual livre, realizadas pela vigilância}}{\text{Total de amostra obrigatória para o parâmetro cloro residual livre}} \times 100$ Passo 4 Calcular a média aritmética ponderada $1,2 \times \text{PCT} + 1,0 \times \text{PT} + 1,0 \times \text{PCRL}$ $3,2$ |
| MONITORAMENTO: Anual | | AVALIAÇÃO: Anual | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Vigilância em Saúde | | | |

INDICADOR 11 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.
TIPO: Universal

| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO | | |
|--|--|---|---|--------------|---|
| Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS. | Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para o câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. O principal método e o mais amplamente utilizado para o rastreamento de câncer do colo do útero é o teste Papanicolau para detecção das lesões precursoras. Com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequado dos casos alterados, é possível reduzir média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população. A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, em mulheres de 25 a 64 anos. | Sistema Nacional Informatizado: Sistema de Informação ambulatorial (SAI/DATASUS) E Estimativa populacional de 2015 – IBGE/DATASUS | <p>Para municípios, região, estadual e DF:</p> <table border="1"> <tr> <td>Razão</td> <td> $\frac{\text{Soma da frequência do número de exames citopatológico* realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e anos de atendimento}}{\text{População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano} / 3}$ </td> </tr> </table> <p>* (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico-vaginal-rastreamento)</p> | Razão | $\frac{\text{Soma da frequência do número de exames citopatológico* realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e anos de atendimento}}{\text{População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano} / 3}$ |
| Razão | $\frac{\text{Soma da frequência do número de exames citopatológico* realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e anos de atendimento}}{\text{População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano} / 3}$ | | | | |
| MONITORAMENTO: Quadrimestral | | AVALIAÇÃO: Anual | | | |

INDICADOR 12 – Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.
TIPO: Universal

| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO | | |
|--|---|---|--|--------------|---|
| Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS. | Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 a 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado. A mamografia e o exame clínico das mamas são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Preconiza-se a realização da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 02 em 02 anos. | Sistema Nacional Informatizado: Sistema de Informação ambulatorial (SAI/DATASUS) E Estimativa populacional de 2015 – IBGE/DATASUS | <p>Para municípios, região, estadual e DF:</p> <table border="1"> <tr> <td>Razão</td> <td> $\frac{\text{Soma da frequência de mamografias* realizados em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos, por ano de atendimento}}{\text{População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano} / 2}$ </td> </tr> </table> <p>* (procedimentos 020430188 – Mamografia Bilateral para rastreamento)</p> | Razão | $\frac{\text{Soma da frequência de mamografias* realizados em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos, por ano de atendimento}}{\text{População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano} / 2}$ |
| Razão | $\frac{\text{Soma da frequência de mamografias* realizados em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos, por ano de atendimento}}{\text{População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano} / 2}$ | | | | |
| MONITORAMENTO: Quadrimestral | | AVALIAÇÃO: Anual | | | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Atenção Básica | | | | | |

INDICADOR 13 – Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar
TIPO: Universal

| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
|--|---|--|--|
| Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde. | Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais. Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança. Destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do parto cesáreo entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. | Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) | <p>Para municípios, região, estadual e DF:</p> $\frac{\text{número de nascido vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano X 100}}{\text{número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residentes no mesmo local e ano}}$ |
| MONITORAMENTO: Anual | | AVALIAÇÃO: Anual | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Atenção Básica | | | |

| INDICADOR 14 – Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos | | | |
|---|--|---|--|
| TIPO: Universal | | | |
| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
| <p>Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.</p> | <p>Monitorar a tendência da gravidez de adolescente de 10 a 19 anos no Brasil com o objetivo de nortear as ações de saúde nas unidades básicas, escolas (programas saúde na escola) e maternidades no território.</p> <p>Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescente.</p> | <p>Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc)</p> | <p>Para municípios, região, estadual e DF:</p> $\text{Proporção} = \frac{\text{Número de nascidos vivos de mães adolescente de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período}} \times 100$ |
| MONITORAMENTO: Anual | | AVALIAÇÃO: Anual | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Atenção Básica | | | |

| INDICADOR 15 – Taxa de mortalidade infantil | | | |
|---|--|---------------------|---|
| TIPO: Universal | | | |
| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
| <p>Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.</p> | <p>Monitorar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento e a qualidade da atenção hospitalar ofertada a crianças menores de 1 ano. É importante acompanhar a Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes, pois, a taxa de mortalidade neonatal vem caindo em menor velocidade comparado a mortalidade infantil pós-neonatal, especialmente nos estados das regiões norte e nordeste. A mortalidade neonatal precoce representa de 60 a 70% da mortalidade infantil, sendo que 25% destas mortes ocorrem no primeiro dia de vida. No período neonatal concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais; com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos esses reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).</p> | <p>SIM e Sinasc</p> | <p>Para municípios, região, estadual e DF: OBS: Para municípios com população menor que 100 mil habitantes não será calculada taxa. O indicador será representado pelo número absoluto de óbitos de crianças nas primeiras 24 horas, Neonatal precoce (0 a 6 dias), Neonatal Tardio (7 a 27 dias), Pós-neonatal (28 a 364 dias), menor de 1 ano.</p> $\text{Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce} = \frac{\text{número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade}}{\text{número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$ $\text{Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia} = \frac{\text{número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade}}{\text{número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$ $\text{Taxa de Mortalidade Infantil} = \frac{\text{número de óbitos de residentes com menos de 1 ano de idade}}{\text{número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$ |
| MONITORAMENTO: Anual | | AVALIAÇÃO: Anual | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Atenção Básica | | | |

| INDICADOR 16 – Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência. | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO: Universal | | | |
| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
| <p>Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.</p> | <p>Avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento reduzam as mortes maternas evitáveis. Considerando que as principais causas de mortes são hipertensão, hemorragia e infecções perinatais. Analisar variações geográficas e temporais do número de óbitos maternos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher. Destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do número de óbitos maternos entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.</p> | <p>Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).</p> | <p>Para municípios, região, estadual e DF:</p> <p>Número de óbitos maternos (morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais) em determinado período e local de residência</p> |
| MONITORAMENTO: Anual | | AVALIAÇÃO: Anual | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Atenção Básica | | | |

INDICADOR 20 – Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano.
TIPO: Universal

| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
|--|--|------------------|---|
| 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. | Permite avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária colaborando para uma coordenação estadual e nacional mais efetiva. É composto pelos grupos de ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios ao longo do ano, sendo grupos de ações essenciais à atuação da vigilância sanitária local: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; (ii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; (iii) atividades educativas para população; (iv) atividades educativas para o setor regulado; (v) recebimento de denúncias; (vi) atendimento de denúncias; e (vii) instauração de processo administrativo sanitário. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população. | SIASUS / DATASUS | <p>Para municípios e Distrito Federal:</p> $\text{Proporção} = \frac{\text{Número de grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas pelo município}}{6} \times 100$ <p>Para estado e região:</p> $\text{Proporção} = \frac{\text{Número de municípios que realizam de 6 a 7 grupos de ações de Visa consideradas necessárias}}{\text{Total de municípios do estado ou região}} \times 100$ |

MONITORAMENTO: Semestral
AValiação: Anual
ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Vigilância em Saúde
INDICADOR 21 – Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica
TIPO: Específico : Aplica-se apenas a municípios com CAPS habilitados (população maior ou igual a 15.000 hab.)

| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
|--|--|---|--|
| Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS | A integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental constitui uma diretriz internacional para reorganização dos sistemas de saúde, além de constituir uma tarefa imprescindível para alcance de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Na legislação brasileira vigente, a Atenção Básica em Saúde constitui um dos principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma compartilhada, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013), a Atenção Básica já constitui o principal ponto de atenção utilizado pelas pessoas com transtornos mentais leves, como a depressão. | Código do procedimento: 03.01.08.03 0-5 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica registrado no BPAC do Sistema de Informação Ambulatorial - Siasus | <p>Para municípios e Distrito Federal:</p> $\text{Proporção} = \frac{\text{Nº de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento da Atenção Básica no ano}}{\text{Total de CAPS habilitados}} \times 100$ <p>Média mínima esperada: 12 registros por ano</p> |

MONITORAMENTO: Anual
AValiação: Anual
ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL:
INDICADOR 22 – Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
TIPO: Universal

| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
|--|---|---------------------|---|
| 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. | Evidencia o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo. | Plataforma FormSUS. | <p>Para municípios e Distrito Federal: 1º passo – Cobertura por ciclo</p> $\text{Proporção} = \frac{\text{Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue}}{\text{Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado}} \times 100$ <p>2º passo – NÚMERO ABSOLUTO Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.</p> |

MONITORAMENTO: Quadrimestral
AValiação: Anual
ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Vigilância em Saúde

| INDICADOR 23 – Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. | | | |
|--|---|--|--|
| TIPO: Universal | | | |
| DIRETRIZ | OBJETIVO E RELEVÂNCIA DO INDICADOR | FONTE | CÁLCULO |
| 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. | 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. | Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). | <p>Para municípios, regiões, estados e Distrito Federal:</p> $\text{Proporção} = \frac{\text{Número de notificações de agravos com o campo "Ocupação" preenchido com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente*}}{\text{Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de ocorrência.}} \times 100$ <p>*na versão disponibilizada pelo Sinan, em determinado ano e local de ocorrência do caso (excluir do processamento os registros cujo campo estiver em branco ou com a informação de ignorado).</p> |
| MONITORAMENTO: Quadrimestral | | AVALIAÇÃO: Anual | |
| ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL: Vigilância em Saúde | | | |

13.2 PQAVS - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

| Código | Descrição |
|--------|---|
| 1 | Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência. |
| 2 | Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência. |
| 3 | Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por município. |
| 4 | Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada. |
| 5 | Percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro). |
| 6 | Número de semanas epidemiológicas com informações no Sinan. |
| 7 | Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação. |
| 8 | Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno. |
| 9 | Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue. |
| 10 | Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase. |
| 11 | Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. |
| 12 | Número de testes de sífilis por gestante. |
| 13 | Número de testes de HIV realizado. |
| 14 | Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. |
| 15 | Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida. |

13.3 Resultado da Pactuação feita pelo Município de Porto Nacional junto aos entes Federativos.

PORTO NACIONAL

| ESTADO: TOCANTINS | | | Série Histórica | | | | | Região: Amor Perfeito | | Município: Porto Nacional | |
|-------------------|------|--|-----------------|--------|-------|--------|--------|---|-------------------------|--------------------------------------|-------------|
| Nº | Tipo | Indicador | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Parâmetro Nacional para Referência | Meta Municipal proposta | Meta Municipal a ser Pactuada na CIR | Unidade |
| | | | | | | | | | 2018/SES | 2018 | |
| 1 | U | Número de óbitos prematuro (30 a 69) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) | 52 | 58 | 72 | 55 | 43 | Redução de 2% em relação ao ano anterior | 54 | 54 | Nº absoluto |
| | | Taxa mortalidade prematura (30 a 69) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) | | | | | | | | | |
| 2 | U | Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49) anos investigados | 100 | 100 | 100 | 100 | 45 | 90 | 100 | 100 | % |
| 3 | U | Proporção de registro de óbitos com causa básica definida | 99 | 99 | 99 | 98 | 97 | 95 | 100 | 98 | % |
| 4 | U | Proporção de vacinas selecionadas do Calendário nacional de Vacinação para Criança menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose), Tríplice viral (1 dose) com cobertura vacinal preconizada. | 75 | 100% | 25,00 | 0,00 | 0,00 | 75 | 75 | 75% | % |
| 5 | U | Proporção de casos de doenças notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação | - | 50 | 100 | 65,9 | 66,7 | - | 85 | 85 | % |
| 6 | U | Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes | 77,1 | 90,6 | 63,4 | 63,2 | 76,7 | ≥88 | 93 | 93 | % |
| 7 | E | Número de casos autóctones de malária | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | N.Absoluto |
| 8 | U | Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade | 0 | 8 | 19 | 16 | 20 | < 0,5/1.000 Nascidos Vivos | 18 | 18 | N.Absoluto |
| 9 | U | Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Ausência de Casos | 0 | 0 | N.Absoluto |
| 10 | U | Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, clo residual livre e turbidez. | 72 | 110 | 134% | 94% | 48,61 | 100% | 100% | 100 | % |
| 11 | U | Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária. | 0,76 | 0,52 | 0,49 | 0,46 | 0,19 | | 0,63 | 0,55 | Razão |
| 12 | U | Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população de determinado local e população da mesma faixa etária | 0,36 | 0,19 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | | 0,13 | 0,13 | Razão |
| 13 | U | Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar | 48.03 | 49.27 | 43.75 | 57.82 | 43.54 | 70 | 57 | 50 | % |
| 14 | U | Proporção de gravidez na adolescência de 10 a 19 anos | | | | | | Ano - 2014 Resultado alcançado: Brasil: 18,87% Norte: 26,23% Tocantins: | | 19 | % |
| 15 | U | Taxa de mortalidade infantil | 7 | 12 | 10 | 7 | 13 | Menor que 10 óbitos por 1000 nascidos vivos (OMS) Ano - 2015 Resultado alcançado: Brasil: 12,42 Norte: 15,15 Tocantins: 13,10 Fonte: DATASUS/MS | 10 | 10 | taxa |
| 16 | U | Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | N.Absoluto |
| 17 | U | Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica. | 96,86 | 99,03 | 98,42 | 100% | 100% | Brasil 2015: 73,93% 2016: 74,40% Tocantins 2015: 95,42% 2016: 96,38% | 100% | 100 | % |
| 18 | U | Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa bolsa Família. | 74,95% | 76,29% | 74% | 63,37% | 77,82% | 2016/2ª vigência Brasil: 73,02% Tocantins: 74,93% | 76,41 | 75 | % |
| 19 | U | Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal. | 91,01 | 96,44 | 90,41 | 92,56% | 98,55% | Brasil 2015: 51,66% 2016: 51,32% Tocantins 2015: 84,08% 2016: 87,29% | 98,55% | 93 | % |
| 20 | U | Percentual de municípios que realizam no mínimo 6 grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano | 85,71 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100% | 100 | % |
| 21 | E | Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica | NP | NP | NP | NP | 100 | 12 | 100 | 100 | % |
| 22 | U | Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue. | 3 | 1 | 4 | 2 | 1 | 4 | 8 | 6 | Nº Absoluto |
| 23 | U | Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho | 98% | 99% | 99% | 100% | 79% | 95% | | 96 | % |

14. Diretrizes, Objetivos e Metas para o quadriênio (2018-2021)



Secretaria Municipal de Saúde

Levantamento do PPA 2018/2021

Porto Nacional 04 de agosto de 2017

| Atenção Básica | | | | | |
|--|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Ação | Origem do recurso | Exercício 2018 | Exercício 2019 | Exercício 2020 | Exercício 2021 |
| Manutenção do Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS. | Federal | 1.480.100,00 | 1.628.110,00 | 1.790.921,00 | 1.880.467,00 |
| Manutenção do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. | Federal | 1.076.600,00 | 1.184.260,00 | 1.302.686,00 | 1.367.820,10 |
| Manutenção da Estratégia Saúde da Família – ESF. | Federal | 2.300.100,00 | 2.530.110,00 | 2.783.121,00 | 2.922.277,00 |
| Manutenção das Equipes Multiprofissionais de Apoio EMAP. | Federal | 20.000,00 | 20.000,00 | 20.000,00 | 20.000,00 |
| Manutenção da Estratégia Saúde Bucal – ESB. | Federal | 540.000,00 | 594.000,00 | 653.400,00 | 686.070,00 |
| Manutenção do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família | Federal | 480.000,00 | 528.000,00 | 580.800,00 | 609.000,00 |
| Família – NASF. | | | | | |
| Manutenção da Atenção à Saúde no Sistema Prisional. | Federal | 78.000,00 | 85.800,00 | 94.380,00 | 99.099,00 |
| Manutenção da Atenção Domiciliar – EMAD-ROU. | Federal | 20.000,00 | 20.000,00 | 20.000,00 | 20.000,00 |
| Manutenção do Programa Saúde na Escola PSE | Federal | 20.000,00 | 20.000,00 | 20.000,00 | 20.000,00 |
| Programa Saúde do Homem | Federal | 20.000,00 | 20.000,00 | 20.000,00 | 20.000,00 |
| Implantação- manutenção do Centro de Atenção à Saúde 24 horas de Luzimangues- Portal do Lago (ESF, ESB, Sala Estabilização e observação) | Federal-municipal | 350.000,00 | 260.000,00 | 260.000,00 | 260.000,00 |
| Capacitação dos servidores (administrativos, ASG, ACS, ESF, ESB). | Municipal | 20.000,00 | 22.000,00 | 25.000,00 | 25.000,00 |
| Manutenção do Piso da Atenção Básica/ Unidades Básicas de Saúde. | Federal | 1.450.671,00 | 1.595.738,00 | 1.595.738,00 | 1.595.738,00 |
| Estruturação tecnológica das Unidades Básicas de Saúde (equipamentos, moveis e mobílias). | Federal | 650.000,00 | 300.000,00 | 150.000,00 | 150.000,00 |
| Construção da Unidade Básica de Saúde UBS – Brigadeiro Eduardo Gomes. | Federal | 726.000,00 | | | |
| Construção da 3ª Unidade Básica de Saúde UBS – Distrito de Luzimangues | | | | | 726.000,00 |
| Construção da Unidade Básica de Saúde UBS – Setor Imperial | | | | 726.000,00 | |
| Construção da Unidade Básica de Saúde UBS – Povoado Escola Brasil. | | | | | 726.000,00 |
| Construção da UBS do Jardim do Ypês | | | | | |
| Construção da UBS Porto Real- Nova Capital II | | | | | |
| Construção da UBS Portal do Lago – Distrito Luzimangues | | | | | |
| Reforma/ manutenção da Unidade Básica de Saúde – UBS de Luzimangues. | | 110.000,00 | | | |

| | | | | | |
|--|-------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Reforma/ manutenção da Unidade Básica de Saúde – UBS Dr Carlos. | Municipal/Federal | 200.000,00 | | | |
| Reforma/ manutenção da Unidade Básica de Saúde – UBS Eudóxia. | Municipal/federal | 200.000,00 | | | |
| Reforma/manutenção da Unidade Básica de Saúde – UBS Naná Prado. | Municipal/federal | | 75.000,00 | | |
| Reforma/ manutenção da Unidade Básica de Saúde – UBS Eudóxia | Municipal/federal | | 65.000,00 | | |
| Reforma/ manutenção da Unidade Básica de Saúde – UBS Blandina | Municipal/federal | | | 65.000,00 | |
| Reforma/ manutenção da Unidade Básica de Saúde – UBS Alto da Colina | Municipal/federal | | | | 75.000,00 |
| Reforma/ manutenção da Unidade Básica de Saúde – UBS Imperial | Municipal/federal | | | | 75.000,00 |
| Reforma/ manutenção da Unidade Básica de Saúde – UBS Nova Capital | Municipal/federal | | | | 55.000,00 |
| Aquisição de motos para ACS zona rural | Federal | 480.000,00 | | | |
| Aquisição de micro ônibus | Federal | 190.000,00 | | | |
| Aquisição de equipamentos para Centro de Atenção a Saúde de Luzimangues | Federal | 300.000,00 | | | |
| Aquisição de Unidade Móvel de Saúde | Federal | | 450.000,00 | | |
| Aquisição de equipamentos das UBS | Federal | 600.000,00 | 300.000,00 | 450.000,00 | 200.000,00 |
| Manutenção da Política de Assistência à Cadeirantes, manutenção de cadeiras de rodas elétricas e manual. | | 130.000,00 | 130.000,00 | 130.000,00 | 130.000,00 |
| Total | | 11.474.871,00 | 10.150.418,00 | 11.020.446,00 | 11.995.871,00 |

Assistência Farmacêutica

| Ação | Origem do recurso | Exercício 2018 | Exercício 2019 | Exercício 2020 | Exercício 2021 |
|--|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Manutenção Administrativa da Central de Assistência Farmacêutica CAF - | Municipal | 112.000,00 | 122.000,00 | 122.000,00 | 132.000,00 |
| Manutenção da Farmácia Básica | Federal | 273.294,00 | 273.294,00 | 273.294,00 | 273.294,00 |
| Manutenção de medicamentos e insumos Extra Rede | Municipal | 180.000,00 | 180.000,00 | 185.000,00 | 190.000,00 |
| Manutenção de suplementos alimentares | Municipal | 60.000,00 | 65.000,00 | 65.000,00 | 60.000,00 |
| Aquisição de veículo utilitário <u>baú</u> | Municipal | 150.000,00 | - | - | - |
| Construção da Central de Assistência Farmacêutica | Federal | | 726.000,00 | | |
| Total | | 625.294,00 | 625.294,00 | 625.294,00 | 625.294,00 |

Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

| Ação | Origem do recurso | Exercício 2018 | Exercício 2019 | Exercício 2020 | Exercício 2021 |
|---|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Manutenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU. | Federal | 280.750,00 | 292.825,00 | 307.107,00 | 320.462,00 |
| Implantação da base descentralizada do serviço Móvel de Urgência SAMU em Luzimangues | Federal/municipal | 127.000,00 | 127.000,00 | 127.000,00 | 127.000,00 |
| Manutenção Administrativa do Serviço de Assistência Especializado SAE | Municipal | 120.000,00 | 150.000,00 | 160.000,00 | 180.000,00 |
| Manutenção Administrativa do Centro de Especialidades Médica CEME | Municipal | 690.000,00 | 790.000,00 | 890.000,00 | 890.000,00 |
| Manutenção do Serviço Melhor em Casa | Federal | 672.000,00 | 692.000,00 | 692.000,00 | 692.000,00 |
| Manutenção da Unidade de Pronto Atendimento – UPA | Federal-municipal | 4.100.702,00 | 4.410.772,00 | 4.751.849,00 | 4.939.441,00 |
| Manutenção dos Serviços de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar no Centro de | Federal | 3.382.450,00 | 3.720.695,00 | 4.092.764,00 | 4.297.402,00 |

| | | | | | |
|---|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Especialidades Médicas – CEME | | | | | |
| Manutenção das Cirurgias Oftalmológicas Eletivas | Federal/ Estadual e municipal | 387.800,00 | 287.800,00 | 287.800,00 | 287.800,00 |
| Manutenção do Projeto SAMUZINHO nas Escolas | municipal | 10.000,00 | 10.000,00 | 10.000,00 | 10.000,00 |
| Manutenção do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS | Federal | 420.051,00 | 462.056,00 | 508.261,20 | 533.674,00 |
| Manutenção do Centro de Especialidade Odontológicas CEO | Federal | 411.200,00 | 452.320,00 | 497.552,00 | 522.429,00 |
| Capacitação dos servidores (CEME, SAMU, UPA, SAE, CAPS e CEO). | Municipal | 25.000,00 | 27.000,00 | 28.000,00 | 30.000,00 |
| Manutenção do Serviço de Exames citopatológicos | Federal | 22.600,00 | 22.600,00 | 22.600,00 | 22.600,00 |
| Reforma d Unidade de Pronto Atendimento UPA | Federal | 250.000,00 | | | |
| Estruturação de equipamentos, mobílias e móveis | Federal | 550.000,00 | 150.000,00 | 100.000,00 | 100.000,00 |
| Construção do Centro de Especialidades Odontológicas | Federal | | | 726.000,00 | |
| Construção da Unidade de Acolhimento Infante Juvenil | Federal | | 350.000,00 | | |
| Reforma do Centro de Especialidades Médicas CEME | Federal | | 250.000,00 | | |
| Reforma do Centro de Atenção Psicossocial CAPS | Federal | | | 280.000,00 | |
| Expansão do Serviço Atendimento Móvel de Urgência SAMU no Distrito de Luzimangues | Municipal | 180.000,000 | 180.000,00 | 180.000,00 | 180.000,00 |
| Aquisição de ambulâncias | Estadual/federal | | 300.000,00 | | |
| Total | | 11.629.553,00 | 12.675.068,00 | 13.660.933,20 | 13.132.808,00 |

Vigilância em Saúde

| Ação | Origem do recurso | Exercício 2018 | Exercício 2019 | Exercício 2020 | Exercício 2021 |
|--|-------------------|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Manutenção do Programa Agentes de Combate à Endemias | Federal | 137.751,00 | 151.526,00 | 166.678,00 | 175.012,00 |
| Manutenção da Vigilância Epidemiológica e Saúde Ambiental | Federal | 354.952,00 | 390.447,00 | 429.491,00 | 450.966,00 |
| Manutenção Administrativa do Centro de Controle de Zoonoses | Municipal | 155.000,00 | 165.000,00 | 185.000,00 | 165.000,00 |
| Manutenção Administrativa da Central de Imunização | Municipal | 85.000,00 | 85.000,00 | 85.000,00 | 85.000,00 |
| Manutenção Administrativa do Laboratório Municipal de Entomologia | Municipal | 35.000,00 | 35.000,00 | 35.000,00 | 35.000,00 |
| Manutenção Laboratório Municipal de Endemias do Distrito de Luzimangues | Federal | 25.000,00 | 35.000,00 | 25.000,00 | 25.000,00 |
| Manutenção das Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, AIDS e Hepatites | Federal | 65.000,00 | 65.000,00 | 65.000,00 | 65.000,00 |
| Manutenção da Vigilância Sanitária | Federal | 80.000,00 | 80.000,00 | 80.000,00 | 80.000,00 |
| Capacitação dos servidores da vigilância em Saúde | Municipal | 10.000,00 | 10.000,00 | 10.000,00 | 10.000,00 |
| Valor total | | 947.703,00 | 1.016.973,00 | 1.081.169,00 | 1.090.978,00 |

Fundo Único de Saúde – FUS

| | | | | | |
|---|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Manutenção administrativa do Fundo Municipal de Saúde | Municipal | 3.411.500,00 | 3.411.500,00 | 3.411.500,00 | 3.411.500,00 |
| Manutenção do Recurso Humano | Municipal | 4.500.000,00 | 4.500.000,00 | 4.500.000,00 | 4.500.000,00 |
| Manutenção do Conselho Municipal de Saúde | Municipal | 15.000,00 | 15.000,00 | 15.000,00 | 15.000,00 |
| Aquisição de equipamentos permanente | Municipal | 150.000,00 | 150.000,00 | 150.000,00 | 150.000,00 |
| Capacitação de servidores administrativos | Municipal | 15.000,00 | 15.000,00 | 15.000,00 | 15.000,00 |
| I Seminário Regional de Sobre a Rede de Atenção à Saúde | Municipal | 25.000,00 | | | |
| Reforma da Secretaria Municipal de Saúde | Estadual | 350.000,00 | 150.000,00 | | |
| Realização das Ações da Caravana da Saúde em Assentamentos, Distritos, Bairros e Povoados | Municipal | 170.000,00 | 170.000,00 | 170.000,00 | 170.000,00 |
| Manutenção do Núcleo de Educação Permanente NEP | Municipal | 20.000,00 | 20.000,00 | 20.000,00 | 20.000,00 |
| Construção do prédio do Almoarifado Central –CAC | Federal | | | 500.000,00 | |
| Manutenção do Núcleo de Informação de Saúde NIS | Municipal | 20.000,00 | 20.000,00 | 20.000,00 | 20.000,00 |
| Aquisição de veículos popular | Municipal | 100.000,00 | | | |
| Construção da Garagem Central da SEMUS | Estadual | | 250.000,00 | | |
| Manutenção de insalubridade dos servidores | Municipal | 1.000.000,00 | 1.000.000,00 | 1.000.000,00 | 1.000.000,00 |
| Total | | 9.776.500,00 | 9.701.500,00 | 9.801.500,00 | 9.301.500,00 |
| Valor total | | 34.603.921,00 | 34.911.253,00 | 36.209.369,20 | 36.176.451,00 |

14.1 Vigilância em Saúde

| Diretriz: 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. | | |
|--|---|---|
| Objetivos | Indicadores | Metas Municipais para 2018-2021 |
| Reduzir os riscos de doenças e agravos de Relevância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador por meio das ações de Promoção, Prevenção e Proteção | Nº04- Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose)-com cobertura vacinal preconizada; | Alcançar pelo menos 75% de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada; |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Nº05- Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação;</p> | <p>Encerrar 100% das doenças compulsórias imediatas em até 60 dias a partir da data de notificação</p> |
| | <p>Nº 06- Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes;</p> | <p>Aumentar a proporção em 88 % de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.</p> |
| | <p>Nº 07- Número de casos autóctones de malária;</p> | <p>Ampliar o acesso ao serviço de diagnóstico de Malária.</p> |
| | <p>Nº 08 Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de</p> | <p>Ofertar testes rápidos em todas as gestantes que realizam Pré –Natal nas UBS.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | idade; | Tratar 100% de Sífilis em gestantes; |
| | Nº09- Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos; | Realizar busca ativa de crianças com mães portadoras do agravo. |
| | Nº22- Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue; | Realizar no mínimo 6 ciclos de visitas aos imóveis para controle vetorial da dengue; |
| | Nº23- Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. | Disponibilizar capacitações aos setores responsáveis pelo preenchimento das notificações. |
| | P 08 Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno. | Tratar 100% dos casos |
| | P 10 Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase | Examinar no mínimo 80% dos contatos dos casos novos de Hanseníase |
| | P 11 Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial | Examinar no mínimo 70% dos contatos dos casos novos de Tuberculose |
| | | |

| | | |
|---|---|--|
| | P 12 Número de testes de sífilis por gestante. | Realizar no mínimo 2 testes por gestante |
| | P 13 Número de testes de HIV realizado. | Aumentar a cobertura de testes realizados nos grupos vulneráveis |
| | P 15 Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida. | Realizar o preenchimento de 100% das ficha de notificação corretamente |
| Aprimorar as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor. | Nº10-Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez; | Coletar e Enviar 100% das amostras de água para análises quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>Nº20 - Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano.</p> | <p>Realizar 100% das ações de Vigilância Sanitárias consideradas necessárias (I-VI) no município.</p> |
|--|---|---|

Diretriz : Reduzir os riscos e agravos á saúde da população, por meio das ações de promoção e Vigilância a Saúde, além de aprimorar as ações de alimentação dos sistemas de informação.

| Objetivos | Indicadores | Metas Municipais para 2018-2021 |
|-----------|-------------|---------------------------------|
|-----------|-------------|---------------------------------|

| | | |
|--|---|--|
| <p>Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, nas especificidades e diversidade, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde</p> | <p>Nº 01-Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).</p> | <p>Reduzir anualmente em 2 % a mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas);</p> |
| | <p>Nº 02- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49) anos investigados;</p> | <p>Investigar 100% de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49) anos investigados;</p> |
| | <p>Nº 03-Proporção de registro de óbitos com causa básica definida;</p> | <p>Aumentar para 100% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida;</p> |
| | <p>Nº 15-Taxa de mortalidade infantil;</p> | <p>Reduzir para 0 a taxa mortalidade infantil;</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | Nº 16- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência; | Reduzir para 0 o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência |
| | P 01 Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência. | Alimentar o Sistema de Registro de Óbitos (SIM) em até 60 dias |
| | P 02 Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência. | Alimentar o Sistema de Registro de Nascido Vivo (SINASC) em até 60 dias |
| | P 06 Número de semanas epidemiológicas com informações no Sinan. | Alimentar Semanalmente o Sistema de Informação de sobre Notificações (SINAN) |

14.2 Atenção Primária

| | | |
|---|---|---|
| Diretriz : Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde. | | |
| Objetivos | Indicadores | Metas Municipais para 2018-2021 |
| | Nº13 Proporção de parto normal no Sistema | Aumentar a proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na |

| | | |
|--|--|--|
| Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, buscando reduzir as mortes evitáveis, por meio do aprimoramento da política de atenção básica. | Único de Saúde e na Saúde Suplementar | Saúde Suplementar; |
| | Nº14- Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos | Diminuir a proporção de gravidez na adolescência de 10 a 19 anos; |
| | Nº 11- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária; | Realizar exames citopatológicos do colo do útero em no mínimo 0,55% das mulheres de 25 a 64 de idade; |
| | Nº 12- Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária; | Realizar exames de mamografia de rastreamento em no mínimo 0,13% mulheres de 50 a 69 anos de idade; |
| | Nº 17- Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica; | Manter atendimento em 100% pelas Equipes de Atenção Básica no município; |
| | Nº 18- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF); | Acompanhar 75% das condicionalidade do Programa Bolsa Família; |
| Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS. | Nº 19- Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica; | Aumentar em 100% a cobertura populacional pelas equipes de saúde bucal. |
| | Percentual de usuários atendidos com medicamentos. | 1-Custear 100% dos medicamentos provenientes de decisão judicial; 2-Distribuir medicamentos de responsabilidade do município para 100% dos usuários demandantes; 4-Realizar 1 Seminário sobre assistência farmacêutica com os trabalhadores da saúde do município. |

14.3 Atenção Especializada

| Diretriz : Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde , buscando reduzir as mortes evitáveis, aprimorando a política de atenção básica, e de forma suplementar, a especializada, ambulatorial e toda a rede de Atenção Especializada | | |
|--|--|---|
| Objetivos | Indicadores | Metas Municipais para 2018-2021 |
| Promover de forma suplementar o acesso aos serviços de saúde especializado, ambulatorial e o de Urgência e Emergência | Nº de Estabelecimento monitorados pelo setor de controle e Avaliação | Aperfeiçoar o serviços de regulação, controle, avaliação e auditoria das ações e serviços de saúde, contratualizados para atender a população |
| | Percentual de consultas e exames regulados | 1-Fortalecer, modernizar e ampliar os serviços de assistência especializada na média complexidade 2- Implementar o Sistema de Informação de Regulação de exames e consultas SISREG |
| | Nº 21 Proporção de Ações de Matriciamento realizadas pelo CAPS com Equipes de Atenção Básica | 1-Fortalecer as ações de Saúde Mental em parceria com instituições público/privada. 2- Promover a recuperação do usuário potencializando sua capacidade de acordo com suas habilidades em oficinas como monitores. 3- Qualificar as equipes do ESF para atendimento à usuários de drogas e outras ações em saúde mental 4- Adquirir materiais, medicamentos e insumos para atender as ações e serviços |
| | Razão de procedimentos realizados de Média Complexidade Odontológica para a população residente e referenciada | 1-Garantir o atendimento odontológico especializado a população. 2- Melhorar a qualidade do atendimento especializado em saúde bucal 3- Adquirir materiais de insumos para o atendimento de qualidade 4- Capacitar e qualificar os profissionais do CEO conforme portaria ministerial em parceria com o Núcleo de Educação Permanente. |
| | Número de Atendimento /serviços realizados no Centro de Especialidades Medicas e SAE | 1-Ofertar ações de diagnostico e tratamento aos pacientes encaminhados 2-Realizar ações de promoção a Saúde referente asos agravos monitorados 3- Adquirir materiais, medicamentos e insumos para atender as ações e serviços do CEME e o SAE |
| Ampliar, garantir e manter o funcionamento | Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). | 1-Realizar atendimento de Urgencia e Emergencia 2- Avaliar os atendimentos solicitados |

| | | |
|---|---|--|
| do Serviço de atendimento Móvel de Urgência – SAMU | | transformando em dados epidemiológicos 3- Aquisição de materiais, medicamentos e insumos para manter ações e serviços. |
| Estruturação e Manutenção do Serviço de Urgência e Emergência – Unidade de Pronto atendimento - UPA para garantir o acesso da população ao atendimento. | Numero de Atendimento e Serviço realizado | 1-Ofertar atendimento de qualidade baseado se no protocolo de classificação de risco 2-- Implantação do setor de imagem e laboratório. 3- Implantação da Unidade de Acolhimento 4- Aquisição de equipamentos, materiais, medicamentos e insumos para atender as ações e serviços. |

14.4 Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde

| Diretriz : Fortalecer o papel da Secretaria de Saúde na regulação do trabalho em saúde, e promover de forma suplementara formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. | | |
|---|---|--|
| Objetivos | Indicadores | Metas Municipais para 2018-2021 |
| 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 de trabalhadores e gestores capacitados; | Qualificar os profissionais da Atenção Primária, Atenção Especializada e Vigilância em Saúde |
| | | Implementar ações do Setor de Educação Permanente da Secretaria |

GESTÃO DO SUS

| Diretriz : Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados e financiamento estável. | | |
|--|-------------|--|
| Objetivos | Indicadores | Metas Municipais para 2018-2021 |
| | | Aperfeiçoar e Informatizar o trabalho em saúde oferecido à população usuária do SUS. |

| | | |
|--|--|---|
| Fortalecer a gestão administrativa, através da modernização, estruturação dos serviços, qualificação de pessoal | Proporção de ações de modernização, estruturação, educação permanente, implementadas e/ou realizadas | Fortalecer a Gestão Estratégica e Participativa do SUS. |
| | | Fortalecer o Núcleo de Educação Permanente |
| | | Atualizar o Serviço de Informação. |
| | | Escuta qualificada das ações e serviços de saúde mediante ouvidoria |
| | | Garantir ordem financeira para manutenção de recursos humanos |

14.5 Controle Social

| Diretriz : Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo do conselho de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã. | | |
|---|--|--|
| Objetivos | Indicadores | Metas Municipais para 2018-2021 |
| Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã. | Nº de Instrumentos de Gestão do SUS (PMS, PAS, RAG) encaminhado anualmente ao Conselho Municipal de Saúde; | 1- Encaminhar e apresentar, anualmente, os três Relatórios Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) à Câmara de Vereadores e ao Conselho Municipal de Saúde; 2- Elaborar e encaminhar, anualmente, os três Instrumentos de Gestão do SUS (PMS, PAS, RAG) ao Conselho Municipal de Saúde; |
| | Nº de conselheiros capacitados | Ofertar capacitação para os membros do Conselho Municipal de Saúde; |
| | Nº de reuniões realizadas | 1-Realizar 12 reuniões anuais 2- Ofertar uma sala de expediente para o conselho de saúde. |

14.6 Investimento (Infraestrutura do Sistema de Saúde)

Diretriz : Ampliar e modernizar a infraestrutura dos pontos de atenção a saúde, e

| renovar a frota de veículos com vista à consolidação do Sistema de Saúde do município de Porto Nacional | | |
|--|---|---|
| | Indicadores | Metas Municipais para 2018-2021 |
| | Ampliar e modernizar a infraestrutura do Sistema de Saúde do município de Porto Nacional | Proporção de construções/ reformas realizadas na pasta da Saúde |
| Construir uma Unidade Básica de Saúde. | | |
| Construir de sede própria para o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO. Modalidade III | | |
| Reformar e adaptação da UPA – Unidade de Pronto Atendimento. | | |
| | | Construção de um almoxarifado central para Secretaria Municipal de Saúde. |
| | Número de veículos adquiridos | Aquisição veículos, ambulancias |

15. Referências:

Conselho Municipal de Saúde de Porto Nacional /Conferência Municipal de Saúde de Porto Nacional 06/2017.

CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Guia de Apoio a Gestão estadual do SUS.

IBGE | Portal do IBGE : <https://www.ibge.gov.br>.

Prefeitura de Porto Nacional, Secretaria Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde de Porto Nacional 2014-2017.

Prefeitura de Porto Nacional, Secretaria Municipal de Saúde, Relatório de Gestão 2016.

Presidência da República, Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990.

Presidência da República, Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.

Presidência da República, Lei Complementar 141 de 13 de Janeiro 2012.

Presidência da República, Decreto nº 5.839 de 11 de Julho de 2006.

Presidência da Republica, Decreto 1.232 de 30 de Agosto de 1994.

Presidência da Republica, Decreto 7.508 de 28 de Julho de 2011.

Secretaria de Estado da Saúde, <https://saude.to.gov.br>, Planejamento, Instrumento de Planejamento, Monitoramento.

Secretaria de Estado da Saúde, Plano Estadual de Saúde.

Secretaria de Estado da Saúde, Mapa de saúde- Amor Perfeito (Material Complementar para elaboração das PES e PAS 2016-2019).

Secretaria de Estado da Saúde, DOMI (Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2016).

Secretaria de Estado da Saúde, PQAVS (Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde,2016).

Secretaria de Estado da Saúde, Pactuação Interfederativa 2016.

Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 459, de 10 de Outubro de 2012.

Ministério da Saúde, Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015.2ª edição, Brasília 2016.